Gisela Hermes & Brigitte Faber (Hg.)

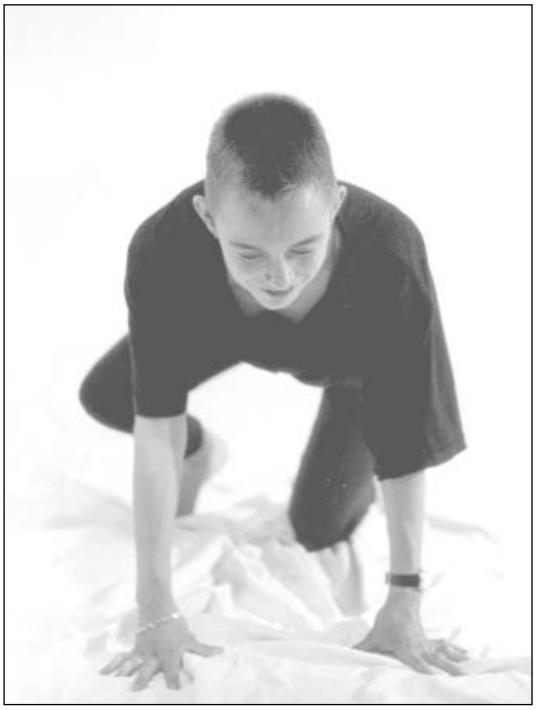
bifos
SCHRIFTEN
REIHE

# Mit Stock, Tick und Prothese

## Das Grundlagenbuch zur Beratung behinderter Frauen

Mit Stock, Tick und Prothese
Das Grundlagenbuch zur Beratung behinderter Frauen

# Mit Stock, Tick und Prothese



Das Grundlagenbuch zur Beratung behinderter Frauen

bifos
SCHRIFTEN
REIHE

IMPRESSUM

bifos-Schriftenreihe zum selbstbestimmten Leben Behinderter

Verlagsanschrift:
bifos e.V., Kölnische Straße 99, D-34119 Kassel
Tel.: 0561 / 7 28 85 40, Fax: 0561 / 7 28 85 44
email: schriftenreihe@bifos.de

Dieses Handbuch wurde gedruckt mit freundlicher finanzieller Förderung
durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Auflage: 1.000 Ex.

Titelfotos: Bremer Krüppelfrauen & Renate Rochner
Layout: 1|3|5 media
Druck: Druckerei Foto-Litho Jäger, Kassel

November 2001

ISBN: 3-932951-24-7

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

Liebe Leserin, lieber Leser,

Frauen und Männer mit Behinderungen sind in verschiedenen Lebensbereichen benachteiligt. Um ihnen eine gleichberechtigte Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen, benötigen sie eine besondere Unterstützung. Daher finden die Anliegen und Forderungen von Frauen mit Behinderungen als eigene Zielgruppe in der Politik der Bundesregierung seit einigen Jahren verstärkt Bedeutung.

Die von meinem Haus in Auftrag gegebene wissenschaftliche Untersuchung „LIVE" liefert erstmals in größerem Umfang Daten zur Situation von Frauen mit Behinderung und zugleich werden Hinweise für künftige Hilfekonzepte und Angebote gegeben. Sie zeigt aber auch, dass in vielen Fällen bereits durch unterstützende Beratung bestehende Ansprüche hätten durchgesetzt werden können.

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ermöglichte dem bifos e.V. die Durchführung eines dreijährigen Modellversuchs zur Verbesserung der Situation behinderter Beraterinnen. Vorrangiges Ziel war die Unterstützung und Qualifizierung von Beraterinnen, die im Sinne des Peer Counseling (Betroffene beraten andere Betroffene) Frauen mit Behinderung beraten.

Ein Ergebnis des Modellprojektes ist das vorliegende Handbuch zur Beratung behinderter Frauen. Es soll der Verbesserung der täglichen Beratungspraxis dienen. Das Handbuch wurde bewusst praxis- und lebensnah gestaltet und soll vor allem Praktikerinnen konkrete Hilfestellungen geben, damit sie ratsuchende Frauen mit Behinderung umfassend begleiten und darin unterstützen können, ihr Leben möglichst selbstbestimmt und nach ihren Bedürfnissen zu gestalten. Mit dem Modellprojekt wurde ein erster Schritt getan, behinderte Beraterinnen umfassend zu qualifizieren und zu unterstützen. Die Ergebnisse werden längerfristig vielen ratsuchenden Frauen mit Behinderung zugute kommen.

Den Beraterinnen und den ratsuchenden Frauen mit Behinderung wünsche ich, dass sie von den hier veröffentlichten Erfahrungen und Anregungen profitieren können.

Christine Bergmann

Dr. Christine Bergmann
Bundesministerin für Familie, Senioren,
Frauen und Jugend

## Vorwort

Seit mehreren Jahren macht der Begriff der „Doppelten Diskriminierung" die Runde. Gemeint ist damit, dass Frauen mit Behinderung als „Frau" und als „Behinderte" Benachteiligungen erfahren. Er beinhaltet gleichzeitig, dass es kaum Angebote gibt, die beide Bereiche gleichzeitig berücksichtigen.
Dies spiegelt sich auch in den Beratungsangeboten wider. Frauen und Mädchen mit einer Behinderung können sich entweder an Beratungsstellen für Menschen mit Behinderung wenden. Dort wird der frauenspezifische Aspekt in aller Regel wenig Beachtung finden. Oder sie wenden sich an Beratungsstellen für Mädchen und Frauen. Sofern sie diese überhaupt nutzten können – die Angebote also sowohl unter räumlichen als auch kommunikativen Gesichtspunkten barrierefrei sind – fehlen dort meistens Erfahrungen mit Behinderung. Ähnliches trifft für die Ebene der Aus und Weiterbildung für Beraterinnen mit Behinderung zu. Angebote, die beide Aspekte berücksichtigen, sind so gut wie nicht vorhanden – von der Barrierefreiheit ganz zu schweigen.
Das vorliegende Beratungsbuch vereint erstmals beide Bereiche: Es berücksichtigt sowohl frauenspezifische als auch behinderungsspezifische Belange der Beratungsarbeit. Es ist aus der Praxis für die Praxis geschrieben und wendet sich in erster Linie an Beraterinnen mit Behinderung. Sollten Sie nicht in diese „Kategorie" gehören, klappen Sie das Buch bitte nicht gleich zu! Denn in zweiter Linie richtet es sich an alle interessierten LeserInnen, die mehr über die spezifischen Probleme von Mädchen und Frauen mit Behinderung erfahren möchten.

## Zum Titel

„Mit Stock, Tick und Prothese – Filme über, von und mit behinderten Menschen". So hieß im Mai 1999 ein Filmfestival in Kassel. Wir fanden den Titel so gut, dass wir gebeten haben, ihn für dieses Buch nutzen zu dürfen... Danke, Susanne!

## Grundsätzliches

Die Grundlage aller Artikel in diesem Buch ist die Philosophie der Selbstbestimmt-Leben-Bewegung. Fast alle Autorinnen sind Frauen mit einer Behinderung, entsprechend der Überzeugung, dass Menschen mit Behinderung die besten ExpertInnen für ihre eigene Situation sind. Zu der „Betroffenheit" kommen in den Artikeln als weitere Grundsätze des Peer Counseling „Parteilichkeit" und „Ganzheitlichkeit" zum Tragen.
Einige Themen konnten nicht bearbeitet werden. So sind die Schwierigkeiten gehörloser Frauen sicherlich nicht umfassend berücksichtigt. In diesem Umstand spiegelt sich die Realität wider. Gehörlose Frauen sind in der aktiven Behindertenbewegung selten vertreten, auch ist die Schriftsprache der hörenden Welt nicht unbedingt ihr Kommunikationsmedium. Andere Themen sind derzeit anscheinend nicht so aktuell (z.B. Sterilisation) wie vor ein paar Jahren. Und zu wieder anderen gibt es bisher nicht viel zu schreiben, weil diese Themen noch „Neuland" sind, z.B. Freizeitaktivitäten für Frauen mit Behinderung oder das Thema HIV.

## Zur Sprache

Sprache ist nicht rein zufällig und schon gar nicht beliebig. Sprache lenkt

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

unsere Vorstellung. Dieses Wissen ist Grundlage eines jeden Rhetorikseminars. „Die Behinderten überquerten die Straße" löst eine Vorstellung von der Personengruppe und der Fortbewegung aus. Das gleiche gilt für „Die behinderten Frauen überquerten die Straße". Beide Vorstellungen werden sich voneinander unterscheiden. Denn Frauen mögen zwar im ersten Fall mitgemeint sein, werden aber deswegen noch lange nicht mitgedacht und somit mitberücksichtigt werden. Obwohl „die Behinderten" vom Wort her Neutrum ist, wird in erster Linie an männliche behinderte Menschen gedacht werden. Bei „dem Behinderten" wird endgültig niemand mehr an eine Frau denken.
Beiden Vorstellungen ist gemeinsam, dass die Behinderung als einzige oder erstgenannte Eigenschaft im Vordergrund steht. Anders bei dem Satz „Frauen mit Behinderung überquerten die Straße". Die erste Aufmerksamkeit gilt hier der Frau – und danach erst der Behinderung als einer Eigenschaft.
Grundlage dieses Buches ist die Wertschätzung der Person. Daher wird der Formulierung „Frauen und Mädchen mit Behinderung" der Vorzug gegeben. Jedoch werden Frauen mit Behinderung in dieser Gesellschaft oft behindert. In „behinderte Frauen" schwingt diese soziologische Komponente mit.

Sprache beeinflusst das Denken.
Da dieses ein Buch von Frauen für die Beratungsarbeit mit Frauen ist, überwiegt sprachlich die Nutzung der „weiblichen Form".
Falls Sie dies für Haarspalterei halten, probieren Sie es aus. Stellen Sie sich vor, Sie sollen einen Ausbildungsplatz und einen Wohnraum für einen Behinderten entwerfen. „Der Behinderte soll in der Ausbildung seine Interessen und Fähigkeiten entfalten können; in seinem Wohnraum sowie in seinem Wohnumfeld soll er sich wohlfühlen und seinen Freizeitinteressen nachgehen können. Stellen Sie sich seinen Beruf vor. Was macht er in der Freizeit?" Und jetzt das Ganze für eine Behinderte. „Die Behinderte soll in der Ausbildung ihre Interessen und Fähigkeiten entfalten können; in ihrem Wohnraum sowie in ihrem Wohnumfeld soll sie sich wohlfühlen und ihren Freizeitinteressen nachgehen können. Stellen Sie sich ihren Beruf vor. Was macht sie in der Freizeit?"
Gesetzestexte, Ausführungsverordnungen, Beratungskonzeptionen etc. weisen gerade in der Behindertenarbeit und -politik meist nur die männliche Form auf. Mit den Auswirkungen in der Praxis sind Frauen mit Behinderung täglich konfrontiert.

Sprache ist Ausdruck unseres Denkens.
Andererseits ist Sprache auch Ausdruck unseres Weltbildes, unserer Vorstellung. Völlig einleuchtend ist dies bei Dingen, die wir nicht kennen. Für sie haben wir keinen Namen, wir können sie nicht benennen. Schwieriger wird es schon bei der Wertschätzung, die gleichfalls in unserer Wortwahl enthalten ist. Menschen mit Behinderung sind an den Rollstuhl gefesselt, mit Blindheit oder Taubheit geschlagen oder haben ein Anfallsleiden. Ein solches Leben kann nur bemitleidenswert sein.
Wenn nichtbehinderte Menschen einer Entwicklung hinterherhinken, ganz lahme Ausreden haben, mit Blindheit geschlagen sind (das sieht

sogar ein Blinder mit dem Krückstock), oder gleich einen Anfall kriegen, werden zur Darstellung negativer Ereignisse Worte aus dem Bereich der Behinderung benutzt. Auch wenn alle wissen, dass die Worte symbolisch gemeint sind, wird dennoch eine bestimmte Vorstellung, die mit Behinderung verbunden ist – ein Minder-Wert – nicht nur deutlich, sondern weiter transportiert und zementiert.

Da diese negativen Zuschreibungen die ganze Person treffen und das Verhalten der Umwelt zum Teil maßgeblich beeinflussen, wehren sich Menschen mit Behinderung inzwischen gegen den Gebrauch bestimmter Ausdrücke und Redewendungen. So auch Menschen mit einer sogenannten geistigen Behinderung. „Geistig behindert" ist eine allgemein diskriminierende und abwertende Einstufung geistiger Fähigkeiten. Da es bisher keinen akzeptablen Ersatz für diese Bezeichnung gibt (favorisiert wird „Lernbehinderung", was jedoch bisher zu Verwirrungen führt), wird in diesem Buch der Ausdruck „sogenannte geistige Behinderung" verwandt. Menschen sind nicht geistig behindert, aber sie wurden und werden so genannt.

*Gisela Hermes*

*Brigitte Faber (Hg.)*

**Danke!**

Wir danken allen Autorinnen ganz herzlich für ihre konstruktive Mitarbeit an diesem Beratungsbuch. Ohne ihre Artikel wäre es niemals entstanden.

5 Vorwort

12 Einleitung

17 **Teil A - Die Beratungsarbeit**

18 Gisela Hermes
Einführung in das Thema Beratung
19 Monika Strahl
Die parteiliche Beratung von/für Frauen mit Behinderung
28 Gisela Hermes
Die Methode des Peer Counseling in der praktischen Arbeit
30 Christiane Schneider
Voraussetzungen für die Peer Counseling-Beratung
33 Brigitte Faber
Die Anwesenheit Dritter in der Peer Counseling-Beratung
34 Elke Thimsen
Umgang mit der notwendigen Anwesenheit Dritter
37 Anne Müller-Lottes
Die Rolle der Abgrenzung in der Betroffenen-Beratung
40 Bettina Schneider
Austausch und Unterstützung

53 **Teil B – Allgemeine Einführungen zur Situation behinderter Mädchen und Frauen**

54 Gisela Hermes
Zur Situation behinderter Mädchen und Frauen
56 Gisela Hermes
Die Sozialisation behinderter Mädchen

60 **Zur Situation von Frauen mit Behinderung in der DDR**

60 Brigitte Faber
Zur Situation von Frauen mit Behinderung in der DDR – Eine Einführung
61 Barbara Vieweg
Lebenssituation behinderter Frauen in der DDR
64 Susanne Schnabel
Und plötzlich wurde alles anders - Ein kurzer Rückblick auf die Wende

71 **Teil C – Beratungsthemen in der Arbeit mit behinderten Mädchen und Frauen**

71 **Weibliche Identität, Sexualität und Partnerschaft**

71 Dinah Radtke
Identifikation als Frau
75 Birgit Schopmans
Anpassung um welchen Preis? - Als Mädchen mit einer Sehbehinderung
78 Brigitte Faber
Die Auswirkungen von Therapien und Trainings auf das Selbstverständnis behinderter Frauen
83 Claudia Franziska Bruner
Das Körperbild behinderter Frauen
84 Dinah Radtke
Das Körpergefühl behinderter Mädchen und Frauen
86 Dinah Radtke
Liebe und Sexualität
88 Dinah Radtke
Partnerschaft
90 Daniela v. Raffay
Sexualität und Partnerschaft in der Beratung
97 Dinah Radtke
Gynäkologische Probleme

100 **Sexuelle Gewalt**

100 Brigitte Faber
Einführung in das Thema Sexuelle Gewalt
102 Bärbel Mickler
Sexuelle Gewalt an Mädchen und Frauen mit Behinderung – unabhängige parteiliche Beratung und Unterstützung
117 Barbara Stötzer
Begleitung und Unterstützung von Frauen und Mädchen mit Behinderungen vor, während und nach Strafprozessen wegen sexueller Gewalt

125 **Reproduktion und Mutterschaft**

125 Claudia Franziska Bruner
Kinderwunsch – Recht auf Mutterschaft oder Pflicht zur Sterilisation?
126 Silke Boll
Hauptsache, gesund? – Hauptsache, lebendig?
Wie beraten wir Frauen mit Behinderungen zu Pränataler Diagnostik?
133 Christiane Biller-Pech
Schwangerschaft und Geburt
138 Christiane Rischer
Die Beratung behinderter und/oder chronisch kranker Mütter
147 Susanne Lambeck
Pflege- oder Adoptivkinder

153 **Berufliche Ausbildung und Arbeit**

153 Claudia Franziska Bruner
Die berufliche Perspektive von Mädchen mit Behinderungen – Drohung oder Versprechen?
156 Anita Grießer
Ausbildung und Arbeit
174 Birgit Nabben
Hilfsmittel und persönliche Assistenz in Ausbildung und Arbeit

182 **Persönliche Assistenz**

182 Brigitte Faber
Einführung in das Thema Persönliche Assistenz
186 Birgit Stenger
Persönliche Assistenz – eine Grundlage selbstbestimmten Lebens für Mädchen und Frauen mit Behinderungen

194 **Sucht und Suizid**

194 Barbara Poge
Behinderung und Sucht
201 Petra Stephan
Suizid/Suizidversuch

207 **Teil D - Unterschiedliche Behinderungen**

208 Brigitte Faber
Selbst-Verständnis und unterschiedliche Aspekte von Behinderung
211 Gisela Hermes
Frühbehinderung
213 Brigitte Faber
Spätbehinderung
220 Martina Puschke
Frauen mit nicht sichtbarer Behinderung
225 Bettina Köchling
Psychische Behinderungen
230 Renate Klöckner-Schmied
Progrediente Erkrankungen am Beispiel der Multiplen Sklerose
235 Christa Pfeil
Umwelterkrankungen

**Anhang**
239 Stichwortverzeichnis
245 Anmerkungen zu den Texten und Literaturnachweise
257 Literaturtipps
269 Nützliche Adressen
283 Vorstellung der Autorinnen
290 Bildnachweis

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

# Einleitung

**Brigitte Faber**

## Zur Entstehung dieses Buches

Dieses Buch ist im Rahmen des bifos Frauenprojektes „Behinderte Frauen in Ost und West" entstanden. Das Projekt wurde vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend finanziert und hatte eine Laufzeit von drei Jahren. Es bestand aus der Erstellung dieses Beratungshandbuches und aus einem Weiterbildungsangebot für behinderte Beraterinnen mit insgesamt neun mehrtägigen Seminaren, die in drei Hauptthemenblöcke eingeteilt waren: Methodik der Beratung, Inhalte der Frauenberatung, Rahmenbedingungen der Beratungsarbeit.
Ergänzend dazu fanden fünf Fachtagungen statt, die den Rahmen boten, übergreifende relevante Themen – wie z.B. die Situation behinderter Frauen in den Neuen Bundesländern – in einer größeren Gruppe zu thematisieren.
Die Weiterbildung basierte auf den Grundlagen des Peer Counseling(1) und der Erkenntnis, dass Menschen mit einer Behinderung die besten ExpertInnen in eigener Sache sind. Die eigene Betroffenheit alleine reicht jedoch nicht als Qualifikation zur Expertin oder zu einer guten Beraterin aus. Wichtig für eine Qualifikation sind weiterhin Sach- und Fachkenntnisse, Reflektion und Bewusstheit sowie ein hoher Grad der Verarbeitung der eigenen Probleme. Dieses zu vermitteln war unser Anliegen.

Das Modellprojekt ist aus der Erfahrung heraus entstanden, dass behinderte Beraterinnen, die im Sinne des Peer Counseling Frauen und Mädchen mit Behinderung beraten, so gut wie keine Möglichkeiten der Weiterbildung oder des fachlichen Austauschs haben. Frauenspezifische Weiterbildungsangebote sind zumeist nicht barrierefrei und beschäftigen sich nicht mit behinderungsspezifischen Aspekten, behinderungsspezifische Angebote beinhalten nur sehr selten frauenspezifische Aspekte. Auch reicht es nicht, erst den einen Aspekt und dann den anderen zu betrachten, da beide im Leben von Frauen und Mädchen mit Behinderung untrennbar miteinander verwoben sind und in der Kombination eine eigene Dynamik mit spezifischen Auswirkungen haben. Zentrale Themen der Seminare waren somit die Lebenssituation von Frauen und Mädchen mit Behinderung, die Auswirkungen der „doppelten Diskriminierung" in unterschiedlichen Lebensbereichen, die eigenen Anteile der Beraterin innerhalb dieser Problematik sowie die Unterstützungsmöglichkeiten in der Beratung. Ebenso wurden Rahmenbedingungen der Beratungsarbeit, Grundtechniken der Öffentlichkeitsarbeit, des Zeitmanagements sowie der Mittelbeschaffung vermittelt(2).
Um Beraterinnen über den zeitlich begrenzten Rahmen des Modellprojektes hinaus zumindest indirekt Unterstützung und Austausch zu bieten, ist auf vielfachen Wunsch parallel zu der Weiterbildung dieses Buch entstanden.
Die hier beschriebenen Inhalte gehen über die zeitbedingt begrenzte Themenauswahl der Weiterbildungsreihe hinaus.

## Expertinnen in eigener Sache

Innerhalb der letzten 30 Jahre entstand ein umfangreiches Literaturangebot zu der spezifischen Lebenssituation von Frauen. Auch wurde mittlerweile viel über „Behinderte" und in den letzten Jahren einiges über behinderte Frauen geschrieben.
Im Umgang mit der Umwelt machen Frauen und Männer mit Behinderung jedoch immer noch die Erfahrung, dass ihre Lebenswelt häufig fremd und nur schwer vermittelbar ist.

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

Während auf der alltäglichen Ebene Frauen und Männer mit Behinderung häufig mit Unkenntnis, Unsicherheit, Erschrecken und Mitleid über ihr schweres Schicksal konfrontiert sind, finden sie sich auf wissenschaftlicher – und somit auch pädagogischer sowie sozialwissenschaftlicher – Ebene als Gegenstand der Forschung und Betrachtung wieder. Beiden Positionen ist gemeinsam, dass sie sich quasi von außen ein Bild von einem Leben mit einer Behinderung machen und entsprechend diesem entstandenen Bild häufig an den realen Bedürfnissen behinderter Menschen vorbei agieren und reagieren.
Im Unterschied dazu liegt der Vorteil der Peer Counseling-Beratung darin, dass die Beraterinnen die Situation und Problematik als Frau und als Behinderte aus eigener Lebenserfahrung kennen. Den positiven Effekt dieser Herangehensweise kennen wir alle – fühlen wir uns doch von Menschen, die Ähnliches erlebt haben, nicht ohne Grund meist besser verstanden und beraten. Sowohl während der Befragung der Beraterinnen, der Durchführung der Weiterbildungsseminare als auch der Arbeit an diesem Buch wurde jedoch deutlich, dass das Problem der „Fremdheit" nicht nur zwischen Menschen mit und ohne Behinderung bestehen kann. Vielfach fehlt Frauen mit Behinderung der Austausch, und somit die genauere Kenntnis, welche der eigenen Situationen mit denen anderer Frauen mit Behinderung vergleichbar und welche Probleme eher individuell zu verorten sind. Ist diese vergleichende Kenntnis über den Austausch in Selbsthilfegruppen zumindest noch in einem gewissen Maß bei „gleichen" Behinderungsarten vorhanden, so fehlt sie fast völlig, wenn es um den Umgang mit Menschen geht, die eine andere Behinderung haben, als frau selbst. Als Beispiel: Frauen im Rollstuhl wissen zumeist nur wenig über die Schwierigkeiten von blinden Frauen und beide haben keine Kenntnis über die Situation gehörloser Frauen ... Beraterinnen, die schon länger behinderungsübergreifend in der Praxis tätig sind, haben sich diese vergleichenden Kenntnisse inzwischen aneignen können, doch ist auch hier der Wunsch nach Austausch sehr deutlich spürbar.

Dieses Buch wurde daher weitestgehend von Frauen bzw. Beraterinnen mit unterschiedlichen Behinderungen für Beraterinnen mit Behinderung und darüber hinaus für alle an diesem Thema interessierten Leserinnen und Leser geschrieben.

**Zum Inhalt**

Auswahl und Aufbereitung der Themen insgesamt sind in enger Zusammenarbeit mit in der Praxis tätigen behinderten Beraterinnen entstanden. Sie orientieren sich daran, welche Unterstützung sich die Beraterinnen von einem solchen Buch wünschen. Dabei wurde sowohl während der Ermittlung des Bedarfs als auch während der Erarbeitung der Artikel deutlich, dass es sich nicht um die Beschreibung von „Kochrezepten" für die Beratung zu einzelnen Themen handeln soll. Dazu ist das in Frage kommende Themenspektrum zu groß und zu komplex. Auch wurden keine Kurzbeschreibungen unterschiedlicher Beratungsmethoden oder ähnliches gewünscht, da es dazu bereits eine Fülle an Veröffentlichungen gibt. Als dringend nötig wurden dagegen die Darstellung von Themen erachtet, die bisher nur vereinzelt bzw. verstreut in der Literatur Berücksichtigung finden(3) und bei denen der fachliche Austausch mit nichtbehinderten KollegInnen aufgrund der speziellen Thematik erschwert ist. Dies waren hauptsächlich:

- Darstellung der Methode des Peer Counseling, wobei besonders die frauenspezifischen Ansätzen interessierten
- grundlegende behinderungsübergreifende Beschreibungen der Lebenssituation von Frauen und Mädchen für unterschiedliche Lebensbereiche
- detailliertere Beschreibungen zu Themenkomplexen wie „Sexualisierte Gewalt" aus der Sicht der Beratungssituation heraus

Diesen Erfordernissen entsprechend wurde aus dem Alltag und der Praxis heraus für die Praxis geschrieben. Dabei ist ein Buch entstanden, das erstmals eine zusammenhängende gleichzeitige Betrachtung frauenspezifischer und behinderungsspezifischer Aspekte in unterschiedlichen Lebensbereichen sowie Ansätze einer entsprechenden Beratungsarbeit bietet, die beide Aspekte wahrnimmt und in der Beratungsarbeit berücksichtigt.

**Die Struktur des Buches**

Das Buch ist in vier Hauptbereiche unterteilt. Die einzelnen Artikel sind möglichst eigenständige Einheiten, damit Sie als Leserinnen und Leser gezielt auswählen können. Überschneidungen und Wiederholungen der Themen konnten dadurch nicht immer völlig vermieden werden.

**A Beratung**

Dieser Themenblock beinhaltet Artikel, die sich mit grundlegenden Überlegungen zu den Grenzen, zu Abgrenzung sowie den Zielen der Beratung befassen. Weiterhin wird als Beratungsmethode das Konzept des Peer Counseling vorgestellt. Diese Methode wird seit 20 Jahren in den USA erfolgreich in der Beratung von Betroffenen für Betroffene angewendet. In dem Artikel findet dabei ein neuer, geschlechtsdifferenzierter bzw. frauenspezifischer Ansatz eine besondere Berücksichtigung.

Es handelt sich bei den entsprechenden Artikeln nur um eine kurze Darstellung der Methoden. Eine grundlegende Ausbildung zur Beraterin mit der Vermittlung von Beratungsmethoden, von Selbsterfahrungstechniken, von Gesprächstechniken etc. kann dieses Buch nicht leisten. Diese kann nur in Weiterbildungen theoretisch und vor allem praktisch erlernt werden.

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

**B Allgemeine Einführung zur Situation behinderter Mädchen und Frauen**

Um einen ersten Überblick zu geben, werden die verschiedenen gesellschaftlichen Bereiche, in denen Frauen mit einer Behinderung häufig benachteiligt werden, sowie die Faktoren, die für den Identifikationsprozess als Mädchen mit Behinderung eine maßgebliche Rolle spielen, kurz beschrieben. Die hier aufgeführten Themenbereiche werden in jeweils eigenständigen Artikeln in Teil C dieses Buches weiter vertieft. Im Austausch mit behinderten Frauen, die in der DDR aufgewachsen sind, wurde immer wieder deutlich, dass die Identifikationen als Frau und als Frau mit Behinderung zum Teil recht unterschiedlich waren und auch noch sind. Ein weiterer Artikel beschreibt daher die Situation von Frauen mit Behinderung in der DDR und in den Neuen Bundesländern heute.

**C Beratungsthemen in der Arbeit mit behinderten Mädchen und Frauen**

In diesem Teil des Buches werden die im Überblick (Teil B) angeschnittenen Themen wieder aufgegriffen und einzeln vertiefend dargestellt. Entsprechend handelt es sich überwiegend um Bereiche, die für Frauen und Mädchen mit Behinderung eine eigene Relevanz haben: „Weibliche Identität", „Sexuelle Gewalt", „Reproduktion und Mutterschaft", „Berufliche Ausbildung und Arbeit" sowie „Persönliche Assistenz". Als weitere Themen haben wir „Sucht" und „Suizid" aufgenommen. Beide Themen sind zwar nicht behinderungsspezifisch, sondern treten eher allgemein im Zusammenhang mit problematischen Lebenslagen auf. Da sie entsprechend auch in der Beratung von Frauen und Mädchen Thema werden können — und dann zumeist etwas „überraschend" - soll mit den Artikeln eine Möglichkeit der Annäherung und Sensibilisierung gegeben werden.

**D Verschiedene Behinderungen**

Bei den Beraterinnen bestand zudem ein großer Informationsbedarf zur Lebenssituation und zu Erfahrungen mit Behinderungen, die in diesem Zusammenhang eher selten oder gar nicht beschrieben werden, wie z.B. den Umwelterkrankungen, den nichtsichtbaren Behinderungen oder psychischen Behinderungen. Daher beschreiben die Artikel im Abschnitt „Behinderung" speziell die Probleme, die mit diesen Behinderungen verbunden sind.

**E Ausführliche Adressen- und Literaturliste, Autorinnen**

Nach den Anmerkungen zu den Artikeln folgen eine ausführliche Adressen- sowie Literaturliste. Um das Auffinden der Angaben zu erleichtern, sind beide Listen thematisch sortiert. Bei den Angaben handelt es sich um eine Auswahl, um Empfehlungen bzw. um bundesweite Kontaktadressen, da eine vollständige Auflistung jeglichen Rahmen sprengen würde. Es folgt ein ausführliches Stichwortverzeichnis. Den Abschluss des Buches bildet eine kurze Vorstellung der Autorinnen.

**Darstellungsweise**
Die Passagen, die die spezifische Lebenssituation schildern, sind bewusst nicht aus einer rein abstrakten, rein wissenschaftlichen Sicht geschrieben, sondern beinhalten immer auch die reflektierte Perspektive der erlebenden Frauen.
Dieses Vorgehensweise orientiert sich an der Realität bzw. der Praxis. Denn gerade das subjektive Erleben jeder Frau und jedes Mädchens bildet den Ausgangspunkt jeder Beratungssituation, die über eine reine Sachinformation hinausgeht und zunächst einmal untrennbar mit dem Problem verbunden ist. Die Kenntnis dieser Er-Lebensrealität bildet die unverzichtbare Grundlage einer jeden Beratung.

Diese Darstellungsweise, die die emotionalen Anteile der Problematik mit zum Tragen kommen lässt, bietet zudem die wichtige Möglichkeit, sich mit der Vielschichtigkeit und der Emotionalität der „fremden" Probleme der Ratsuchenden, aber auch mit den eigenen emotionalen Anteilen in „aller Ruhe" zu beschäftigen, bevor der fremde oder auch der eigene „Fall" in der Beratungssituation „unter den Nägeln brennt".

**Beratung als kreativer Prozess**
Das Leben wäre zu einfach, wenn in diesem Buch nun nach einer genauen Analyse der Schwierigkeiten von Frauen und Mädchen mit Behinderung die genaue Darstellung der daraus resultierenden Unterstützung erfolgen könnte.

Doch von der Auskunft auf eine präzise Sachfrage einmal abgesehen, ist Beratung immer ein schöpferischer Prozess.
Zum einen werden in einer Beratungssituation niemals die gleichen Grundvoraussetzungen vorliegen. Jede Frau, jedes Mädchen hat eine eigene Geschichte. Auch wenn die erlebten Situationen und die vorliegenden Probleme einzeln betrachtet denen anderer Frauen und Mädchen mit Behinderung gleichen mögen, so sind sie doch durch ihre Zusammensetzung und die Art, wie sie erlebt und interpretiert wurden und werden, einzigartig. Diese persönlichen Gegebenheiten herauszuarbeiten, zu analysieren und zu bearbeiten, erfordert kreatives und flexibles Denken.
Zum anderen sollen aus diesen individuellen Gegebenheiten heraus gemeinsam Veränderungsmöglichkeiten gefunden werden, die sich an den jeweiligen Ressourcen, Bedürfnissen und Problemlösungsmöglichkeiten der Ratsuchenden orientieren. Dies ist eine schöpferische Arbeit, die von jeder Beraterin in jeder Situation in Zusammenarbeit mit der Ratsuchenden neu geleistet werden muss.

Daher bietet dieses Buch einen Überblick über und einen Einblick in die Lebenssituation von Frauen und Mädchen mit Behinderung in unterschiedlichen Bereichen. An einigen Stellen sind daneben konkretere Beispiele eingefügt, um das Beschriebene anschaulicher zu machen und aufzuzeigen, was die geschilderte Problematik für die betroffenen Frau oder das Mädchen bedeuten kann. Die Beispiele sollen einen Eindruck der möglichen Auswirkungen von Problemen auf der persönlichen Ebene vermitteln und die Wahrnehmung der Beraterin sensibilisieren. Insgesamt wurde auf die Schilderung von konkreten Beispielen eher verzichtet, um das Erkennen der Zusammenhänge und Verzahnungen der einzelnen Bereiche miteinander nicht zu erschweren. Die der Problemstellung jeweils individuell zugrunde liegenden und zusammenwirkenden relevanten Aspekte sowie die passenden Lösungen herauszufinden, ist, wie beschrieben, die schöpferische Leistung der Beraterin in Zusammenarbeit mit der Ratsuchenden.

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

# Die Beratungsarbeit

# Einführung in das Thema Beratung

## Gisela Hermes

Die Methode des Peer Counseling wird zwar in der Beratungsarbeit tagtäglich praktiziert, indem von einer Behinderung betroffene Menschen ratsuchende behinderte Menschen unterstützen, gezielte Informationen und Weiterbildungsmöglichkeiten sind jedoch sehr rar. Vor allem zur geschlechtspezifischen Beratung behinderter Mädchen und Frauen gibt es kaum schriftlich festgehaltene Auseinandersetzungen und Darstellungen. Kurzum: Es existiert so gut wie kein Material zu diesem wichtigen Thema.

Während der bifos-Weiterbildung für behinderte Beraterinnen wurde immer wieder deutlich, wie sehr alleingelassen sich deshalb viele Beraterinnen fühlen und wie groß der Bedarf an Information, Austausch und Weiterbildung ist.

Aufgrund verschiedener Fragestellungen, die sich während der Weiterbildung herauskristallisierten, widmen wir dem Thema der parteilichen Peer Counseling-Beratung folgendes Kapitel, in dem sich die Autorinnen sowohl auf theoretischer wie auch auf einer sehr praktischen, anleitenden Ebene mit folgenden Themen auseinandersetzen:

- Grundlegende Gedanken zur parteilichen Peer Counseling-Beratung behinderter Mädchen/Frauen
- Vorstellung der Methode des Peer Counseling
- Ziel und Grundlagen der parteilichen Beratungsarbeit behinderter Mädchen/Frauen
- Umgang mit der notwendigen Anwesenheit Dritter im Beratungsgespräch
- die immer wiederkehrende Schwierigkeit der Abgrenzung von den Problemen der Ratsuchenden sowie
- Möglichkeiten der Unterstützung und Netzwerkbildung für behinderte Beraterinnen zur Verhinderung von Burnout und zur Verbesserung der Beratungsarbeit

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

# Die parteiliche Beratung von/für Frauen mit Behinderung

Monika Strahl

**Parteilichkeit und Ganzheitlichkeit – Peer Counseling unter Berücksichtigung eines geschlechtsdifferenzierten Ansatzes(1)**

In meinen folgenden Ausführungen möchte ich die Notwendigkeit einer geschlechtsdifferenzierten Wahrnehmung und Sichtweise in der Beratung behinderter Mädchen und Frauen vorstellen und diskutieren.

Zunächst einmal werde ich einen Blick auf die heutige Lebenssituation behinderter Frauen werfen, um dann auf die herkömmliche institutionelle Praxis von Beratung behinderter Mädchen und Frauen zu kommen und aufzuzeigen, wie sich die (Nicht-) Wahrnehmung von Geschlecht und Behinderung in Beratungsverläufen zeigt. Anschließend stelle ich kurz die Methode und die Praxis des Peer Counseling vor, um dann der Frage nachzugehen, welche Bedeutung ein feministischer Ansatz für die Arbeit mit behinderten Mädchen und Frauen hat. Abschließend werde ich einige Möglichkeiten des Peer Counseling unter der Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Aspekte aufzeigen.

**(Nicht-)Wahrnehmung von Behinderung und Geschlecht als soziale Kategorien**

Die Lebenswirklichkeiten von Mädchen und Frauen mit Behinderung wurden lange Zeit nicht wahrgenommen. Ihre spezifische Lebensbiographie sowie ihre – eben auch weiblichen – Belange und Interessen wurden unter dem Begriff „behindert" subsumiert und somit verschleiert. Auch heute noch wird ihre geschlechtsspezifische Lebenssituation in erster Linie an eine männlich orientierten Normvorgabe angepasst. Besonders sichtbar wird dies in den Bereichen Ausbildung und Rehabilitation. In keinem anderen Bereich sind die Folgen der nicht geschlechtsspezifischen Wahrnehmung behinderter Mädchen/Frauen in ihren negativen Auswirkungen so gravierend wie hier. Nach wie vor haben weibliche Behinderte geringere Chancen auf dem Arbeitsmarkt als ihre männlichen „Peers". So ist beispielsweise auch heute noch Bürokauffrau der „Ausbildungsklassiker" für behinderte Frauen. Andere Ausbildungsmöglichkeiten, die aus dieser klassischen Tradition herausfallen, werden gar nicht erst in Erwägung gezogen.

In den vergangen Jahren hat sich diese eingeengte Sichtweise ein wenig verändert.
Einrichtungen des Behindertenwesens, Frauenprojekte und Beratungsstellen interessieren sich zunehmend mehr für die Situation behinderter Mädchen und Frauen. Sichtbar wird diese geschlechtsspezifische Betrachtungsweise vor allen Dingen bei dem Thema der sexuellen Gewalt. Oder anders gesagt: Das öffentlich diskutierte Thema der sexuellen Gewalt hat behinderte Mädchen und Frauen ein Stück weit aus ihrer Geschlechtsneutralität befreit, so zynisch dies auch klingen mag. Sichtbar gemacht haben dies in der Regel selbst betroffene Frauen, indem sie sich in Selbsthilfegruppen, Projekten, Beratungsstellen sowie (erstmals 1992) auch in Netzwerken zusammenschlossen und mit dem politischen Arbeitsbegriff der doppelten Diskriminierung an die Öffentlichkeit gingen und gehen. Dieses momentane öffentliche Interesse sollte uns jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass eine spezifische geschlechtsdifferenzierte Betrachtung der realen gesamten Lebenswelt behinderter Mädchen und Frauen im Schul-, Ausbildungs- und Rehabilitationsbe-

reich, in Wissenschaft und Forschung und in der pädagogisch-therapeutischen Praxis nach wie vor wenig Beachtung findet.

In traditionellen – d. h. in diesem Zusammenhang von nichtbehinderten Beraterinnen durchgeführten – Beratungsverläufen ist die Wahrnehmung der Ratsuchenden durch die Beraterin oftmals durch einen vorgeprägten Blick bestimmt. Dieser Blick, der sich auf die behinderte Frau richtet, ist nicht nur defizitorientiert, sondern er wird außerdem noch durch gesellschaftliche Regelsysteme beeinflusst. Dies äußert sich zum einen in Form von (Vor-)Urteilen und zum anderen darin, dass sich die behinderte Ratsuchende an bestehende organisatorische, strukturelle oder bürokratische Gegebenheiten anzupassen hat. Passt sie nicht in das angebotene Schema, fällt sie entweder heraus, oder muss sich angleichen. In solch einer Beratungsbeziehung ist die Ratsuchende Objekt festgelegter Zuschreibungen und Gegebenheiten, was ihrer Individualität und somit ihren Vorstellungen und Bedürfnissen entgegensteht. Diese Form der Fremdwahrnehmung ist also von vielen inneren (Haltungen/Einstellungen) und äußeren Faktoren abhängig und beeinflusst dementsprechend den Beratungsverlauf.

Zur Wahrnehmung „der Anderen" gehört auch die Selbstwahrnehmung bzw. ein Selbstklärungsprozess. Dies bedeutet den eigenen Umgang als Nichtbehinderte mit dem Thema Behinderung/Frau-Sein und den damit verbundenen eigenen Ängsten; das heißt – bezogen auf Beratungssituationen – sich als Beraterin/Therapeutin selbst in Frage zu stellen, sich der eigenen „Machtposition" bewusst zu werden und sich vielleicht auch einzugestehen, nicht immer im Sinne behinderter Menschen zu handeln, sondern lediglich dem Schema des pädagogischen Auftrages gerecht werden zu wollen. In der Beratungspraxis kommt es nur allzu oft vor, dass Einschätzungen und Vorstellungen seitens der Beraterin zur Situation der behinderten Ratsuchenden vorgeprägt sind; das heißt, die Beraterin hat ihre eigenen Vorstellungen, was für die Ratsuchende gut sei. Vergleichbar wäre dies mit einem „Schuhanzieher, der ... in einen Schuh helfen soll, der ... nicht passt"[2]. Diese „verpassten", aber nicht passenden Schuhe basieren in der Regel auf einem Beratungsstil, in dem das Beratungsziel sich an gesellschaftlichen Normvorgaben orientiert und die behinderte Ratsuchende an bestehende Strukturen angepasst werden soll. In solchen Beratungssituationen scheint der Dialog mit der betroffenen Person eher nebensächlich zu sein. Einstellungen, Wünsche und eigene Vorstellungen zur Problembewältigung bzw. Problemlösung seitens der Ratsuchenden spielen, wenn überhaupt, eine Nebenrolle. Vielleicht gelingt ein Fremdverstehen „der Anderen" nur über die Form der kritischen Selbstreflexion und der Bereitschaft, „der Anderen" zuzuhören und das „Fremde" in ihr wahrzunehmen und zu akzeptieren. Einige nichtbehinderte (Sonder-)Pädagoginnen betrachten dementsprechend die Kooperation mit behinderten Fachkolleginnen als sinnvollen, wenn nicht sogar notwendigen Bestandteil ihrer Arbeit.[3]

Um den Bedürfnissen behinderter Frauen gerecht zu werden, ist in der Beratungsarbeit – neben dem Prozess der Selbstklärung – eine Wahrnehmung betroffener Frauen unter Einbeziehung von Geschlecht **und** Behinderung als soziale Kategorie erforderlich. Eine solche Sichtweise von Beratung erfordert neben einer personenzentrierten Wahrnehmung auch die Einbeziehung gesellschaftspolitischer Lebensbedingungen von Frauen und Mädchen, die mit einer Behinderung leben.

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

**Peer Counseling und Peer Support – ein emanzipatorischer und dialogischer Wahrnehmungsprozess**

Im Folgenden werde ich mich nun auf einen Beratungs- und Begleitungsansatz beziehen, welcher aus der Behinderten- bzw. Selbstbestimmt Leben Bewegung kommt und den Anspruch verfolgt, Menschen mit Behinderung in ihrer Ganzheitlichkeit, d.h. sowohl in Ihrem Frau-/Mann- und Behindert-Sein als auch mit deren/dessen spezifischer Lebenssituation in dieser Gesellschaft wahrzunehmen.

Die Form einer ganzheitlichen Beratung und Begleitung, auf die ich mich hier beziehen möchte, fußt in dem Beratungs- und Begleitungsmodell des **Peer Counseling** bzw. **Peer Support** und findet seine Anwendung in Beratungsstellen von und für Menschen mit Behinderung, in den Zentren für selbstbestimmtes Leben Behinderter. Peer Counseling bedeutet – aus dem Amerikanischen übersetzt – Beratung durch Peers, d.h. durch „Gleiche, Gleichgestellte oder Gleichartige". Counseling bedeutet Beratung, während Support eher den gesamten Prozess von Unterstützung und Begleitung meint.

Peer-Beratung findet überall und jederzeit statt. Menschen mit einer ähnlichen Lebenssituation und gleichen Interessen begegnen sich in Peer Groups wie Fanclubs, Selbsthilfe- oder Supervisionsgruppen und in Arbeitskreisen, tauschen sich untereinander aus und beraten sich gegenseitig. Die Peer-Beratung auf professioneller Ebene ist nicht neu; sie findet beispielsweise auch in der feministischen Mädchen- und Frauenberatung ihre Anwendung.

Die Idee des Peer Counseling bzw. des Peer Support unter Menschen mit Behinderungen kommt aus Amerika, genauer gesagt aus der US-amerikanischen Independent Living Bewegung. Angespornt durch die Bürgerrechtsbewegung der Schwarzen und der Studentenbewegung Ende der sechziger Jahre gingen behinderte Menschen auf die Straße und forderten eine Antidiskriminierungsgesetzgebung. 1962 erkämpfte sich Ed Roberts, der von vielen als Begründer der Independent Living Bewegung angesehen wird, als Behinderter seine Zulassung zur University of California in Berkeley. Andere behinderte Menschen folgten seinem Beispiel. Die Folge war, dass sich behinderte Studierende zusammenschlossen und gegen Diskriminierungen an der Universität kämpften. Es entstand eine selbstinitiierte Peer Support-Gruppe, aus der 1972 das Center of Independent Living in Berkeley, das erste Beratungszentrum von Behinderten für Behinderte, entstand. Mittlerweile gibt es in den USA ca. 300 Beratungszentren, die der politischen Interessenvertretung behinderter Menschen dienen und ebenso eine Vielzahl von Dienstleistungen anbieten, wobei Peer Counseling bzw. Peer Support einen wesentlichen Bestandteil der Arbeit ausmacht. In Deutschland nahmen Mitte der achtziger Jahre die ersten Zentren für selbstbestimmtes Leben Behinderter in Hamburg und Bremen ihre Arbeit auf. Heute existieren (in Ost- und Westdeutschland) über zwanzig solcher Zentren, die ebenso wie in den USA nach den Beratungsprinzipien des Peer Counseling (auch „Betroffenenberatung" genannt) bzw. Peer Support arbeiten.[4]

Wir haben es hier mit einer Form von Beratung zu tun, in der sich die Ratsuchenden und die beratenden Personen in einen dialogischen Prozess begeben – einen Prozess, von dem beide Seiten profitieren können. Die Beraterin gibt nicht nur ihr fachspezifisches Wissen weiter, sondern bezieht sich als Subjekt in den Beratungsverlauf mit ein, d.h. sie befindet sich durch den wechselseitigen Austausch mit ihrer Dialogpartnerin in einem ständigen Prozess der Selbsterfahrung und Selbsterkenntnis. In diesem dialogischen Prozess ist der

Blick nicht auf Defizite (z.B. die Behinderung, oder das was die Ratsuchende nicht kann) gerichtet, sondern auf die Befähigungen und die Ressourcen der ratsuchenden Person. In gängigen Konzepten und Veröffentlichungen aus der Selbstbestimmt Leben Bewegung wird die Peer-Konstellation als ein Prozess beschrieben, bei dem es im Verlauf der Beratung zu einer Solidarität beider Beteiligten, sowie zu einer Stärkung des Selbstkonzeptes seitens der Ratsuchenden kommen kann – wobei die beratende Person als „positives Rollenvorbild" fungiert. Dieser Prozessverlauf muss sicherlich auch unter einem kritischen Blickwinkel betrachtet werden – denn: Nicht immer ist Solidarität nur förderlich, sie kann ebenso auch verschleiernde Momente in sich tragen. Nicht immer ist das „positive Rollenvorbild" von der, „die es ja geschafft hat", eine Stärkung für die Ratsuchende, denn diese Situation kann auch Angst verursachen. Angst, die dann eher hinderlich für das Selbstwertgefühl und ein vielleicht neu angestrebtes Selbstkonzept sein kann.

Peer Counseling und Peer Support basieren in der Anwendung auf einem stark praxisbezogenen bzw. handlungsorientierten Konzept. Die meisten Beratungsstellen, die nach diesem Konzept arbeiten, beziehen sich im Wesentlichen auf den klientenzentrierten bzw. personenzentrierten Ansatz von C. R. ROGERS. Die humanistisch geprägte Persönlichkeitstheorie C. R. ROGERS bezieht sich auf eine Form der Gesprächsführung, die von einem Menschenbild ausgeht, in dem jede Person selbst in der Lage ist, sich positiv zu verändern. Diese Ausgangsposition gesteht jeder Einzelnen zu, „Expertin in eigener Sache" zu sein. Die Anforderungen an die Beraterin formuliert ROGERS in seinen drei „Basisvariablen": Kongruenz (Echtheit, Wahrhaftigkeit, Authentizität), Wertschätzung (bedingungsfreies Akzeptieren) und Empathie (einfühlendes Verstehen).(5)

Diese Anforderungen bedingen ein hohes Maß an Selbstreflexion seitens der beratenden Dialogpartnerin sowie eine ständige Gratwanderung zwischen Nähe und Distanz zu sich selbst und zu der ratsuchenden Person. Eine personenzentrierte Form der Beratung nach C. R. ROGERS ist in ihrer Anlegung stark individuumzentriert, d.h. sie bezieht sich primär auf die ratsuchende Person sowie die ihr innewohnenden Möglichkeiten zur Veränderung und weniger auf das ökonomische und soziale Umfeld. Peer Counseling geht über diesen Ansatz hinaus und bezieht in der ganzheitlichen und parteilichen Beratung genau diese Faktoren, sowie die aktuelle sozialpolitische Situation behinderter Menschen mit ein. Ziel des Peer Counseling ist zum einen ein auf Selbstbestimmung zielendes Hilfsangebot im Sinne der ratsuchenden Person, zum anderen die Einbeziehung und Verbesserung der aktuellen Lebensbedingungen und der gesellschaftlichen Position behinderter Menschen insgesamt. Diesem (politischen) Ansatz werden wir in der feministischen Mädchen- und Frauenarbeit wieder begegnen.

In der Beratungspraxis findet Peer Counseling insbesondere unter Menschen mit körperlichen Behinderungen statt – Menschen mit einer psychischen oder auch sogenannten geistigen Behinderung sind hier eher die Ausnahme. Dies kann unter anderem an der Form oder Methode dieses Beratungsansatzes liegen, der vor allem auf der sprachlichen Kommunikationsebene seine Anwendung findet. Um bestimmte Bevölkerungsgruppen nicht auszuschließen – welches dem Menschen- und Persönlichkeitsbild der personenzentrierten Beratung widersprechen würde – schlägt SCHMIDTMANN z.B. in ihrer Arbeit vor, Bezugspersonen in den Beratungsprozess mit einzubeziehen, wenn die ratsuchende Person selbst nicht in der Lage ist, sich direkt verständlich zu

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

machen. Für die Arbeit mit Menschen, die durch Sprach-, Kommunikations- oder Wahrnehmungsstörungen in ihren Sprachäußerungen oder ihrem Sprachverständnis gestört sind, wären nach ihrer Meinung Techniken und Methoden aus körper- oder erlebnistherapeutischen Zusammenhängen hilfreich, denn „sie erlauben dem Klienten seinen Möglichkeiten entsprechend einen Zugang zu seinen Gefühlen und Problemen zu finden, sie zu erkennen, auszudrücken und aufzuarbeiten".(6)
In diesem Zusammenhang möchte ich noch kurz auf neue Perspektiven und Methoden einer individuellen bzw. persönlichen Hilfeplanung aufmerksam machen, die insbesondere auch für Menschen mit einer sogenannten geistigen Behinderung gut geeignet erscheinen. Persönliche Zukunftsplanung basiert auf den Grundsätzen der People First-Bewegung(7) und arbeitet u.a. auch mit symbolischen, visuellen Methoden, wie z.B. mit Kartensets („Dream Cards", „Lebensstilkarten" usw.).(8)

Für eine weitere professionelle Ausgestaltung des Peer Counseling und der diesem Konzept innewohnenden Frauenberatung halte ich eine fundierte Theoriebildung in diesem Bereich für dringend erforderlich. Ebenso hilfreich wie nützlich würde sich dies auch auf eine Ausdifferenzierung und Erweiterung von Methoden des Peer Counseling auswirken, damit sich auch bisher wenig berücksichtigte Personengruppen von diesem Beratungsangebot angesprochen fühlen können.

Im Folgenden möchte ich mich nun der Frauenberatung zuwenden. Aspekte der feministischen Mädchen- und Frauenarbeit, wie Ganzheitlichkeit, Parteilichkeit, Betroffenheit und Identifikation werden vorgestellt und daraufhin hinsichtlich ihrer praktischen Anwendung für den Beratungsprozess unter Frauen mit Behinderung überprüft.

**Der ganzheitliche und parteiliche Blick – ein feministischer Ansatz**

Suchen Frauen mit Behinderung Beratung und Unterstützung, so stellt sich für sie unter Umständen die Frage, ob sie besser eine Frauenberatung, eine Beratung im traditionellen Behindertenwesen oder (falls in ihrem Wohnbereich vorhanden) eine Beratung durch ebenfalls behinderte Personen in einem Zentrum für selbstbestimmtes Leben in Anspruch nehmen sollen.

In gängigen – von nichtbehinderten Frauen durchgeführten – Beratungsangeboten und Begleitungsverläufen, wie z.B. in Frauengesundheitszentren, werden Frauen mit Behinderung häufig an Institutionen der Behindertenhilfe verwiesen. Bei dieser Wahrnehmung von behinderten Ratsuchenden dominiert der Blick auf ihre Behinderung, wobei ihr Frau-Sein negiert wird. Die Beraterinnen sind unsicher; sie fühlen sich oftmals nicht kompetent und verweisen auf ihr Nichtwissen über Behinderungsarten, über den Umgang mit Behinderung sowie auf mangelnde finanzielle und personelle Ressourcen bzw. auf fehlende behindertengerechte Ausstattungen. Sie weichen damit einer Auseinandersetzung bezüglich ihres eigenen Umgangs mit Behinderung aus und legitimieren gleichzeitig die Abgabe von Verantwortung und Zuständigkeiten.

Wird die ratsuchende behinderte Frau nun an eine entsprechende Institution der Behindertenhilfe verwiesen, trifft sie auf ähnliche Strukturen, nur in anderer Form. Sie wird als behinderter Mensch wahrgenommen – auf spezielle Fragestellungen, die ihr Frau-Sein betreffen, sind jedoch viele dieser Beratungsstellen nicht eingestellt. So treffen diese Frauen beispielsweise auf

männliche und/oder nichtbehinderte Sozialarbeiter bzw. Pädagogen, wenn sie über ihren Kinderwunsch, ihre Familienplanung oder über ihre Identität als Frau reden möchten. In beiden Situationen erfahren sie eine Aufspaltung ihres Frau-Behindert-Seins.

Auch in den Zentren für selbstbestimmtes Leben gibt es bisher noch keine durchgängigen geschlechtsdifferenzierten Angebote. Im Vordergrund steht hier die „Betroffenenberatung" von und für Menschen mit Behinderungen. Beratungs-, Begleitungs- sowie Seminarangebote, die sich gezielt an behinderte Frauen wenden, sind noch nicht die Regel.

Doch was bedeutet Betroffenheit und Betroffen-Sein im Kontext von Beratung und Begleitung? MARIA MIES hatte innerhalb der Debatte über Ansätze einer feministischen Wissenschaft und Methodologie bereits Ende der siebziger Jahre in ihren Methodischen Postulaten zur Frauenforschung den Aspekt der **Betroffenheit** diskutiert. Zur Frage, was sie und andere Wissenschaftlerinnen beispielsweise mit geschlagenen Frauen verbinden würde, tauchte der Begriff in der feministischen Diskussion zum ersten Mal auf. „Die ‚Betroffenen' sind ‚die anderen', nicht ich selbst ..."(9) so lautete eine gängige Meinung. Mit diesem Verständnis werden sogenannte Betroffene jedoch erneut zum Objekt und zur HilfeempfängerIn degradiert und nicht selten werden sie mit einer betulichen Helfermentalität konfrontiert. Nichtbetroffene distanzieren sich von ihrem Gegenüber; es findet keine Form der Identifikation statt, und es entsteht ein Machtverhältnis, wenn Betroffene Objekte von Hilfe, Fürsorge und Entwicklungshilfe werden. Wie MIES weiterhin ausführt, steckt in diesem Begriff jedoch auch das Gegenteil zur Degradierung zum Objekt. Betroffenheit, verstanden als ein ehemals zentraler Begriff der feministischen Erkenntnistheorie, beinhaltet vor allen Dingen den Prozess des Getroffenseins, des Innehaltens, der emotionalen Empörung und Wut über diesen Zustand – aber auch die Analyse und Kritik des Zustandes und somit die Motivation zum Handeln, die über das Opfer-Sein hinausgeht.(10)

Die Betroffenheit „der Einen" und die „der Anderen" basiert unter Frauen auf der gleichen Geschlechtszugehörigkeit und der bewussten Wahrnehmung des eigenen weiblichen Geschlechts in patriarchal geprägten Gesellschaftsformen. Diese Art von Betroffenheit ermöglicht einen Dialog untereinander, der beispielsweise in der feministischen Mädchenarbeit durch **Parteilichkeit** und **Identifikation** geprägt ist. Parteilichkeit setzt hier die Entscheidung der Pädagogin voraus, dass sie sich von einer geschlechtsneutralen Jugendarbeit distanziert und sich für die Interessen und Bedürfnisse von Mädchen engagiert und einsetzt. Eine parteiliche Arbeit mit Mädchen setzt seitens der Pädagogin die Erfahrung eigener Unterdrückung und Benachteiligung als Frau, sowie dem daraus abgeleiteten Widerstand gegen männliche Machtansprüche voraus. Feministische Mädchenarbeit kann daher nur von Frauen und niemals von Männern – auch wenn diese sich als „frauen- bzw. mädchenfreundlich" definieren – geleistet werden. Die Pädagogin selbst bringt sich mit ihrem eigenen Emanzipationsprozess, welcher für die Mädchen erkennbar sein muss, in die Arbeit ein. Sie setzt an den Stärken der Mädchen an, nicht an ihren vermeintlichen Schwächen oder Defiziten. Für die Mädchen bietet sie eine wichtige Alternative zu den vorrangig männlichen Identifikationsfiguren (Politik, Film, Kultur) bzw. zu den gesellschaftlich gängigen weiblichen Leitbildern (Familie, Kind, Anpassung, Unterordnung). Die Mädchen haben die Möglichkeit, die Pädagogin als „positive Identifikationsfigur" anzunehmen.(11)

Feministische Parteilichkeit heißt jedoch nicht, dass die Vielschichtigkeit und Unterschiedlichkeit von Mädchen und Frauen ignoriert werden darf. Parteilichkeit bedeutet in der feministischen Mädchen- und Frauenarbeit *„ ... sich sowohl der gesellschaftlichen Ausgrenzung des weiblichen Geschlechts als auch der Unterschiede unter den Frauen bewusst zu sein. Parteilichkeit beinhaltet nicht naive Empathie für die einzelne Frau, sondern kritisches Engagement für die Belange der Frauen.*"(12) So verstanden schließt Parteilichkeit neben der (selbst-)kritischen Reflexion als Frau auch ein politisches Handeln mit ein. MARIA BIZAN stellt in diesem Zusammenhang fest, dass es beispielsweise für ein feministisch orientiertes Arbeiten mit Mädchen nicht darum geht, *„ ... den Mädchen einen Lebensentwurf überzustülpen, sondern Rahmenbedingungen für Selbstentfaltung sicherzustellen. ... Parteilichkeit ist die bewusste Entscheidung, sich auf Frauen zu beziehen.*"(13)

Einige feministisch orientierte Anlaufstellen für Mädchen und Frauen, die parteiliche Mädchen- und Frauenarbeit leisten und wo sich betroffene Frauen in den Prozess mit einbringen, orientieren sich seit einiger Zeit auch an den Bedürfnissen von Mädchen und Frauen mit Behinderungen.
In einer feministisch orientierten Arbeit mit behinderten Mädchen und Frauen kommt zu der parteilichen Sichtweise außerdem noch die Auseinandersetzung mit Behinderung hinzu. Um dem Anspruch einer **ganzheitlichen** Sichtweise gerecht zu werden, ist es von Bedeutung, wie die nichtbehinderte Beraterin oder Pädagogin die behinderte Frau bzw. das behinderte Mädchen wahrnimmt. Hierzu eine Mitarbeiterin der „Initiative Münchner Mädchenarbeit" (I.M.M.A): *„Parteiliche Mädchenarbeit mit behinderten Mädchen und jungen Frauen heißt für mich, dass ich behinderte Mädchen und junge Frauen zuallererst als Mädchen und Frauen wahrnehme und nicht als erstes über ihre sog. ‚Behinderung' definiere. Ich ergreife Partei für sie mit dem Bewusstsein der gemeinsamen Geschlechtszugehörigkeit und dem Bewusstsein, dass ich nicht ‚besser' bin, nicht ‚gesünder' – denn zuallererst streiche ich das Wort ‚krank'.*"(14) Bezug nehmend auf den Aspekt der Betroffenheit fordert sie, dass behinderte Fachfrauen in die Arbeit mit einbezogen werden müssen und nichtbehinderte Fachfrauen teilweise als Assistentinnen agieren und sich auf einen gegenseitigen Diskussionsprozess einlassen sollen.(15)

Die Begriffe Parteilichkeit und Ganzheitlichkeit haben in der feministischen Arbeit mit Frauen und Mädchen eine zentrale Bedeutung. Die bewusste Wahrnehmung der Beraterin bzw. der Pädagogin als Frau im gesellschaftlichen Kontext, sowie eine bewusste Parteilichkeit für die Mädchen und Frauen, die sie beraten oder mit denen sie zusammenarbeiten, bestimmen die Qualität dieser Arbeit.

**Peer Counseling unter Berücksichtigung geschlechtsspezifischer Aspekte**

In der Beratungsarbeit unter behinderten Frauen treffen zwei Ebenen des Be-(Ge-)troffen-Seins aufeinander: die der Behinderung und die des Frau-Seins. Denk- und Handlungsansätze der feministisch orientierten Mädchen- und Frauenarbeit fließen in die Beratung mit ein.
Eine parteiliche und ganzheitliche Beratung hat gerade auch für behinderte Frauen einen besonderen Stellenwert. Viele behinderte Frauen haben Therapie- und Beratungserfahrungen machen müssen, in denen ihr Lebenskonzept als Frau nur eine untergeordnete Rolle gespielt hat. Nun können sie erfahren, dass sie auch als Frau gesehen und gewürdigt werden, und dass außerdem

durch eine ganzheitliche und parteiliche Sichtweise ein Interesse daran besteht, Verbesserungen von Lebensbedingungen zu bewirken, die sie als Frau und Behinderte betreffen.
Beim Peer Counseling wirkt sich eine ähnliche Betroffenheit zwischen der Ratsuchenden und der Beraterin positiv auf den gesamten Beratungsverlauf aus. Aufgrund ähnlicher Erfahrungen können sie sich miteinander identifizieren, wobei die behinderte Beraterin an ihrem Beispiel anschaulich aufzeigen kann, auf welche Weise sie ihre Selbstbestimmung lebt. In der Regel fungiert sie als positives Rollenvorbild und kann dadurch der Ratsuchenden Mut machen, eigene Wege zu beschreiten. Im Gegensatz zu Beratungsprozessen zwischen nichtbehinderten Beraterinnen und behinderten Ratsuchenden können wir hier von einer gedoppelten Parteilichkeit sprechen, in Form einer Parteinahme für die Frau mit einer Behinderung.

Die eigene Betroffenheit kann jedoch in der Beratungsarbeit nur dann eine Qualifikation darstellen, wenn diese seitens der Beraterin bewusst wahrgenommen wird. Dies bedeutet u.a. die ständige Selbstreflexion des eigenen Frau-Seins und der eigenen Behinderung, das Hinterfragen der eigenen Rolle als Beraterin und das Erkennen eigener Grenzen, z.B. wenn die Lebenssituation der Ratsuchenden bei der Beraterin an eigene, nicht gelöste Verarbeitungsmuster stößt und der Umgang mit Nähe und Distanz zu sich selbst und gegenüber der Anderen nicht mehr deutlich ist. In diesem Fall ist die Beraterin mit sich selbst beschäftigt und muss die Fähigkeit haben, ihre eigene unreflektierte Betroffenheit – ihr Getroffensein – wahrzunehmen und zu äußern. Die sogenannte Betroffenheit wäre sonst eine reine Illusion.
Hilfreich für den Prozess der Wahrnehmung, des Dialoges und des Verstehens ist die Tatsache, dass beide Dialogpartnerinnen Frauen und behindert sind, wobei ihre Solidarität untereinander insbesondere im kritischen Engagement für die Belange behinderter Frauen deutlich wird.

In der Beratungspraxis reicht die Behinderung allein als Qualifikationsmerkmal meiner Meinung nach nicht aus. Behinderte Frauen, die Peer Counseling oder Peer Support anbieten, müssen jedoch nicht unbedingt eine pädagogische oder ähnliche Qualifikation nachweisen, sie sollten aber eine ständige Supervision in Anspruch nehmen. Für Beraterinnen der Zentren für selbstbestimmtes Leben und für ehrenamtliche Peer Counselorinnen (Co-Beraterinnen), die zu bestimmten Themenschwerpunkten beraten und begleiten, wird seit Dezember 1994 eine Weiterbildung zur Peer Counselorin angeboten. Unter dem Motto *„Behinderung – Voraussetzung statt Hemmnis*" bietet das Bildungs- und Forschungsinstitut zum selbstbestimmten Leben Behinderter (bifos e.V.) eine Weiterbildung für Menschen mit Behinderung zur Peer Counselorin bzw. zum Peer Counselor an.(16)

Aufgrund der geschilderten Aspekte von Wahrnehmung und Nichtwahrnehmung des Frau-Seins bei behinderten Frauen sowie den positiven Ergebnissen einer parteilichen und ganzheitlichen Beratung von und für Frauen mit Behinderung möchte ich zu folgenden Schlussbetrachtungen kommen:

- Frauen mit Behinderung haben eine andere Lebensrealität als behinderte Männer und sind aufgrund ihres Frau-Seins anderen Ausgrenzungsprozessen und Diskriminierungen ausgesetzt. Aufgrund dieser Tatsache ist eine geschlechtsdifferenzierte Herangehensweise in Beratungs- und Begleitungsprozessen notwendig.

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

- Um in Beratungsverläufen eine ganzheitliche Sichtweise und Wahrnehmung zu gewährleisten, sollte Peer Counseling mit behinderten Frauen unter dem Aspekt der Parteilichkeit stattfinden. Unter diesen Beratungsvoraussetzungen haben behinderte Frauen die Möglichkeit, sich auch als Frau wahrzunehmen und wertzuschätzen.

- Die Beraterinnen sollten in einem ständigen (Selbsterfahrungs-)Prozess nicht nur ihre eigene Behinderung, sondern auch ihr Frau-Sein reflektieren. Dieses impliziert nicht nur die persönliche Auseinandersetzung mit eigenen Erfahrungen, Möglichkeiten und Grenzen ihres Frau- und Behindert-Seins, sondern auch mit deren gesellschaftspolitischem Hintergrund.

- Für eine differenzierte Ausgestaltung des Peer Counseling unter Frauen ist eine Theoriebildung des Peer Counseling unter Berücksichtigung feministischer Sichtweisen sowie eine Evaluierung der Beratungspraxis erforderlich.

# Die Methode des Peer Counseling in der praktischen Arbeit mit behinderten Frauen

Gisela Hermes

Die Methode des Peer Counseling eignet sich, wie bereits von Monika Strahl beschrieben, sehr gut für die parteiliche Beratung behinderter Frauen.
Im Folgenden wird die Methode des Peer Counseling konkreter vorgestellt.
Zuerst einmal bedeutet Peer Counseling aktives Zuhören und die Fähigkeit der Problemlösung einzusetzen, um Menschen zu unterstützen, die einander ähnlich sind. Der Ausdruck „Peer Counseling" bezieht sich zum einen auf **bestimmte Techniken** und zum anderen auf einen **speziellen Zugang zu den Problemen und Herausforderungen ähnlich betroffener Menschen**. Erst die Verbindung dieser beiden Aspekte macht das Peer Counseling aus.

Dem „Peer Counseling" liegt die Annahme zugrunde, dass Menschen in der Regel selbst dazu in der Lage sind, ihre Probleme zu lösen, um ihre Ziele zu erreichen.
Die Tatsache, dass die Beraterin mit der Ratsuchenden gleichgestellt ist, ermöglicht eine Basis für Kontakt, die nie durch Erklärungen erreicht werden könnte. Die gemeinsame Lebenserfahrung begünstigt die Entwicklung einer entspannten Atmosphäre und einen direkten Austausch. Dieser wird außerdem durch die Gewissheit verstärkt, dass von dem, was während der Sitzung gesagt und getan wird, nichts nach außen dringen wird.
Gleichzeitig wird die Gleichberechtigung beider Personen oder, bei Gruppensitzungen, aller Gruppenmitglieder erreicht. Obwohl Beraterin und Ratsuchende während der Sitzung unterschiedliche Rollen haben, teilen sie bestimmte Lebenserfahrungen, die sie zu gleichberechtigten Partnerinnen machen, Partnerinnen, die „Seite an Seite" in einem Prozess zusammenarbeiten.
„Peer" kann sein, wer gleichaltrig ist, wer denselben (kulturellen) Hintergrund hat, wer in einer ähnlichen Situation wie die Ratsuchende ist. In unserem Zusammenhang heißen solche Frauen „Peer", die zu ihrer Behinderung stehen und die somit bewusst auf eine gemeinsame Lebenserfahrung zurückgreifen können, nämlich die, mit einer Behinderung in derselben Gesellschaft zu leben.
Allen Techniken, die beim Peer Counseling eingesetzt werden, seien es Dialoge, Körperarbeit, Problemlösung u.a., ist gemeinsam, dass sie die Ratsuchenden bei dem Prozess unterstützen, sich selbst besser kennenzulernen, sich selbst zu erfahren, eigene Quellen der Kreativität zu erschließen und eigene Gefühle, Wünsche und körperliche Bedürfnisse wahrzunehmen.
Die Ratsuchende ist die Hauptperson, um die es in der Beratung geht. Entscheidungen über die Dauer des Prozesses und über die Zielrichtung werden von ihr getroffen. Mit anderen Worten: Die Ratsuchende trägt die Verantwortung dafür, das Beste aus der Peer Counseling-Beratung zu machen.

Peer Counseling kann und wird unter unterschiedlichen Rahmenbedingungen und in verschiedenen Formen durchgeführt. Allen Angeboten ist gemeinsam, dass sie die vorher genannten zentralen Bestandteile von Peer Counseling beinhalten.
Beim Peer Counseling gibt es keine strengen Vorschriften über die Anzahl der Sitzungen, über die Anzahl der Jahre, die jemand beraten wird, über die Zahl der Teilnehmerinnen einer Gruppe oder über die Zahl der Beraterinnen, die aufgesucht werden etc... Entscheidend ist das, was die Ratsuchende braucht.

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

Je größer das Engagement und je klarer das Anliegen der Ratsuchenden ist, umso effektiver werden die Beratungssitzungen. Klarheit erhöht das Engagement. Deshalb ist es bei der Arbeit mit Gruppen fast immer notwendig, im voraus eine bestimmte Anzahl Sitzungen zu vereinbaren. Dieses gilt auch für Einzelsitzungen.
Weil die Ratsuchenden Zeit brauchen, um die Erfahrungen einer Beratung zu verdauen, oder Teile ihrer Pläne durchzuführen, ist es wichtig, angemessene Zeitabstände zwischen den Sitzungen einzuplanen. Themenzentrierte Gruppen sollten sich einmal wöchentlich treffen, damit die Kontinuität nicht unterbrochen wird.
Eine Einzelsitzung dauert in der Regel ca. eine Stunde. Die zeitliche Begrenzung der Sitzung sollte mit den Ratsuchenden abgesprochen werden.
Zur Zusammensetzung der Gruppe von Ratsuchenden und Beraterinnen ist folgendes anzumerken: Es gibt unendlich viele unterschiedliche Behinderungsarten, leider aber gibt es nicht unendlich viele Peer Counselorinnen. Es ist klar, dass die Zusammenarbeit umso befriedigender verläuft, je mehr Gemeinsamkeiten zwischen Ratsuchenden und Beraterinnen vorhanden sind. Es wäre z.B. völlig unsinnig, eine gehörlose BeraterIn für eine Gruppe blinder Ratsuchender zu engagieren. Auf der anderen Seite ist es jedoch nicht unbedingt notwendig, dass Beraterin und Ratsuchende die gleiche Behinderung haben. Oft ist es ausreichend, dass beide über ähnliche Erfahrungen damit verfügen, wie die nichtbehinderte Umwelt mit behinderten Menschen umgeht.

Die grundlegenden Techniken und Phasen des Peer Counseling sind folgende:

1. aktives Zuhören und Problemdiagnose
2. Problemlösung
3. Planung weiteren Vorgehens
4. persönliches Wachsen

Die Techniken des Peer Counseling im Detail zu erläutern, würde den Rahmen dieses Buches sprengen. Am ausführlichsten beschrieben werden diese in dem Buch „Zukunftsweisend" (1).

**Der Einsatz kreativer Methoden in der Beratungsarbeit**
In der Beratungspraxis hat sich herausgestellt, dass die ehrenamtlichen und auch die hauptamtlichen Beraterinnen häufig mit behinderten Ratsuchenden zu tun haben, die sich nur schwer verbal ausdrücken können. Oft liegen Sprachprobleme vor oder die ratsuchenden Frauen haben Probleme, ihre Anliegen in Worte zu fassen. Es ist wichtig, dass die Beraterin in einer solchen Situation in der Lage ist, auf andere, nonverbale und kreative Methoden der Verständigung zurückzugreifen.

Der Einsatz kreativer Methoden in der Beratungsarbeit ist darüber hinaus generell sehr sinnvoll, um sich einem Thema auf andere Art als durch Reden zu nähern. In der Arbeit mit kreativen Methoden werden alle Sinneskanäle angesprochen. Die Ratsuchende kann sich als ganzheitliches, als sinnliches Wesen erfahren. Sie erlebt wie vielfältig ihre Empfindungen und ihre Ausdrucksmöglichkeiten sind. Außerdem erfährt sie, dass Sprache als emotionale Ausdrucksform eine wesentlich geringere Bedeutung hat, als ihr häufig zugeschrieben wird. Vielleicht ist es auch der sinnliche Aspekt dieser Arbeit, der für behinderte Frauen noch wichtiger ist als für Nichtbehinderte, da gerade sie sehr um die Akzeptanz ihrer Sinnlichkeit in der Gesellschaft kämpfen müssen. Die verschiedenen kreativen Methoden in der Arbeit mit behinderten Menschen werden von Anne Müller-Lottes ausführlich beschrieben (2).

# Voraussetzungen für die Peer Counseling-Beratung

Christiane Schneider

Die Peer Counseling-Beratung sollte allen Frauen und Mädchen mit Behinderungen unabhängig von der Art ihrer Behinderung offenstehen. Daher müssen sich die äußeren Rahmenbedingungen an den unterschiedlichen Bedürfnissen und Notwendigkeiten der Ratsuchenden orientieren.

Für die Praxis bedeutet das, zunächst die Informationen über das Beratungsangebot für alle zugänglich zu machen. Die Informationen müssen in Großdruck und Braille sowie in leichter Sprache vorliegen – und zwar möglichst an Orten, an denen sich Mädchen und Frauen mit Behinderungen aufhalten. Ebenso sollten die Beraterinnen zur Informationsverbreitung und ersten Kontaktaufnahme zu den Frauen/Mädchen hingehen, z.B. in Schulen und Heime. Zum einen wird die Information sonst viele Betroffene nicht erreichen. Zum anderen haben viele Mädchen und Frauen mit Behinderung gar nicht oder nur erschwert die Möglichkeit einer eigenen Kontaktaufnahme – sie sind auf die Vermittlung durch Dritte angewiesen. Weitere Grundvoraussetzungen für die Kontaktaufnahme mit der Beratungsstelle sowie für die Zugänglichkeit sind z.B. ein Schreibtelefon, bzw. Fax und rollstuhlgerechte Bedingungen.
Und nicht zuletzt muss sich die Form der Beratung bzw. der Kommunikation an die Bedürfnisse der Ratsuchenden anpassen. So muss z.B. bei Bedarf eine Gebärdendolmetscherin zur Verfügung stehen, und es müssen andere Kommunikationsformen als das (verbale) Gespräch möglich sein (kreative Methoden).
Allen unterschiedlichen Bedürfnissen gerecht zu werden, ist kein leichtes Unterfangen. Wichtig ist daher eine grundsätzliche Aufgeschlossenheit und vor allem Flexibilität. Wenn die notwendigen Gegebenheiten nicht vorhanden sind, muss es eine Offenheit und Bereitschaft seitens der Beratungsstelle geben, die benötigten Voraussetzungen zu schaffen, um eine Beratung zu ermöglichen.

Mädchen brauchen andere Angebote als Frauen. So ist es wünschenswert, dass es neben dem Angebot von Einzelgesprächen spezielle Gruppenangebote, z.B. Freizeitaktivitäten, kreative Kurse, Selbstbehauptungs-/Selbstverteidigungskurse und einen offenen Mädchentreff gibt.

Das Beratungsangebot sollte sich an Frauen und Mädchen mit Behinderungen richten und aufgrund des Parteilichkeitsprinzips Angehörige zunächst ausschließen. Es kann jedoch im Einzelfall sinnvoll und notwendig sein, Angehörige mit einzubeziehen – wenn sie z.B. als Assistenz bei Schwierigkeiten der Kommunikation oder als DolmetscherIn fungieren. Darüber hinaus können auf Wunsch der Frau/des Mädchens gelegentlich gemeinsame Gespräche mit Angehörigen geführt werden. Es dürfen keine Gespräche ohne Wissen der Ratsuchenden stattfinden, da sonst das Vertrauensverhältnis zwischen Ratsuchender und Beraterin gefährdet wird. Wenn sich herausstellen sollte, dass die Beratung von Angehörigen notwendig ist, muss gewährleistet sein, dass diese von einer anderen Beraterin gemacht wird als die Beratung der betreffenden Frau/des betreffenden Mädchens. In jedem Fall kann die Einbeziehung bzw. Beratung von Angehörigen nur in Absprache und mit der Zustimmung der ratsuchenden Frau oder des ratsuchenden Mädchens stattfinden. Näheres hierzu finden Sie im Kapitel über die Anwesenheit Dritter in der Beratung.

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

**Ziel der Beratung: Individuelle Selbstbestimmung**
„Ziel der Beratung sollte sein, die Ratsuchende auf ihrem Weg der Selbstbestimmung zu begleiten und zu unterstützen.
Was ist diese ‚Selbstbestimmung', nach der eine ganze Bewegung, die Selbstbestimmt Leben Bewegung – und die darin entstandenen und weiter entstehenden Beratungsstellen, meist Zentren für selbstbestimmtes Leben – benannt sind?
Eine selbstbestimmte Lebensführung – Selbstbestimmung – ist ein lebendiger, persönlicher Prozess der Entdeckung und Entwicklung der eigenen Wahrnehmung, Wünsche und Standpunkte – in unserem Beratungszusammenhang: als Mädchen und Frau mit Behinderung. Darüber hinaus integriert Selbstbestimmung Kopf, Herz und Bauch; es geht nicht nur um den Verstand, sondern auch um den Körper, um Gefühle, Wahrnehmungen und Befindlichkeiten.
Ich verstehe Selbstbestimmung nicht als feststehendes Ziel, das ganz bestimmte Kriterien erfüllen muss, sondern vielmehr als lebenslangen Prozess. Selbstbestimmung kann in verschiedenen Lebensphasen unterschiedliche Schwerpunkte haben. Jede Frau/jedes Mädchen mit Behinderung lebt sie auf ihre eigene Weise. Dies macht ihre individuelle Selbstbestimmung aus.

Selbstbestimmung wird oft mit Selbstständigkeit verwechselt. Es geht nicht darum, so viel wie möglich ohne fremde Hilfe zu tun, sondern zu bestimmen, welche Hilfen frau wann und auf welche Art und Weise braucht oder in Anspruch nehmen will. Ein wichtiger Aspekt dabei ist, die eigenen Grenzen zu erkennen und zu wahren." (Christiane Schneider, aus einem unveröffentlichten Text für das bifos e.V.).

**Erwartungen**
Viele Frauen, die sich an eine Beratungsstelle wenden, wollen zunächst lediglich Informationen, z.B. über Hilfsmittel oder Unterstützung bei der Wohnungssuche. Im ersten Gespräch wird jedoch oft der Zusammenhang von Sachinformationen und einer persönliche Auseinandersetzung der Ratsuchenden – z.B. der Ablösung von den Eltern oder dem Thema Hilfe-Annehmen – deutlich. Einige Ratsuchende suchen Kontakte zwecks Freizeitbeschäftigung oder sie wünschen sich Freundschaften bzw. eine Partnerschaft. Andere äußern Unzufriedenheit, Wut, Trauer oder Ohnmacht und den Wunsch, in ihrem Leben etwas zu ändern. Selten formuliert eine Frau ausdrücklich, sie wolle ein Leben in größerer Selbstbestimmung – auch wenn es letztendlich fast immer darum geht.

Es kommt jedoch auch vor, dass eine Ratsuchende mit der Vorstellung in die Beratung kommt, dass sie hier ihre Probleme „abgeben" kann und dass die Beraterin ihr alles abnimmt. Diese Situation erfordert eine individuelle Lösung. So kann die Beraterin z.B. mit der Ratsuchenden zusammen einen Antrag ausfüllen oder sie bei einem Behördengang begleiten. In einer anderen Situation kann es sinnvoll sein, ihr die „Arbeiten" alleine zu überlassen und mit ihr über diese „Konsumhaltung" zu sprechen.

**Der Beratungsprozess**
Jede Frau/jedes Mädchen mit Behinderung hat persönliche Ressourcen, um ihr Leben selbstbestimmt zu gestalten. Viele haben jedoch durch jahrelange negative Erfahrungen der Fremdbestimmung nur einen schweren Zugang zu ihren eigenen Vorstellungen und Bedürfnissen. Häufig wurden ihre Gefühle nicht ernst genommen, viele Frauen mussten erfahren, dass die Anderen besser „wissen", was für sie gut ist. Auch wenn die eigenen Kräfte und Möglichkeiten oft verschüttet sind, so sind sie dennoch vorhanden. Die Beratung soll die Frauen/Mädchen mit Behinderungen dabei unterstützen, diese zu erkennen und zu entwickeln. Die Beraterin muss sich auf die Vorstellungen und das Erleben der

ratsuchenden Frau/des ratsuchenden Mädchens einlassen und sie auf deren eigenem Weg der Selbstbestimmung begleiten. Dabei ist es wichtig, dies aus der Sicht der Ratsuchenden und nicht aus der Sicht der Beraterin zu tun. Die Beraterin muss die Ratsuchende so akzeptieren, wie sie ist und sie da abholen, wo sie steht. Eine Frau oder ein Mädchen mit Behinderung hat in ihrem Leben oft die Erfahrung gemacht, dass sie nicht „richtig" sei, so wie sie ist, und dass sie sich ändern solle. Deshalb sollte sie sich in der Beratung aufgehoben, verstanden, wertgeschätzt und geachtet fühlen. Die Beratung/Begleitung gibt ihr den Raum, in dem sie ohne Angst und ohne sich schützen oder rechtfertigen zu müssen, über ihre Gefühle, Gedanken, Ängste und Hoffnungen sprechen kann. Nur so kann die Ratsuchende ihren eigenen Weg und Standpunkt als Mädchen oder Frau mit Behinderung finden.
Es geht jedoch nicht darum, dass die Beraterin alles akzeptiert und dazu „Ja und Amen" sagt. Die Beraterin muss vielmehr der Ratsuchenden die Möglichkeit geben, sich mit sich selbst, ihren Gedanken und Gefühlen sowie ihrem Handeln und dessen Konsequenzen auseinanderzusetzen. Die Beraterin darf nicht darauf hinwirken, dass die Ratsuchende die Vorstellungen der Beraterin von einem selbstbestimmten Leben übernimmt. Sie lebt zwar der Ratsuchenden eine Form der Selbstbestimmung als Frau mit Behinderung vor, aber diese ist nur eine von vielen Möglichkeiten. Die Beraterin unterstützt und begleitet die Ratsuchende auf deren eigenem Weg der Selbstbestimmung.

Auch wenn ein selbstbestimmtes Leben für jede Frau/jedes Mädchen mit Behinderung anders aussehen kann, durchläuft der Prozess der Selbstbestimmung folgende Aspekte:

- Selbstwahrnehmung und Selbstbewusstsein der eigenen Gedanken und Gefühle
- diese ernst nehmen und akzeptieren
- diese äußern
- diese selbst verantworten und danach handeln

Dabei sind besonders die Themen Identitätsfindung als Frau/Mädchen mit Behinderung, ein positives Frauen-/Mädchen-Körperbewusstsein und individuelle Lebenskonzepte wichtig.

Zur Verwirklichung eines individuellen, selbstbestimmten Lebenskonzepts spielen folgende inhaltliche Fragen eine wichtige Rolle:

- Wie will ich leben? (z.B. allein, in PartnerInnenschaft, lesbisch oder hetera; mit eigener Familie; soziales Umfeld)
- Wo will ich leben? (z.B. in eigener Wohnung, im Heim, in einer WG)
- Welche Hilfen/Assistenz brauche ich und will ich? (z.B. Pflege, persönliche Assistenz, Hilfsmittel)
- Welche Ausbildung bzw. welchen Beruf möchte ich ausüben?
- Welche anderen Wünsche und Bedürfnisse sind mir im Leben wichtig? Hier muss es nicht nur um „große Sachen" gehen. Oft können auch ganz „banale Dinge" zu erheblich mehr Lebensqualität beitragen. (z.B. öfter Pausen machen, die Möglichkeit, sich kurzzeitig hinzulegen ...)
- Was kann ich zur Veränderung meines Lebens und zur Verwirklichung meiner Vorstellungen tun?

Je nach Situation und Bedürfnis der Ratsuchenden werden diese Themen aufgegriffen und sowohl inhaltlich als auch auf der psychosozialen Ebene bearbeitet.

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

# Die Anwesenheit Dritter in der Peer Counseling-Beratung

## Brigitte Faber

Die Methode des Peer Counseling schließt erst einmal eine Anwesenheit Dritter, die eigene Interessen an dem Thema haben, aus. Doch nicht immer können die beteiligten Parteien klar getrennt werden. Dritte Personen mit eigenem Anteil und eigenen Interessen begegnen uns in der Beratung immer wieder. Und es ist nicht immer im Interesse der ratsuchenden Frauen und Mädchen, diese Menschen „vor die Tür zu setzen".

Gerade im Erstkontakt spielt die Anwesenheit von Eltern, Angehörigen und Freunden häufig eine Rolle. Menschen, die nicht gelernt haben, ihre Interessen zu vertreten, können dies nicht von heute auf morgen tun. Ebenso können negative Vorerfahrungen in anderen Zusammenhängen zu dieser Art der „Absicherung" führen. Selbstbestimmt Leben kann eben auch heißen, Verbündete in die Beratung mitzubringen. Und erst einmal ist es positiv zu bewerten, dass die ratsuchenden Frauen und Mädchen Menschen haben, die sie unterstützen.

Auch werden die Rahmenbedingungen der Beratungsarbeit nicht immer so sein, dass eine eindeutige parteiliche Arbeit möglich ist. Die Beratungsstellen, die rein nach dem Peer Counseling-Ansatz arbeiten, sind noch relativ selten. Häufig müssen Beraterinnen per Arbeitsauftrag verschiedene Interessen berücksichtigen und in Einklang bringen. Je nach Einstellung der beteiligten „Parteien" kann diese Vermittlung ein recht schwieriges Unterfangen werden. Doch gerade auch in diesen Situationen ist eine ganzheitliche und wertschätzende Grundhaltung besonders wichtig.

Da das reale Leben sich selten an ideale Beratungs-Bedingungen hält, wird es für Beraterinnen immer wieder die Aufgabe geben, aus der vorhandenen Situation das Beste zu machen. Im Sinne des Peer Counseling ist „das Beste" die größtmögliche Selbstbestimmung. Eine Unterstützung der ratsuchenden Frauen und Mädchen in diese Richtung ist mit der entsprechenden Grundhaltung immer möglich.

Wir können das Ziel der Beratung definieren. Und wir können uns über den Weg dorthin Gedanken machen. Den Startpunkt können wir uns nicht immer aussuchen – denn der liegt in der momentanen Situation der Frauen und Mädchen, die eine Beratung oder Unterstützung wünschen.

# Umgang mit der notwendigen Anwesenheit Dritter
Elke Thimsen

Im Rahmen der Beratungskontakte ist es je nach Situation immer wieder möglich, dass über die ratsuchende Person hinaus weitere Menschen bei dem Gespräch anwesend sind. Zum einen können dies für den Kontakt benötigte oder gewünschte Anwesende, wie z.B. DolmetscherInnen oder UnterstützerInnen sein. In Frage kommen aber auch Personen, die aus der persönlichen Situation der ratsuchenden Frau bei dem Gespräch dabei sind, wie Eltern oder PartnerIn. Die Grundvoraussetzung für eine Anwesenheit Dritter ist dabei immer das Einverständnis der ratsuchenden Frau!

**Peer Counseling / Peer Support / Betreuung**
Die klassische Peer Counseling-Situation ist die Beratung. Sobald ich stellvertretend für die ratsuchende Frau handele, verlasse ich den Bereich der Beratung und begebe mich in die direkte Unterstützung. Diese kann immer noch auf der Grundlage des Peer Counseling stattfinden (Peer Support). Sobald ich jedoch die Interessen verschiedener Personen berücksichtigen oder vermitteln muss, kann ich nicht mehr eindeutig parteilich sein. Hier verlasse ich die Ebene des Peer Counseling/Peer Support und begebe mich auf die klassische Betreuungsebene.
Die Anwesenheit Dritter hat je nach Setting – Peer Counseling, Peer Support, Betreuung – eine eigene Dynamik. Auch ist sie aus der Sicht des Peer Counseling/Peer Support eine besondere Situation – zumal die dritte Person im Allgemeinen keine eigene Behinderung hat, aber durchaus ihre eigene Geschichte oder ein eigenes Anliegen in die Beratung mitbringt. Je nach den Rahmenbedingungen ihrer Arbeit werden Beraterinnen unter den unterschiedlichsten Bedingungen dritte Personen in ihre Arbeit einbeziehen (müssen).
Für den Ablauf des Gespräches heißt das ganz grundsätzlich, zunächst die Rollen zu klären:

- Wer ist hier und warum? (auch: Wer hat den Kontakt zu der Beratungsstelle aufgenommen?)
- Welche Anliegen gibt es und wie ist die Reihenfolge?
- Gibt es spezielle Aufgaben während der Sitzung (z.B. dolmetschen)?
- Muss diese Konstellation jetzt so bleiben? (Die Assistentin könnte z.B. auch in einem anderen Raum warten.)

Während des Gespräches steht der Kontakt zwischen der Beraterin und der ratsuchenden Frau im Mittelpunkt. Gleichzeitig ist der Kontakt zu den anderen Personen zu halten und ihnen gemäß ihrer Rolle oder ihren eigenen Bedürfnissen Raum zu geben.
Sobald mehr als zwei Personen miteinander in Kontakt treten, können leichter Störungen auftreten. Diese zu registrieren, ist besonders wichtig. Sehr engagierte Eltern brauchen zum Beispiel ihren Raum, dürfen aber nicht das Gespräch leiten.
Am Schluss der Beratung ist zu überlegen, wie weitere Kontakte gestaltet werden. Kann die Ratsuchende das nächste Mal alleine kommen? Ist die direkte Anwesenheit Dritter im Raum notwendig? War die Unterstützung in Ordnung oder ist eine andere Form gefragt? Gibt es weitere Bedürfnisse der Dritten?

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

**Wichtige Punkte und praktische Tipps bei der Anwesenheit Dritter**
Die im Folgenden dargestellten Stichpunkte sind teilweise sicher „Selbstverständlichkeiten" aus der beratenden Tätigkeit. Jedoch ist die Situation beim Gespräch mit mehreren Personen immer etwas besonderes. Sie erfordert viel Aufmerksamkeit für Ordnung und Rahmen. Ich habe daher die wichtigsten Kriterien noch einmal unter drei Gesichtspunkten aufgelistet. Was ist bei der Anwesenheit von Angehörigen oder Bekannten zu beachten – was bei der Anwesenheit von „Profis"? Und welche Punkte sind bei einem Rollenwechsel – der sich durch den Kontakt mit Dritten ergibt – zu beachten?

**Angehörige/Bekannte**
- Als Erstes ist zu klären, warum Angehörige, Bekannte dabei sind. Sind sie einfach „nur so" mitgekommen, spielen begrenzte Möglichkeiten der betroffenen Frau eine Rolle, oder hätten sie sonst das Gefühl, dass das Thema nicht richtig besprochen wird?
- Dabei sein und mal gucken ist begrenzt o.k. Gerade beim ersten Kontakt kann diese „Versicherung" eine stabilisierende Wirkung haben. Zurückhaltung ist angesagt.
- Werden Angehörige z.B. für den Weg zu der Beratungsstelle benötigt, können sie während der Beratung einkaufen gehen. Oder: Statt der Eltern wird ein Fahrdienst in Anspruch genommen. – Die Beraterin macht einen Hausbesuch.
- Besteht Unsicherheit in Bezug auf die inhaltliche Arbeit: langfristig Vertrauen aufbauen und die Position der Frau stärken. Gerade wenn große Unsicherheiten bestehen, Verwandte also immer „mit von der Partie sind", kann ein Hausbesuch sinnvoll sein. Zum Teil ist es Angehörigen sowie der ratsuchenden Frau in der gewohnten Umgebung eher möglich, auf die gegenseitige Rückversicherung zu verzichten. Zu klären wäre hier, ob die Angehörigen eine eigenen Form der Unterstützung brauchen.
- zeitlichen Rahmen der Sitzung klären
- Jede/r Anwesende braucht Raum während des Gesprächs.
- Wer hat welches Anliegen? Stimmen die Anliegen überein? Sind sie überhaupt formulierbar, bzw. können sie entsprechend vermittelt werden?
- Sind Angehörige dabei, wird das Anliegen im Allgemeinen von ihnen vorgetragen. Warum ist das so? Nehmen die Angehörigen die Grenzen der Frau mit Behinderung so wahr – „sie kann nicht für sich selbst sprechen; tut dies nicht gut genug; das war schon immer so..." – oder tragen sie eigentlich ihr eigenes Anliegen vor?
- unter Umständen Möglichkeiten und Grenzen des Beratungsangebotes klären
- Was lässt sich in einer Sitzung klären? Prioritäten festlegen
- Wer sprich wann? Als Beraterin muss ich sehr darauf achten, dass der Fokus bei der zu beratenden Frau liegt, dass aber jede/r zum Thema etwas sagen kann.
- kleine Schritte, immer wieder reflektieren: Was habe ich verstanden? Ist das so richtig?
- Angehörige verhalten sich nicht wie AssistentInnen, d.h. ich kann Zurückhaltung oder „nicht beteiligt sein" nicht erwarten.
- beim Thema bleiben: Geschichten aus dem Erleben der Angehörigen erzählen etwas über die Situation, stellen aber nur Ergänzungen dar.
- definierte Rollen, wie Dolmetschtätigkeiten bei Gehörlosigkeit, können auch von Angehörigen wahrgenommen werden. Das erfordert aber eine entsprechende Disziplin, die meist nicht eingehalten werden kann. Langfristig ist das keine gute Lösung.

- Wenn Eltern im Kontakt eine Rolle spielen, sollten sie wenn möglich mit Vereinbarungen, die mit der ratsuchenden Frau innerhalb der Beratung getroffen wurden, einverstanden sein. Zusammenarbeit schafft Verbündete und verhindert das Gegeneinander–Arbeiten.

**„Profis"**

- Rollen klären, in unserem Beispiel: Ist die Lehrerin die Vertreterin der Schule oder versteht sie sich zusätzlich als „Anwältin" der Schülerin?
- Der Beratungswunsch sollte zu Beginn jeweils durch die zu beratende Frau und durch die Fachkraft formuliert werden.
- Gemeinsames in gemeinsamen Sitzungen und Getrenntes in getrennten Sitzungen klären (formelle Kontakte der Beratungsstelle mit anderen Institutionen getrennt besprechen – persönliche Unterstützungsmöglichkeiten gemeinsam erörtern) – Wichtig ist dabei auch, die Hierarchien in Organisationen zu beachten: Wer darf und kann was verabreden?
- Aufgaben und Absprachen für alle Parteien klar formulieren sowie schriftlich festhalten. Der verbindliche Charakter der Vereinbarungen muss deutlich sein.
- Klären, wer mit wem weiter Kontakt hält und auch wie – jeweils direkt mit der ratsuchenden Frau, oder über die Fachkräfte; ob telefonisch, schriftlich oder per Fax
- Ein störungsfreier Raum sollte selbstverständlich sein. Dieser Punkt wird aber in vielen Organisationen – z.B. auch in Krankenhäusern – anders wahrgenommen. Es ist nicht zuletzt auch eine Ermessensfrage, wie viel Energie die Beraterin in die Durchsetzung dieser Grundvoraussetzung steckt, und welche Konsequenzen daraus für die ratsuchende Frau entstehen können.

**Abschließendes**

Für mich ist immer wieder spannend, welche besondere Dynamik in einem Beratungsgespräch durch die Anwesenheit Dritter entsteht.
Neben sicher störenden Momenten schafft die Vielfalt der Informationen/Meinungen ein umfassenderes Bild der Persönlichkeit/Situation der zu beratenden Frau. Manches wird so früher thematisiert, als es in einem Einzelgespräch möglich ist, und der Prozess ist wegen des erhöhten Klärungsbedarfs oft sehr intensiv. Hier bieten sich Möglichkeiten, die genutzt werden können. Gleichzeitig schafft die Abgrenzungsarbeit/Klärungsarbeit auch ein Forum für die Arbeit an der eigenen Autonomie der Frau im Rahmen des Systems, in dem sie sich bewegt.

# Die Rolle der Abgrenzung in der Betroffenen-Beratung

Anne Müller-Lottes

Ein wesentliches Problem der Beratungsarbeit ist die Frage der Abgrenzung. Deren Bedeutung wird offenkundig, wenn wir uns vorstellen, wie sich der Rat einer guten Freundin von dem Gespräch mit einer Beraterin unterscheidet. Die gute Freundin ist mit der Ratsuchenden eng verbunden und ist deshalb parteilich. Sie könnte mit ihrer Unterstützung eigene Interessen verfolgen, auch wenn sie dies nicht bewusst beabsichtigt. Die Beraterin ist im Gegensatz zur Freundin außenstehend und unabhängig. Mit einer offenen und zugewandten Grundhaltung und ihrer Professionalität als Beraterin kann sie ihre ganze Aufmerksamkeit dem Problem der Ratsuchenden widmen.

In der Beratung von behinderten Frauen für behinderte Frauen besteht die Gefahr, dass die selbst behinderte Beraterin ihre eigenen Erlebnisse und ihre Betroffenheit als Frau und als Behinderte zu stark in den Beratungsprozess mit einbringt und dabei die wirklichen Bedürfnisse und die individuellen Möglichkeiten der Ratsuchenden übersieht. Um dieses zu verhindern, ist es notwendig, dass sich die Beraterin zuvor aktiv mit ihrer eigenen Geschichte und Situation auseinandergesetzt hat.

Die Beratungspraxis zeigt sich als hochkomplexer Prozess, der ständiger Weiterbildung bedarf. Die Beraterin sollte sowohl über kognitive Kompetenzen als auch über eine hohe emotionale Intelligenz verfügen, bei der inter- und intrapersonale Fähigkeiten gefordert sind. Unter den kognitiven Kompetenzen fassen wir das Wissen über das Sachgebiet und die Beratungstechniken zusammen. Interpersonale Fähigkeiten beschreiben die soziale Intelligenz, die Einschätzung zwischenmenschlicher Situationen und interaktionelle Kompetenzen der Beraterin. Unter der intrapersonalen Intelligenz verstehen wir das Wissen der Person über sich selbst und ihre Möglichkeiten mit sich und ihrem Leben konstruktiv umzugehen.(1) Die inter- und intrapersonalen Kompetenzen der Beraterin werden im Prozess der Abgrenzung wirksam.

So kann beispielsweise eine Beraterin, die von der gleichen Behinderung betroffen ist wie die Ratsuchende selbst, außerordentlich kompetent mit Fragestellungen der Ratsuchenden umgehen, die ihre Behinderung betreffen. Voraussetzung hierbei ist, dass sich die Beraterin sorgfältig mit ihrem eigenen Leben auseinandergesetzt hat. Sie hat die Behinderung akzeptiert und kann im Gespräch mit der Ratsuchenden erkennen, was deren Anliegen ist. Sie ist in der Lage, Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen der Ratsuchenden und sich selbst zu erfassen. Es ist ihr möglich, die Ratsuchende in einer angemessenen Form darin zu unterstützen, eine Lösung zu finden. Sie ist in der Lage zu entscheiden, ob es für die Ratsuchende hilfreich ist, wenn sie ihre eigenen Bewältigungsstrategien modellhaft einbringt.

Im Beratungsgespräch treffen Beraterin und Ratsuchende aufeinander, zwei Personen mit einer eigenen Lebensgeschichte, die möglicherweise auch verbindende und gemeinsame Erfahrungen haben. Zur Professionalität der Beraterin gehört, dass sie ihre eigene Geschichte von der der Ratsuchenden trennen kann. Ziel der Beratung ist es, der Ratsuchenden Hilfestellung im Problemlösungsprozess zu geben.
Eine Grundvoraussetzung dafür ist die Fähigkeit der Beraterin sich ganz den Problemen der Ratsuchenden zuzuwenden und mit den eigenen Erfahrungen

reflektiert umzugehen. Dazu gehört eine professionelle Grundhaltung, in der die Ratsuchende als eigenständige Person ohne Vorbehalte anerkannt und verstanden wird. Seitens der Beraterin wird Offenheit und Empathie für die Ratsuchende vorausgesetzt.
Die Beraterin verkörpert dabei eine Haltung „der Betrachtung des Problems mit Distanz", in der sie der Ratsuchenden zu einer neuen Sichtweise verhilft. In diesem Zusammenhang weise ich besonders auf die hilfreiche Arbeit mit kreativen Methoden in der Beratung hin, die ausführlich in meinem Buch „Warum nicht mit Spaß? Kreative Methoden in der Beratung"(2), beschrieben werden.

Im Folgenden möchte ich kurz einige typische **Probleme** ansprechen, die in der Kontaktsituation zwischen Beraterin und Ratsuchender auftreten können. Es werden dann Möglichkeiten aufgezeigt, wie eine Abgrenzung in der Interaktion gewahrt werden kann.

Die Beraterin verliert die Distanz. Sie begibt sich emotional zu sehr in die Problemsituation der Ratsuchenden hinein und kann deshalb nicht hilfreich sein.

Beispiel: Eine erst kürzlich von einer sehr einschränkenden Sehbehinderung betroffene Frau sucht eine blinde Beraterin auf. Diese fühlt sich von der Problematik emotional sehr stark angesprochen und hat dabei sehr genaue Vorstellungen davon, wie die Ratsuchende damit umzugehen hat. Ungeduldig versucht sie, die Ratsuchende in ihre Richtung zu drängen, ohne dabei zu beachten, dass diese an einem anderen Punkt ihres Weges steht.
Die Beraterin identifiziert sich zu sehr mit den Problemen der Ratsuchenden: Sie wird aus der eigenen Betroffenheit heraus handlungsunfähig oder erkennt die Problemlösungsfähigkeit der Ratsuchenden nicht an.

Beispiel: Frau K., aus gutsituierten Verhältnissen kommend, ging in ihrer Jugend sehr stark in die Revolte gegen die Erwachsenenwelt. Sie berät eine junge, behinderte Punkerin. Sie identifiziert sich so sehr mit deren Aufstand gegen die Bürgerlichkeit, dass sie die soziale Realität der Ratsuchenden aus den Augen verliert. Auf diesem Hintergrund gibt sie der Ratsuchenden unangemessene Ratschläge.
Die Beraterin ist emotional von der Problemstellung überfordert und geht in die Abwehrreaktion, indem sie beispielsweise anklagend reagiert oder das Problem bagatellisiert oder ignoriert.

Beispiel: Eine Heimbewohnerin signalisiert der Beraterin sexuelle Übergriffe seitens des Betreuungspersonals. Die Beraterin ignoriert dieses, da sie selbst eine unverarbeitete Gewaltproblematik hat und sich unbewusst davon überfordert fühlt.
Sie kann der Ratsuchenden keine Unterstützung sein.

Der Beratungsprozess fordert von den Beraterinnen eine hohe psychische Belastbarkeit und Geduld. Er setzt Vertrauen in die Ressourcen und Problemlösungsfähigkeit der Ratsuchenden voraus. Als anstrengend erleben viele Beraterinnen das ständige „gefordert sein" und „geben müssen". Schwierig zu ertragen sind Situationen, in denen Problemstellungen aussichtslos erscheinen und in den Beraterinnen Gefühle von Ohnmacht und Hilflosigkeit auslösen, d. h. in der die Beraterin eventuell einen Misserfolg erlebt. Die Gefahren eines Burn-out-Syndroms sind eng mit der Beratungsarbeit verbunden.

Viele Beraterinnen beschreiben auch, dass sie die Arbeit belastet und sie anschließend lange Zeit emotional mit einem Problem beschäftigt sind. Die aufgeführten Schwierigkeiten erschweren die notwendige Abgrenzung zwi-

schen Beraterin und Ratsuchenden. In Situationen von Anspannung, Stress, sowie bei Gefühlen von Ausgelaugt-Sein gelingt ein abgegrenztes Verhalten der Ratsuchenden gegenüber schlecht.(3)
Für die Ratsuchende ist eine unabgegrenzte Beraterin wenig hilfreich. Sie fühlt sich in dieser Situation wenig verstanden und in ihrer Person gewürdigt. Häufig beklagen sich Ratsuchende über ihr Gefühl, es sei ihnen etwas „übergestülpt" worden. Die Reaktion der Beraterin überfordert sie nicht selten. Die Ratsuchende muss sich dann nicht nur mit der eigenen Situation auseinandersetzen, sondern auch noch mit der für sie schwierig gewordenen Beratungssituation.

Es gibt zahlreiche **Hilfestellungen** zur Unterstützung der Abgrenzung in der Beratungsarbeit.
Abgrenzung ist ein Vorgang, der gelernt und bewusst trainiert werden kann. Dies ist Inhalt jeder BeraterInnenausbildung mit Anspruch auf Professionalität. Dazu gehört auch die Eigenreflexion, d.h. Selbsterfahrung, in der eigenes Fühlen, Denken und Handeln sowie Konflikte in der Lebensgeschichte aufgearbeitet werden.
Eine wichtige Rolle spielt dabei, dass die Beraterin sich auch mit der eigenen Behinderung auseinandersetzt und sie annehmen kann. Weitere Voraussetzungen für eine professionelle Beratungsarbeit sind das Erkennen und Zuordnen eigener Emotionen, Kognitionen und Reaktionen, und die Unterscheidung dieser von den Gefühlen, Gedanken und Verhaltensweisen der Ratsuchenden.

In der Supervision hat die Beraterin die Möglichkeit, mit einer außenstehenden Fachfrau, der Supervisorin, ihre Beratungsarbeit zu reflektieren. Sie kann sich emotional entlasten, eigene Anteile abklären und sich Unterstützung in der Verbesserung ihrer Tätigkeit holen. Zu den Aufgaben der Supervisorin gehört auch, die Beraterin in ihrer Fähigkeit zur Abgrenzung zu unterstützen.

Intervision oder kollegiale Supervision ist ein Zusammenschluss mehrerer Beraterinnen. Diese besprechen gemeinsam Probleme ihrer Arbeit und unterstützen sich in der Problemlösung.

Zudem kann der Austausch und Kontakt mit Kolleginnen in hohem Maße entlastend und stärkend sein.

Die Techniken der Gesprächsführung dienen der professionellen Beratungsarbeit und der Abgrenzung von eigenen Anteilen gegenüber der Ratsuchenden. Hierbei denke ich insbesondere an die Technik des Spiegelns aus der Gesprächstherapie von Rogers. Ziel dieser Technik ist es, sowohl die verbalen als auch die nonverbalen Äußerungen der Ratsuchenden voll zu erfassen. Die Beraterin spiegelt der Ratsuchenden den Inhalt des Gesagten sowie wahrgenommene Körpersignale verbal zurück. Dies wiederum führt bei der Ratsuchenden zu einer Auseinandersetzung mit ihren eigenen Gefühlen und Gedanken.
Hierzu ein Beispiel aus einer Gesprächsequenz:
Frau S. sitzt im Sessel und wippt hektisch mit den Füßen. Sie sagt: „Mein Kopf ist ganz leer."
Die Beraterin spiegelt: „Sie empfinden zur Zeit eine gewisse Unruhe, besonders in den Füßen. Gleichzeitig haben Sie das Gefühl, dass Ihnen nichts einfällt."

Abschließend sei erwähnt, dass das Grenzensetzen immer wieder als ein spezifisch weibliches Problem auftaucht. Mit ihrem Buch „ Die etwas gelassenere Art, sich durchzusetzen" bietet Barbara Berckhahn(4), eine Fülle von Anregungen, wie Frauen sich besser abgrenzen können.

# Austausch und Unterstützung
## Bettina Schneider

**Burn-out – über das Gefühl des Ausgebrannt-Seins**
Welche Beraterin kennt nicht das Gefühl, ausgelaugt und ausgepowert zu sein? In beruflichen Zusammenhängen wird immer öfter von einem „Burn-out" gesprochen.
Die Suche nach spezieller Literatur über Burn-out bei Beraterinnen mit Behinderung erweist sich derzeit noch als erfolglos.

Burn-out galt lange als typisches Männer-, genauer als Manager-Phänomen. Es stellte sich aber heraus, dass Frauen genauso betroffen sind, vielleicht noch mehr, weil sich Burn-out-Symptome sehr leicht mit „helfenden Tätigkeiten" verbinden.
Herbert Freudenberger und Gail North(1) haben sich in ihrem Buch „Burn-out bei Frauen" mit den psychologischen und gesellschaftlichen Ursachen und Symptomen auseinandergesetzt. Ihre Definition und Ausführungen zu Burn-out können auch auf Frauen/Beraterinnen mit Behinderung übertragen werden: *„Burn-out ist ein Energieverschleiß, eine Erschöpfung aufgrund von Überforderungen, die von innen oder außen – durch Familie, Arbeit, Wertsysteme, Gesellschaft – kommen kann und die einem Menschen Energie, Bewältigungsmechanismen und innere Kraft raubt.*" Dieser Erschöpfungszustand entwickelt sich langsam über einen Zeitraum von andauerndem Stress und ist von Energieverlust gekennzeichnet. Die Betroffenen fühlen sich „ausgebrannt".

Viele Frauen mit Behinderung haben sich im Laufe ihrer Entwicklung so an den Stress, die Zwänge und Widersprüche ihrer Rolle (Rolle als Behinderte, Rolle als Frau) gewöhnt, dass für sie der Erschöpfungszustand der Normalzustand ist. Klagen über Müdigkeit, mangelnde Motivation und schwindenden Elan werden weggeschoben – frau darf sie nicht so ernst nehmen. Doch gerade diese Klagen sind ernsthafte Hinweise für ein Burn-out-Syndrom.

Ein Hauptmerkmal von Burn-out ist die *Verleugnung*. Der Verleugnungsprozess beginnt häufig mit dem Wunsch, Gefühle von Frustration, Bedrohung, Belastung, Vereinsamung und Wut einfach „wegzuschieben" und Unangenehmes abzuwehren.
Wenn Mechanismen zur Verleugnung – z.B. sich selbst abzustempeln: Ich bin eben so verrückt, neurotisch, arbeitssüchtig – zur Gewohnheit werden, kann das schlimme Folgen haben. Indem Frauen mit Behinderung ständig physische Einschränkungen verleugnen, verleugnen sie auch ihre psychischen Grenzen und bürden sich unrealistische Belastungen auf. Beraterinnen überfordern sich häufig, da sie nicht genügend auf eigene Grenzen und Abgrenzung in der Beratung achten.

Wenn das „Feuer erlischt" kann es beispielsweise zu folgenden Symptomen kommen:

- Gefühle von Lustlosigkeit (Interesse und Energien fehlen)
- Ironisieren (ernste Gefühle „verschleiern")
- schlechtes Aussehen (Blässe, heruntergezogene Mundwinkel)
- psychosomatische Symptome (Migräne, Schlafstörungen)
- Gebrauch von Suchtmitteln (Alkohol, Tabletten)

- Isolation (sich zurückziehen)
- Angespanntheit (leicht reizbar)
- körperliche Erschöpfung („urlaubsreif")
- geistige Erschöpfung (zu müde für Neues)

Die meisten Frauen mit und ohne Behinderung kennen die Situationen, die eindeutig Stress auslösen und die sie nicht vermeiden können: Vereinbarung von Haushalt, Familie und Beruf, ein krankes Kind oder die Trennung einer guten Freundin oder eines guten Freundes.
Es gibt jedoch noch andere, nicht so klar umrissene *Stressfaktoren*, die bei Frauen/Beraterinnen mit Behinderung zu einem Burn-out beitragen:

**Niedriges Selbstwertgefühl:**
Das Gefühl, nicht dem Schönheitsideal zu genügen und für die Gesellschaft nicht wertvoll zu sein, treibt Frauen mit Behinderung zwangsweise zu unrealistischem Streben nach Anerkennung und dem Gefühl, ständig sich und anderen etwas beweisen zu müssen.

**Schuldgefühle:**
Wenn Frauen mit Behinderung Kinder haben, alleinerziehend und/oder berufstätig sind, kann sich schnell das Gefühl entwickeln, keine „gute" Mutter zu sein. Wenn sich aus den Kindern „kleine HelferInnen" entwickeln, verstärken sich die Schuldgefühle. Diese Schuldgefühle verhindern häufig die Inanspruchnahme von Assistenz oder die Einbeziehung des Partners/der Partnerin, da jede Hilfe als ein Versagen erlebt wird.

**Zurückgehaltene Wut:**
Von Kind an lernen Frauen mit Behinderung, dass sie ihre Behinderung verstecken, kaschieren müssen. Die Wut über Unterdrückung, Abhängigkeit und Ungleichbehandlung muss unterdrückt werden. Kommt sie dennoch zum Ausdruck, richten sie Frauen häufig gegen sich selbst. Oder die Wut wird aufgestaut und bricht dann irgendwann unkontrolliert heraus.

**Abhängigkeit:**
Die Abhängigkeit/Inanspruchnahme von Pflege/Assistenz bei Beraterinnen kann dazu führen, dass sie eigene Bedürfnisse zurückstellen. Sie müssen ein doppeltes Maß an Energie aufbringen, um neben Familie und Haushalt ihren (Arbeits-) Alltag zu organisieren.
Neben diesen Stressfaktoren kann eine zusätzliche Stressüberlastung auch ein *„idealistisches Ausbrennen"* begünstigen. Hier ist an hauptamtliche sowie ehrenamtliche Arbeit von Frauen mit Behinderung in den Fraueninitiativen zu denken, die in ihren Projekten immer wieder aufs Neue um Anerkennung kämpfen, die ständig nach innen und außen Überzeugungsarbeit leisten müssen und denen irgendwann „der zündende Funken erlischt".

Nun mögen sich viele Frauen die Frage stellen: Wann beginnt denn ein Burn-out, woran erkenne ich bei mir selbst oder in einer Beratung Symptome für einen Burn-out? Gestresst sind wir schließlich alle! Es gibt natürlich keine unfehlbare Methode, um genau den Augenblick zu erkennen, in dem ein Burn-out-Prozess einsetzt. Welche Frau mit Behinderung gibt schon zu, dass sie sich überfordert fühlt? Und die innere Erschöpfung ist zunächst keiner anzusehen. Anhand von 12 erkennbaren Stadien innerhalb des Burn-out-Zyklus[2] können Hinweise für einen Burn-out wahrgenommen werden:

1. der Zwang sich zu beweisen
2. verstärkter Einsatz
3. Vernachlässigung eigener Bedürfnisse
4. Verdrängung von Konflikten und Bedürfnissen
5. Umdeutung von Werten
6. Verleugnung aufgetretener Probleme
7. Rückzug
8. beobachtbare Verhaltensänderungen
9. Verlust des Gefühls für die eigene Persönlichkeit
10. innere Leere
11. Depression
12. völliger Burn-out – Erschöpfung

Die Stadien gehen häufig ineinander über, Dauer und Intensität hängen von individuellen Faktoren ab. Frauen, die sich in einem Burn-out-Zustand befinden, beschreiben sich selbst häufig als depressiv. Depression ist in diesem Fall *ein Symptom* des Burn-out – ein Ergebnis anhaltenden Stresses – und kein eigenständiges Phänomen wie bei der chronischen Depression. Ein depressiver Mensch neigt zum Aufgeben. Das ist beim Zustand des Burn-out nicht der Fall.

Um einen akuten Burn-out vorzubeugen, gibt es für die Beraterinnen von Selbsthilfeprojekten verschiedene Hilfsmöglichkeiten, wie z.B. Arbeitsgruppen und Fortbildungen initiieren zum Thema „Burn-out bei Beraterinnen mit Behinderung", Arbeitsschwerpunkte verlagern oder sogar eine andere ehrenamtliche oder berufliche Arbeit in Betracht ziehen. Als Prävention sowie Intervention kommt auch in Betracht: Verbesserung der Arbeitsbedingungen, ideelle Unterstützung bei der Beratung, Selbsterfahrung, Körpertraining, realistischere Ziele, Weiterbildung, Seminare, Arbeitsassistenz, Unterstützung in der Familie, Kontakte zu Freundinnen und Freunden, Hobbys, Meditation, Yoga, ein Spaziergang in der Natur, ein Konzertbesuch, Humor ... Die Liste kann fortgesetzt werden, die einzelnen Präventionen dienen dem Ausgleich und haben heilende Wirkung.
In Einzelfällen ist auch an eine Therapie zu denken.

**Austausch mit anderen behinderten Beraterinnen**
Die Beratung im Rahmen des Peer Counseling (Unterstützung in Richtung einer selbstbestimmten Lebensweise durch Menschen, die in ähnlicher Weise von Problemen betroffen sind) für behinderte Frauen wirft im besonderen Maße die Frage nach Möglichkeiten des Austausches und der Koordination mit anderen Beraterinnen mit Behinderung auf.

Jede Frau ist anders und auch die Lebens- und Arbeitssituation einer jeden Beraterin hat ihre speziellen Bedingungen. Dennoch gibt es eine Gemeinsamkeit: Viele Probleme, von denen die ratsuchenden Mädchen und Frauen mit Behinderung berichten, sind den Beraterinnen aus eigener Erfahrung bekannt. Ihre Situation verlangt neben der Fach- und Sachkompetenz eine intensive Auseinandersetzung mit der eigenen Geschichte und ihrer Rolle als Beraterin. Die Beraterin muss sich in den Beratungssituationen immer wieder als *ganze Person* einbringen. Dabei findet die Beratungsarbeit häufig isoliert statt, d. h. die Beraterin hat in ihrer Selbsthilfegruppe oder ihrem Verein keine Möglichkeit, sich mit anderen beratenden Frauen mit Behinderung auszutauschen. Einer ebenso isolierten Situation sehen sich die Beraterinnen ausgesetzt, die in Projekten arbeiten, die von Männern dominiert werden. Sie müssen sich einen Freiraum zum Austausch mit anderen Beraterinnen erst schaffen.

**Der Austausch kann sich auf verschiedenen Ebenen abspielen:**

- persönliche Kontakte
- informelle Gruppen /formelle Gruppen

**Persönliche Kontakte und informelle Gruppen**
Häufig findet der Austausch in einem kleinen, informellen Rahmen statt. Die Beraterin tauscht sich mit nahestehenden Personen, Freundinnen, Kolleginnen und Gleichgesinnten über ihre Beratungsarbeit aus. In Gesprächen mit anderen Frauen über unterschiedliche Erfahrungen versteht die Beraterin zunehmend die eigenen Lebenszusammenhänge sowie die der Ratsuchenden, sie gewinnt persönlich an Sicherheit und wird in ihrer Beratungskompetenz gestärkt. Der Austausch über persönliche Kontakte ist wertzuschätzen, da er zur Entlastung und Eigenstärkung beiträgt. Gute Ideen entstehen nicht zwangsläufig in formellen Arbeitsgruppen.

Der Austausch ist für die Beraterinnen in den Selbsthilfeprojekten von zentraler Bedeutung, da Mädchen und Frauen mit Behinderung aufgrund ihres Frau-Seins und Behindert-Seins immer noch entwertet und diskriminiert werden. Unter dem Gesichtspunkt der Peer Counseling-Beratung ist ein Austausch mit anderen Frauen/Beraterinnen mit Behinderung nicht wegzudenken.

***Fachaustausch in Arbeitsgruppen***
Der gegenseitige Austausch mit anderen Beraterinnen und die damit verbundene intensive Auseinandersetzung mit spezifischen Themen und Fragestellungen wirft schnell die Frage auf: *Wo* und *wie* können vorhandene Erfahrungen und vorhandenes Wissen aus der Beratungsarbeit weiter entwickelt werden?

Dies kann erfolgen:

1. innerhalb der Projekte
2. außerhalb der Projekte
3. zwischen den Projekten in der Behindertenbewegung mit unterschiedlichen Angeboten, sowie
4. mit anderen Institutionen in der Mädchen- und Frauenarbeit, wie z.B. Autonomen Frauenhäusern, Zufluchtsstätten für Mädchen oder Pro Familia

Ebenso denkbar ist eine Zusammenarbeit mit anderen Fachfrauen aus Sondereinrichtungen. Leider treffen wir in Einrichtungen für Menschen mit Behinderung nur selten eine Beraterin mit Behinderung an. Unabhängig von der Art der Zusammenarbeit (z.B. Kooperationsgespräche, Tagungen, Projektveranstaltungen), wird die „Selbstbestimmung statt Fremdbestimmung" in Sondereinrichtungen immer das wichtigste Ziel sein.

In *Arbeitsgruppen* können sich Beraterinnen mit bestimmten Themenschwerpunkten – wie z.B. erwerbstätige Frauen mit Behinderung, Mütter mit Behinderung, Frauen mit Behinderung und Assistenz, Frauen mit Behinderung in Sondereinrichtungen, Migrantinnen mit Behinderung, Mädchen in der Einzel- und Gruppenarbeit *fall- und themenbezogen* auseinandersetzen.

Die Bildung solcher Arbeitsgruppen resultiert aus der Notwendigkeit heraus:

- sich fachlich auszutauschen
- sich über ein bestimmtes Thema zu informieren
- sich zu einem spezifischen Thema fortzubilden
- mit anderen Beraterinnen, Beratungsstellen zu kooperieren
- Erfahrungen, Wissen weiterzugeben
- Hilfsmöglichkeiten zu erkunden
- Hilfsmöglichkeiten auszubauen

Im Gegensatz zu informellen Gruppierungen weisen Arbeitsgruppen einen höheren Öffentlichkeitsgrad auf. Die Treffen sind zielgerichtet und der Rahmen ist formell. Die Beraterinnen bestimmen in ihren Gruppen selbst, welche Ziele sie anstreben. Sie entscheiden auch darüber, ob sie als offene oder geschlossene Gruppe arbeiten. Die Zusammensetzung einer Arbeitsgruppe von Beraterinnen mit/ohne Behinderung kann sehr unterschiedlich sein. Regionale Gegebenheiten und nicht zuletzt das Interesse an einem Thema beeinflussen die Initiierung und Ausgestaltung von Arbeitsgruppen.

Unterschiedliche Gruppierungen von Arbeitsgruppen konnten in den letzten Jahren dazu beitragen, dass die Öffentlichkeit zunehmend sensibilisiert wurde bezüglich der „Doppelten Diskriminierung" von Mädchen und Frauen mit Behinderung. Die Arbeitsgruppen sind Orte, die im Großen und Kleinen Einfluss auf die Lebensbezüge behinderter Frauen nehmen können. Sie beeinflussen ebenso die Arbeit der Beraterinnen, da diese in den Arbeitsgruppen Orte finden, in denen sie sich austauschen, auseinandersetzen und zu neuen Ideen und Konzepten finden.

**Supervision**

Supervision? Was ist das? Nun, eine Antwort auf diese Frage ist gar nicht so einfach. Aufgrund unterschiedlicher Schulen und Ansätze in der Profession Supervision ist es verständlich, dass es keine allgemeingültige Definition gibt. Im Gegensatz zu dem Austausch mit Kolleginnen oder Projektteilnehmerinnen bietet die Supervision eine professionelle Möglichkeit, die Beratung zu reflektieren.

Vom schweizerischen Berufsverband für Supervision und Organisationsberatung (BSO) stammt folgende umfassende Definition:
„Supervision (...) richtet sich an Einzelne sowie an Gruppen oder Mitarbeiter-Teams. Sie befasst sich mit konkreten Fragestellungen aus dem Berufsalltag der Teilnehmer sowie mit Fragen der Zusammenarbeit zwischen Personen in unterschiedlichen Rollen und Funktionen, Aufgabenbereichen und Hierarchiestufen. Ziel der Supervision ist die Verbesserung der Arbeitssituation, der Arbeitsatmosphäre, der Aufgabenorganisation und der aufgabenspezifischen Kompetenzen. Sie ist darauf angelegt, dieses praxisnahe Lernen und die Qualität der Zusammenarbeit zu fördern."(3)

Bei Supervision geht es also um Frauen und Männer in unterschiedlichen Berufen, die mit Kolleginnen und Kollegen Probleme und Fragen besprechen, die in Zusammenhang mit ihrer speziellen Tätigkeit innerhalb ihres Arbeitsteams stehen. Diese Form der Besprechung – sprich Supervision – findet unter *Anleitung einer Supervisorin oder eines Supervisors* statt. Beraterinnen in sogenannten „Helfenden Berufen" der sozialen Arbeit haben das Instrument der

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

Supervision in ihrer beruflichen Ausbildung häufig kennengelernt. Ebenso ist in der Peer Counseling-Ausbildung die Supervision ein fester Bestandteil des Curriculums.

Üblicherweise schaut sich ein Team, das Supervision haben möchte, verschiedene Supervisorinnen und Supervisoren an. Bei der Wahl spielen *heimliche Überlegungen* und persönliche Gefühle eine Rolle. Wem könnte frau/man die Rolle der Supervisorin oder des Supervisors am ehesten zutrauen? Welcher Frau oder welchem Mann können wir unsere Probleme und Fragen anvertrauen? Wer bekommt das Vertrauen geschenkt?

Im Kontext von Supervision spielt die Frage nach dem Geschlecht „des Supervisors" oft schon im Vorfeld eine bedeutende Rolle. In Frauenprojekten und -initiativen liegt eine *personen- und geschlechtsbezogene* Perspektive(4) nahe, da Probleme und Themen der Supervision häufig Folgen weiblicher Lebenszusammenhänge und vorhandener Machtstrukturen widerspiegeln, so z.B.:

- die Abneigung, Forderungen zu stellen:
  Hier stehe ich, diese Aufgabe möchte ich übernehmen! So möchte ich bezahlt werden!

- die Neigung, es besonders gut zu machen:
  Beraterinnen strengen sich besonders an, neigen zu „Selbstlosigkeit und Opferbereitschaft", haben dennoch das Gefühl, nicht genug geleistet zu haben. Dieses Phänomen taucht manchmal bei Arbeitsbeschaffungsmaßnahmen (ABM-Stellen) auf, deren Arbeitsplätze zeitlich befristet sind. Die Beraterinnen bekommen Selbstzweifel, da es ihnen nicht gelungen ist, das Modellprojekt oder den Arbeitsplatz zu legitimieren bzw. zu erhalten.

- die Schwierigkeit, sich abzugrenzen:
  NEIN sagen, Grenzen ziehen! So möchte ich es nicht haben; diese Aufgabe übernehme ich nicht allein; diese Bedingungen sind für mich nicht akzeptabel; diesen Gefallen möchte ich Ihnen nicht tun!

Für Supervision im Beratungskontext von „Mädchen und Frauen mit Behinderung" taucht nicht nur die Frage nach dem Geschlecht, sondern auch nach der *Betroffenheit* auf: Sollte die zukünftige Supervisorin auch das Merkmal „Behinderung" mitbringen? Muss sie selbst über Erfahrungen in der Beratungsarbeit mit Mädchen oder Frauen mit Behinderung verfügen? Diese Fragen muss jedes Team für sich beantworten.

Die Frage, ob jemand schon „Vorerfahrung" mitbringen muss (in der Supervision wird von sogenannter *Feldkompetenz* gesprochen), kann unterschiedlich bewertet werden. Es kann von Vorteil sein, wenn die Supervisorin keine Felderfahrung mitbringt, Neugierde entwickelt und dort Fragen stellt, wo vermeintlich Altbewährtes plötzlich fragwürdig wird und dem Team sich eine neue Sichtweise eröffnet. Entscheiden muss jedes Team für sich, nach welchen Kriterien es sich für wen entscheidet.

Wer Supervision möchte, hat in der Regel zumindest *ein Problem* mit KlientInnen, mit KundInnen, mit der Organisation oder auch mit sich selbst. Es wird Hilfe von Außen erwartet (oder auch nicht). Das Erstgespräch ist für alle Beteiligten in gewisser Weise auch eine Art Probesupervision, in welcher eine genauere Nachfrageanalyse vorgenommen werden sollte. Der Superviso-

rin/dem Supervisor stellen sich zu Beginn selten Struktur, Dynamik und Problematik der SupervisandInnen und ihrer Einrichtung vollständig dar.

Oft haben SupervisandInnen unklare oder widersprüchliche Erwartungen an die Supervision. Deswegen ist eine klare Einigung über Rahmenbedingungen Voraussetzung für den Kontrakt. Der Vertrag sollte festhalten:

- Vereinbarungen über Zeiten, Ort und Dauer
- Finanzierung und Zahlungsmodalitäten
- Wer nimmt an der Supervision teil, wer weshalb nicht?
- Ist die Leitung in der Supervision eingebunden?
- Welche Informationen dürfen *wie* und an *wen* weitergegeben werden?
- Verschwiegenheit im Persönlichen und abgesprochene Offenheit im Sachlichen

Fragen an die neue TeamSupervisorin könnten sein:

- Hat die Supervisorin eine spezielle Ausbildung?
- Wie gestaltet sie die Phase des Kennenlernens?
- Hat uns die Supervisorin mit unserem Anliegen verstanden?
- Kann die Supervisorin unterschiedliche Sichtweisen zulassen oder hat sie die Tendenz, Konflikte zu vermeiden?

Für bereits bestehende Teamsupervisionen stellt folgende „Checkliste"(5) Fragen, die jede einzelne Supervisandin zum weiteren Nachdenken anregen können:

- Besteht während Ihrer Supervision eine *Arbeitsatmosphäre* (im Gegensatz zur „Kaffeepause" )?
- Hat Ihre Supervisorin schon einmal den *Sinn der Supervision* in Frage gestellt?
- Stellt Ihre Supervisorin gelegentlich von Ihnen formulierte Ziele in Frage?
- Berücksichtigt die Supervisorin die *strukturellen Gegebenheiten* Ihrer Institution?
- Haben Sie bei der Teamsupervision den Eindruck, dass sich für Sie *etwas verbessert*?
- Empfinden Sie die Supervisorin als *neutral*?
- Verfügt die Supervisorin Ihrer Ansicht nach über ausreichend Kompetenz?
- Sind Sie mit Beiträgen oder in *Gedanken beteiligt*, wenn eine Kollegin ein Problem bespricht?

Die Themen in den Supervisionen können vielfältiger Art sein. Sie richten sich unter anderem auch danach, in welcher Form die Supervision durchgeführt wird.
Supervision kann in unterschiedlicher Form – es wird von Setting gesprochen – durchgeführt werden:

1. Einzel- Supervision
2. Gruppen-/ Teamsupervision
3. Supervision in Organisationen

**1. Einzel-Supervision**
In der Einzel-Supervision steht die Beraterin als Supervisandin mit ihrer Tätigkeit (Beratung) im Vordergrund. Die Einzel-Supervision liegt nach H. Pühl (1990a)(6) im Schnittpunkt von „... persönlicher und beruflicher Rolle ...".

Bevorzugt wird die Einzel-Supervision von Supervisandinnen, denen z.B. Kolleginnen und Kollegen fehlen, bei denen persönliche Konflikte im Vordergrund stehen, und die erst am Anfang ihrer Beratungsarbeit stehen. In der Einzel-Supervision werden Zusammenhänge zwischen der eigenen Biographie und dem Selbstverständnis der Beraterinnen in Richtung „Selbstbestimmtes Leben für Mädchen und Frauen mit Behinderung" eher angesprochen. Beide – die Supervisorin und die Beraterin als Supervisandin – werden im Laufe des Prozesses merken, ob die „Chemie stimmt" und ob „sich etwas bewegt".

Eine Situation, in der zwei Menschen sich gegenüber sitzen und die Eine berufliche und damit auch persönliche Dinge der Anderen mitteilt, berührt immer Tiefendimensionen. Deshalb bedarf es von Seiten der Supervisorin geradezu einer besonderen Anstrengung, Therapie auszuklammern, wenn es im Zusammenhang mit beruflichen/ beratenden Schwierigkeiten und Umorientierungen zu einer existentiellen Krise kommt. In der Einzel-Supervision sollte keine Grenzüberschreitung stattfinden. Auch Personen, die aus unterschiedlichen Gründen berufsmüde geworden sind (Burn-out) oder zum Gegenstand von Diskriminierungsprozessen am Arbeitsplatz wurden (Mobbing-Opfer), können in der Einzel-Supervision Klärung und Hilfe erfahren. Manchmal entscheiden sich MitarbeiterInnen eines Teams für Einzel-Supervision, wenn Vorbehalte der Teamsupervision gegenüber bestehen und nach individuellen Lösungen gesucht wird.

**2. Gruppen- und Teamsupervision:**
Unter Gruppensupervision versteht frau/man ein Beratungsangebot für etwa 3-12 Personen, die sich *nicht* in einem direkten Arbeitszusammenhang miteinander befinden. In der Fachsprache spricht frau deshalb auch von *stranger group* im Gegensatz zur Teamsupervision, die aufgrund der Bekanntheit der Teammitglieder untereinander eher den Charakter einer *family group* hat. Die Supervision in der *stranger group* gestattet den einzelnen mehr Freiheit in den Äußerungen, weil ein hoher Grad von Anonymität und Schutz gewährleistet ist. Schließlich haben die Gruppenmitglieder arbeitsmäßig nichts miteinander zu tun. Darstellungen eigener Schwächen haben keine negativen Folgen für den Arbeitsplatz. Es ist allerdings selten der Fall, dass in einer Gruppe Berufstätige aus unterschiedlichen Einrichtungen zusammen kommen, um Supervision zu erleben. Denn die meisten Supervisionsgruppen finden in der Form der Teamsupervision statt.

Die *Teamsupervision* besteht aus *allen* Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eines Projektes oder einer Einrichtung (einschließlich der Leitung). Teammitglieder kennen sich und arbeiten auch nach der Supervision zusammen. Die Arbeitsbeziehungen sind häufig eng und haben dadurch Auswirkungen auf die Supervision. Es muss berücksichtigt werden:

- Angst vor möglichen Kränkungen, vor Bloßstellung
- Angst vor Verletzung der Intimsphäre (Berufliches und Privates sind häufig vermischt)
- Befürchtungen, als inkompetent (als „Versagerin") abgestempelt zu werden
- Aufdeckung von Konkurrenz und Antipathie
- Auflösung vom Mythos „Wir sind alle gleich" (kein Team ohne Ideologie)
- Verunsicherung von widersprüchlichen Strukturen (Hierarchie und Macht)
- kein Team ohne Tabus

Ein Team arbeitet in einem komplexen Arbeits- und Beziehungsgeflecht. In ideellen Projekten und Initiativen bestehen häufig intensive persönliche Kontakte untereinander. Das Projekt, das über eine gemeinsame Idee entstand, wurde gemeinsam aufgebaut, und der „Kampf ums Überleben" hat die Teammitglieder eng zusammenrücken lassen.
„Verstrickungen" und „Verknotungen" wirken in Teamsupervisionen auf den ersten Blick zunächst unauflösbar, bei näherer Betrachtung sind Teams jedoch selten ein starres Gefüge, komplexe Probleme können manchmal ganz einfach und schnell gelöst werden.
Die Beraterinnen mit ihren individuellen Stärken sowie die gemeinsame Idee (der „zündende Funken") beleben die Teamdynamik und ermöglichen Unterschiede, die ein Team zum Leben benötigt.

Welches sind die typischen Anlässe und Themen bei der Nachfrage nach Teamsupervision?

- Wünsche, die eigene Arbeit zu reflektieren
- Konflikte im Team oder mit der Leitung
- verwirrende Kommunikation
- überhöhte Ansprüche
- Informationsaustausch über Klient/innen, Ratsuchende
- Organisationsprobleme

Bei Unterschiedlichkeiten im Team geht es um die Bewusstmachung unterschiedlicher Bedürfnisse, Interessen und Ängste:

- Unterschied zwischen „alten" und „neuen" Teammitgliedern
- Unterschied von Beraterinnen mit „viel Erfahrung" und Neueinsteigerinnen
- unterschiedliche Erfahrungen in der Bewegung von Selbstbestimmt Leben
- Expertin im beruflichen Sinne und Expertin aufgrund ihrer Erfahrung
- Arbeitsplatz mit und ohne Perspektive (was kommt nach der ABM?)
- Unterschied zwischen „Macherinnen" und „Mitläuferinnen"

Je mehr Unterschiede ein Mitarbeiterinnen-Team zulässt, desto bunter und phantasievoller ist ihre *Teamkultur*. Dies gilt selbstverständlich auch für Teams mit weiblichen und männlichen Teammitgliedern. Gemischte Teams laufen schnell Gefahr, zwischen den Geschlechtern zu polarisieren. Eine Polarisierung engt beide Seiten ein, und sie endet meist in einseitigen Bewertungen und Zuschreibungen.
Für welche Form der Supervision sich Beraterinnen entscheiden, sollte ihnen überlassen bleiben. Dasselbe gilt für das Prinzip der Freiwilligkeit. Schwierig wird es allerdings dort, wo sich Frauen aus ihrem Team „klinken", d. h. eine Teilnahme an der Teamsupervision ablehnen. Bei dieser Konstellation stellt sich die Frage, ob das „Ausklinken" symptomatisch für etwas anderes steht?

Probleme und „Verstrickungen" im Team können gelöst werden:

- auf der institutionellen Ebene des Projektes
- auf der Teamebene
- auf der Ebene der Themenschwerpunkte

Die institutionelle Ebene beinhaltet die Auseinandersetzung der Beraterinnen mit den Wertesystemen von Gesellschaft und Institution sowie dem Ziel, der „doppelten Diskriminierung" von Mädchen und Frauen mit Behinderung entgegenzuwirken.

Auf der Teamebene spielt sich sozusagen die „Gruppendynamik" ab: Jedes Team hat eine unbewusste Dynamik, und die Störungen im Team können als „Symptom" verstanden werden. Wenn z.B. die Kollegin nicht an der Teamsupervision teilnehmen möchte, dann drückt dies aus, dass „... irgend etwas mit dem Team nicht stimmt."
Die Beziehung zwischen Beraterin und Ratsuchenden, die Beziehung zwischen dem Team und der Supervisorin sowie der Institution sind Teil der Themenschwerpunkte in der Supervision. Es finden Interaktionen auf verschiedenen Ebenen statt.

Bei einem Team muss immer auch die „Außenwelt" (z.B. Dachorganisation mit ihrer „Philosophie", dazugehörige Projekte, Frauenbündnisse) mit einbezogen werden, da sich Teams nicht in einem luftleeren Raum befinden. Allzu schnell werden in Teams individuelle und persönliche Aspekte bearbeitet; es gilt aber auch einen Blick nach außen zu werfen und sich die „Organisation und ihre Struktur" anzuschauen.

**3. Supervision in Organisationen**
Supervision kann ein wichtiger Baustein für eine Organisationsentwicklung und -beratung sein.(7) Organisationsentwicklung und -beratung wird meistens für große Institutionen und Dienstleistungsbetriebe (= hierarchisch strukturierte Einrichtungen) angeboten. So soll z.B. ein Organisationsberater Manager/innen darin schulen, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter für ein neues Organisationskonzept ( mit dem Ziel, Abbau der Hierarchie, Einführung von Teams, Förderung der Eigenverantwortlichkeit, mehr Effizienz) zu motivieren. Die Auseinandersetzung mit Strukturen und Zielen kann auch in der Teamsupervision erfolgen. In der Teamsupervision wird zunehmend von einer Supervision in Organisationen gesprochen, da Teams nicht nur ihr eigenes Innenleben haben, sondern strukturelle Bedingungen (die Umwelt) die Teamentwicklung beeinflussen. Nicht nur die Beziehungen in den Teams spielen bei der Teamdynamik eine Rolle, sondern auch die Umwelt: Was spielt sich außerhalb des Teams ab? Wie wird der Arbeitsauftrag gesteuert? Wer bestimmt die Leitlinien der Arbeit?

**Netzwerkbildung**
Mittlerweile haben sich in Deutschland überregional mehrere Netzwerke von und für Frauen mit Behinderung gebildet. Darüber hinaus gibt es auch Netzwerke auf europäischer und internationaler Ebene. Trotz unterschiedlicher Schwerpunkte haben diese Netzwerke eines gemeinsam: Sie verstehen sich als *Interessenvertretung* für Mädchen und Frauen mit Behinderung.

Netzwerke von Frauen mit Behinderung gibt es seit den 80iger Jahren (Krüppelfrauengruppen). Ein Hauptthema der Frauengruppen war am Anfang die Selbsterfahrung. Anfang der 90iger Jahre wurden erste Beratungen nach dem Peer Support-Prinzip angeboten. Es gründeten sich neue Netzwerke, die zum Teil auf Landesebene von Ministerien wie auch von betroffenen Frauen angestoßen wurden. In verschiedenen Gremien wurde sich ausgetauscht und politische Forderungen wurden formuliert. Hessen war Vorreiter für die landesweite Entstehung einer Koordinierungsstelle für behinderte Frauen.
Im hessischen Koordinationsbüro werden Informationen gebündelt und an interessierte Frauen weitergegeben. Diese Arbeit setzt hauptamtliche MitarbeiterInnen voraus.

Im Unterschied zu einem Koordinationsbüro findet in den Netzwerken und Gremien eine inhaltliche Auseinandersetzung ausgehend von der Basis statt: Frauen melden sich zu Wort, stellen Forderungen und formieren sich zu einem breiten Bündnis! Ziel der Netzwerkarbeit ist es, Foren zu schaffen, die neue Anstöße geben und positive Entwicklungen vorantreiben.

Die Schwerpunkte der Netzwerke können sein:

- politische Interessenvertretung
- inhaltliche Gremienarbeit
- Öffentlichkeitsarbeit
- Koordination von Informationen und Aktivitäten

Angebote von Netzwerke können sein:

- Tagungen und Veranstaltungen
- Seminarangebote
- Dokumentationen
- Jahrestreffen von Netzwerken
- Web-Seiten im Internet

Die Zielgruppe einer *bundesweiten Vernetzung von Beraterinnen* mit Behinderung können hauptamtlich und ehrenamtlich arbeitende Frauen sein. Dies können sowohl Frauen sein, die beispielsweise eine Selbsthilfegruppe aufbauen wollen, oder Beraterinnen, die bereits in einer Beratungsstelle in einem Zentrum tätig sind.

Ebenso denkbar sind regionale Netzwerke behinderter Beraterinnen. Sie haben unter anderem den Vorteil, dass sich die Frauen schneller kurzschließen können.

Die Ziele und Inhalte dieser *regionalen und bundesweiten Netzwerken* können sein:

- Offenlegung von Diskriminierung
- Training zum Peer Counseling
- Zusammenarbeit mit anderen Initiativen und Beratungsstellen
- Bildung von Arbeitsgruppen zu Themenschwerpunkten
- Fort- und Weiterbildung (Multiplikatorinnenbildung)

In der Anfangsphase einer Netzwerkbildung für Beraterinnen ist die *Herstellung von Akzeptanz* ein wesentliches Element der Beziehungen untereinander:

- Kennenlernen: Welche Wertvorstellungen prägen die Beratung?
- Kennenlernen: Welche „Standards" haben Beraterinnen in der Beratung?
- Überprüfen: Welchen Status haben Beraterinnen, die keine sogenannte professionelle Ausbildung oder Weiterbildung im Rahmen eines Peer Counseling-Trainings absolviert haben?
- Überprüfen: Werden Unterschiede zwischen ehrenamtlich und hauptamtlich beratenden Frauen gemacht?
- Heraushören: Wo gibt es Unterschiede, wo werden sie nicht zugelassen? Werden unterschiedliche Erfahrungen unterschiedlich bewertet?
- Feststellen: Wo gibt es Gemeinsamkeiten? Wie können wir die Unterschiede und Gemeinsamkeiten nutzen?

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

Welche Schritte müssen bei einer Netzwerkbildung außerdem getan werden? Welche konkreten Fragen müssen sich die Teilnehmerinnen bei der Gründung eines Netzwerkes für Beraterinnen auf der Grundlage des Peer Counseling stellen?

Die folgende *Checkliste* soll in verkürzter Form eine Hilfe sein:

- Selbstverständnis der Teilnehmerinnen klären, eigene Positionen verdeutlichen
- Transparenz der Bedürfnisse und Motivationen herstellen
- Formulierung gemeinsamer Ziele (im Sinne der Selbstbestimmt Leben-Philosophie)
- Energie und zeitlichen Aufwand in ein angemessenes Verhältnis bringen
- klare Absprachen über Rahmenbedingungen, Aufgabenverteilung und Zuständigkeiten vereinbaren (Verbindlichkeit sichern)
- Berichte über die Beratungsarbeit vertraulich behandeln (Vorsicht: Verstrickung)
- Zusammenarbeit dokumentieren

Durch die Erfahrungen, das Wissen und die Stärken einer jeden einzelnen Beraterin ist ein Netzwerk für Beraterinnen ein einzigartiger Zusammenschluss von Expertinnen in eigener Sache: Frauenbündnisse und Frauenpower als Grundstein für Selbstbestimmung!

**Weiterbildung/Professionalisierung**
***Qualifikation statt Isolation***
Beraterinnen, ausgebildet in sozialpädagogischen/sozialarbeiterischen Berufen, können nach ihrer Ausbildung – meist auf Fachseminaren, Fachveranstaltungen und Tagungen – ihre Kenntnisse in Fort- und Weiterbildungen erneuern. Als Weiterbildung werden diejenigen Maßnahmen bezeichnet, die zu einer erweiterten oder zusätzlichen Qualifikation führen.

Weiterbildungen finden im Gegensatz zu Seminaren oder eintägigen Fortbildungen in einem größeren Rahmen statt. Sie haben meistens ein festgelegtes Seminarprogramm und schließen mit einem Zertifikat ab. Die Teilnehmerinnen werden in einzelnen Blöcken zu verschiedenen Themen geschult. Bei einer Weiterbildung für Beraterinnen, die selbst eine Behinderung haben und andere Frauen mit Behinderung beraten, kann eine Einführung in die Methode der Peer Counseling-Beratung beispielsweise *ein Baustein* im Weiterbildungsprogramm sein.(8) Unabhängig von der inhaltlichen Ausgestaltung und den Schwerpunkten weiterer Bausteine stehen im Vordergrund die eigenen Erfahrungen und das Bedürfnis nach Austausch mit anderen Frauen/ Beraterinnen mit Behinderung. Die Qualität der Weiterbildung ergibt sich aus der Verbindung von Betroffenheit und Professionalisierung.

Wer behinderte Menschen berufsmäßig berät, von dem wird eine Vielzahl von sogenannten fachspezifischen Kenntnissen erwartet und gefordert. Meist wird hierunter eher eine Anhäufung von theoretischem Wissen und praktischen Handlungsstrategien verstanden.
Doch zur Beratung von Frauen für Frauen mit Behinderung gehört weitaus mehr: Konfrontiert wird die Beraterin mit mehrdimensionalem Denken und Handeln. So ist sie einerseits selbst betroffen von Diskriminierung, andererseits nimmt sie als Beraterin eine Modellrolle ein. Erwartet wird von ihr psychische Stabilität, Ausdauer und Geduld sowie hohes Engagement und Motivation bei einer gesellschaftlich kaum anerkannten Arbeit.

Spezielle Seminare und Weiterbildungen für Frauen/Beraterinnen mit Behinderung werden von allgemeinen Bildungseinrichtungen und Frauenprojekten (die sich gezielt mit der Thematik „Frauen und Behinderung" befassen) kaum angeboten. Eine Teilnahme scheitert oft im Vorfeld an fehlenden Hilfsmöglichkeiten (z.B. Höranlage) oder unzugänglichen Gebäuden. Zunehmend organisieren sich Projekte aus der Behindertenbewegung erfolgreich ihre eigenen Fort- und Weiterbildungen, leider fehlen jedoch die Mittel, um die Ideen und Angebote aufrecht zu erhalten und ausbauen zu können.

Dennoch können in Selbsthilfegruppen und Projekten Möglichkeiten geschaffen werden, sich selbst eine Fortbildung zu organisieren. So kann z.B. eine Referentin zu einem bestimmten Thema eingeladen werden, wie z.B. zum Thema „Parteilicher Ansatz in der Arbeit mit Mädchen mit/ohne Behinderung". Dies kann sowohl intern als auch extern angeboten werden. Vielleicht gibt es ja innerhalb des Projektes eine Beraterin, die sich auf ein bestimmtes Thema „spezialisiert" hat, denkbar ist auch die Einladung einer/eines Expertin/Experten von außen kommend.
Kleinere Selbsthilfegruppen und Initiativen sollten sich nicht scheuen, sich mit ihren Fort- und Weiterbildungsanliegen an größere Projekte oder auch vorhandene Beratungs- und Bildungsinstitute zu wenden. Angebot und Nachfrage bestimmen ein jedes Programm.

Im Peer Counseling-Trainingsprogramm (1993)(9) wird *Weiterbildung für Organisationen*, die nach den Grundsätzen des „Selbstbestimmten Lebens behinderter Menschen" arbeiten, folgendermaßen definiert: *„Weiterbildung gilt als wichtiges Werkzeug, um in der Lage zu sein, Erfahrungen und Einsichten weiterzugeben und kann damit Menschen mit Behinderung befähigen, dem psychologischen, wirtschaftlichen, sozialen und politischen Druck, dem sie ausgesetzt sind, standzuhalten. In diesem Sinne sollen behinderte Menschen durch Beratung und Schulung ihrer speziellen Fähigkeiten ermutigt werden, so dass sie in allen Bereichen des Lebens aktiv mitwirken können."*
Weiterbildung ermutigt nach dieser Definition zu neuen Erfahrungen und neuer Kompetenz. Die Befähigung, eigene Erfahrungen weiterzugeben, verbunden mit dem Ziel der Selbstbestimmung, setzt einen Kreislauf der gegenseitigen Unterstützung in Bewegung.

**Wo immer sich etwas bewegt, sind Mitwirkung und Veränderung möglich ...**

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

# Allgemeine Einführung zur Situation behinderter Mädchen und Frauen

# Zur Situation behinderter Mädchen und Frauen

Gisela Hermes

Über die Situation behinderter Mädchen und Frauen ist in den letzten 20 Jahren vieles geschrieben worden. Zum einen haben betroffene Frauen selbst immer wieder auf ihre Lebensbedingungen, auf ihre doppelte Benachteiligung als Frau und als Behinderte, aufmerksam gemacht und Veränderungen eingefordert. Zum anderen beschäftigten sich zahlreiche Wissenschaftlerinnen mit diesem Thema.
In diesem Artikel soll keine detaillierte Analyse, sondern nur ein Überblick über die verschiedenen Bereiche gegeben werden, in denen sich Frauen mit Behinderung besonders benachteiligt fühlen. Es handelt sich dabei um jene Bereiche, die das Leben von Frauen mit Behinderung grundlegend bestimmen. Die einzelnen Themen tauchen in der Beratung behinderter Mädchen und Frauen immer wieder auf und werden deshalb im Kapitel über die Beratungsthemen vertiefend dargestellt.

Behinderte Frauen werden in der Regel als geschlechtliche Neutren, als Behinderte wahrgenommen, die nebenbei weiblich sind. Für die nichtbehinderte Umwelt steht die Beeinträchtigung, der „Mangel" im Vordergrund und nicht die weibliche Lebensrealität der Frauen.
Für behinderte Frauen ist es schwerer, sich den Wunsch nach einer traditionellen Partnerschaft zu erfüllen als für behinderte Männer. Sie finden seltener einen Partner, da Frauen stärker nach äußeren Kriterien beurteilt werden als Männer und behinderte Frauen kaum dem gängigen Schönheitsideal entsprechen.
Frauen, die schon von Kindheit an mit ihrer Behinderung leben, haben zudem oft ein negatives Selbstbild, weil ihnen von klein auf vermittelt wurde, dass ihr Körper „mangelhaft" ist und ständig verbessert werden muss. Dieses bedeutet ein zusätzliches Hindernis bei der Partnersuche. Frauen mit einer Spätbehinderung leben dagegen wesentlich häufiger in einer Familie und haben Kinder.

Obwohl behinderte Frauen oftmals nicht als Frauen wahrgenommen werden, sind sie jedoch keineswegs sicher vor sexueller Gewalt. Behinderte Mädchen und Frauen sind besonders häufig Opfer sexueller Gewalt, da sie „leichte" Opfer sind, die sich weniger gut wehren können. Behinderte Frauen, die in Einrichtungen leben, werden laut Expertenmeinung am häufigsten Oper sexueller Gewalt.

Behinderte Frauen haben selten die Wahl zwischen Familie und Beruf oder einer Kombination von beidem. Denn nicht nur im Privatbereich, sondern auch auf beruflicher Ebene sind sie besonders benachteiligt.
In der Schule besteht zwar noch ein zahlenmäßiges Gleichgewicht zwischen behinderten Jungen und Mädchen – die Schulabschlüsse der Mädchen sind in der Regel sogar besser als die der Jungen –, aber nach Abschluss der Schule „verschwindet" der Großteil der behinderten jungen Frauen. In den Berufsbildungswerken, dem Ort der Erstausbildung für behinderte Menschen, sind die Frauen nur noch mit einem Anteil von 30% vertreten. Der berufliche Verbleib der restlichen jungen Frauen ist bisher ungeklärt.
In den Berufsförderungswerken, die der Umschulung behinderter Menschen dienen, sieht es nicht besser aus. Die Angebote sind in der Regel an den Bedürfnissen von Männern ausgerichtet und lassen die Lebenssituation behinderter Frauen unberücksichtigt.

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

Sigrid Arnade stellt fest: „Behinderte Frauen bilden auf dem Arbeitsmarkt das Schlusslicht. Nach dem Mikrozensus von 1995 sind nur 13,3 % von ihnen erwerbstätig, dasselbe trifft auf knapp 20% der Männer zu. Entsprechend stellt sich die Einkommenssituation dar: Ein Drittel behinderter Männer, aber zwei Drittel der behinderten Frauen verfügen 1995 nicht über ein existenzsicherndes Einkommen."(1)
Dieses trifft besonders stark auf behinderte Frauen aus Ostdeutschland zu. Viele von ihnen sind nach der Wende arbeitslos geworden. In den letzten 15 Jahren hat sich die Erwerbssituation behinderter Frauen kontinuierlich verschlechtert und ein Ende ist nicht abzusehen.

Die Möglichkeiten, ein von ihnen selbst gewähltes Leben zu führen, sind für behinderte Frauen sehr stark eingeschränkt. Durch eine einfühlende, parteiliche und stärkende Beratungsarbeit, die sich auf die Fähigkeiten der betroffenen Frauen konzentriert, können wir sie darin unterstützen, ihre individuelle Lebenssituation zu verbessern.

# Die Sozialisation behinderter Mädchen

Gisela Hermes

„Wir werden nicht als Mädchen geboren – wir werden dazu gemacht!" Bereits in den 70er Jahren beschrieben weibliche Autoren mit diesem Satz eindrücklich, dass Mädchen und Jungen aufgrund ihrer Geschlechtszugehörigkeit unterschiedlich erzogen und deshalb zu unterschiedlichen Menschen mit spezifisch weiblichen und männlichen Eigenschaften heranwachsen. Dieses gilt selbstverständlich auch für behinderte Mädchen und Jungen.
Die Sozialisation hat wesentlichen Einfluss darauf, welche Lebensentwürfe behinderte Mädchen für ihr späteres Leben verfolgen, ob sie sich in familiärer Hinsicht auf ein Singledasein, eine Partnerschaft und/oder Mutterschaft orientieren, ob sie eine berufliche Perspektive anstreben oder Familie und Beruf miteinander vereinbaren möchten.

**Die frühe Kindheit**
Für viele Eltern ist die Kleinkindphase stark von der Auseinandersetzung mit der Tatsache geprägt, dass sie Ihr Kind behindert ist. Häufig sind sie mit einem großen Ausmaß an Schuldgefühlen, Ablehnung und Trauer über die Behinderung konfrontiert. Sind lange Krankenhausaufenthalte des Kindes notwendig, bedeutet dies sowohl für die Eltern als auch für das behinderte Kind eine schwierige und oft traumatische Zeit der Trennung und Entfremdung.
Manche Familien lernen nie, die Behinderung zu akzeptieren. Sie lassen das Kind immer wieder sein Anderssein spüren. Viele Eltern wollen das Kind durch überbehütendes Verhalten vor kränkenden Situationen schützen. Aus Angst, das Kind könne von Altersgenossen auf dem Spielplatz oder im Sandkasten sozial ausgegrenzt werden, beschränken sie seinen Aktionsradius möglichst auf die Familie. So hat das Kind jedoch nicht die Möglichkeit, die gleichen Erfahrungen wie gleichaltrige Kinder zu machen. Ihm werden auf Dauer soziale Erfahrungen und Lernprozesse mit gleichaltrigen nichtbehinderten Kindern verwehrt.
Ist der Aktionsradius eines behinderten Kindes auf die Familie beschränkt, so werden die Geschwister zu den wichtigsten Spielgefährten. Diese setzen jedoch nur den familiären Schonraum fort und sind kein Ersatz für Erfahrungen mit gleichaltrigen Spielgefährten. Gleichberechtigte Beziehungen zu Gleichaltrigen können von behinderten Kindern deshalb häufig erst gar nicht eingeübt werden. „Hier wird häufig der Grundstein für eine ‚Abhängigkeit' gelegt, die sich hinderlich auf die Entfaltung der Autonomie und Initiative des Kindes für die Ich-Entwicklung auswirkt. Solange das Kind mit einer Behinderung ausschließlich im familiären Schonraum lebt, können bestimmte altersadäquate Schritte der Handlungsautonomie nicht ohne Probleme erfolgen. Sobald das Kind ins Kindergarten- beziehungsweise Schulalter kommt, wird es jedoch in seinem neuen Lebenszusammenhang mit Autonomieforderungen konfrontiert." (1)

**Die schulische Laufbahn - Sonderschule für Behinderte**
Trotz vielfältiger integrativer Schulversuche und den daraus resultierenden Erkenntnissen, dass der Besuch einer Regelschule für die meisten behinderten Kinder bessere Bildungs- und Entwicklungschancen bietet als der Besuch einer Sonderschule, hat sich die integrative Beschulung noch immer nicht flächendeckend durchsetzen können. Statt dessen ist die schulische Aussonderung behinderter Kinder und Jugendlicher, durch die ihre persönlichen Berufschancen stark eingegrenzt werden, immer noch die Regel.

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

In der Sonderschule werden die unterschiedlichen gesellschaftlichen Bedingungen für Jungen und Mädchen nicht berücksichtigt. „Im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stehen nicht die Stärken und Interessen der Mädchen, sondern deren behinderungsbedingten Defizite. Die Behinderung avanciert zum primären Identitätsmerkmal, demgegenüber das Geschlecht (und weitere denkbare Identitätsmerkmale) nur nachrangig Beachtung findet. Mit diesen Erfahrungen sowie den Erfahrungen aus der frühkindlichen Phase (Abhängigkeit, weniger Handlungsautonomie) müssen sich Mädchen mit Behinderung in der Adoleszenz auseinandersetzen." (2)
Speziell auf die Bedürfnisse behinderter Mädchen ausgerichtete Angebote gibt es demnach in der Schule so gut wie gar nicht, aber auch in der Mädchenarbeit sind diese selten zu finden. Bauliche Barrieren und auch die Vorurteile von Betreuerinnen der Mädchenangebote führen dazu, dass Mädchen mit Behinderung außen vor bleiben.

**Die Erziehung**
In der Regel sind es die Mütter, die für die Kindererziehung zuständig und somit von der Behinderung des Kindes im Alltag stärker betroffen sind. Ist die Tochter behindert und entspricht diese nicht den gesellschaftlichen Normalitätsvorstellungen, so wird es für die Mutter schwer, sich mit ihr zu identifizieren. In der Erziehung treten Ambivalenzen auf. Die Erziehung behinderter Mädchen verläuft meist sehr widersprüchlich. Geschlechtsspezifische Normalitätsvorstellungen bilden die Grundlage der Erziehung von behinderten Mädchen. Da sich Eltern nicht grundsätzlich vom herrschenden Weiblichkeitsideal lösen können, erziehen sie ihre behinderten Töchter in Bezug auf das Schönheitsideal, Kleidung und Spielverhalten in der Regel angepasst weiblich, damit die Mädchen den Kriterien der Normalität möglichst gut entsprechen.(3) In der Regel lassen die Eltern - immer das spätere Wohl ihrer Tochter im Sinn – keine vielversprechende Therapie unversucht, um eine möglichst große Anpassung an die sogenannte Normalität zu erreichen. Für die Mädchen ist der Preis leider allzu oft sehr hoch. Sie erleiden Schmerzen, werden häufig durch orthopädische „Hilfsmittel" eingeengt und können nur schwer ein positives Körperbild entwickeln, weil der Fokus auf ihre „Defizite", auf ihr „Nichtkönnen" statt auf ihre Fähigkeiten gelegt wird.

Je auffälliger und schwerer eine Behinderung ist, desto weniger scheint ein behindertes Mädchen für die zukünftige Rolle als Frau in der Gesellschaft geeignet. Die Körperbehinderung tritt in den Vorder- und die typischen weiblichen Erziehungsmuster (Haushalt, Heirat, Kinder bekommen etc.) treten in den Hintergrund. So werden behinderte Mädchen oft von der Mithilfe im Haushalt befreit, da ihnen diese Aufgaben nicht zugetraut werden. Die Eltern haben oft die Vorstellung, dass ihre behinderte Tochter keine Familie versorgen kann und wird. Die traditionelle weibliche Rolle der Mutter und Versorgerin wird behinderten Mädchen von frühester Kindheit an abgesprochen. Behinderte Jungen werden dagegen von ihren Müttern eher traditionell erzogen. Von ihnen wird erwartet, dass sie sich beruflich qualifizieren und später eine Frau finden werden, die sie häuslich versorgt.

Manche Eltern sehen in der Orientierung auf eine gute Schul- und Berufsausbildung eine Ausgleichsmöglichkeit für die Behinderung, die „weiblichen Mängel" der Tochter. Auch dient die Vorstellung, dass sich die später alleinstehende Tochter durch Arbeit selbst ernähren kann, der Beruhigung der Eltern.

**Die weibliche Identitätsfindung**

Von Geburt an körperbehinderte Mädchen entwickeln entsprechend ihrer Behinderung andere Vorstellungen vom Körper und ein anderes Selbstbild als nichtbehinderte Mädchen. Jugendliche, die ihren Körper ohne Behinderung erlebt und die Behinderung erst während des Kindes- und Jugendalters erworben haben, müssen ein neues Körper- und Selbstbild aufbauen, da sich ihr Körper verändert hat.

Durch die physischen und psychischen Veränderungen während der Pubertätszeit tritt die eigene Körperlichkeit für Mädchen in den Vordergrund. Für behinderte Mädchen, die stark von den gesellschaftlichen Normalitätsvorstellungen abweichen, bedeutet dies eine starke Auseinandersetzung mit dem eigenen Selbstwertgefühl. Oft wird in dieser Phase die Behinderung stärker ins Bewusstsein gerückt und als der Hauptgrund für alle auftretenden Schwierigkeiten gesehen. Die eigene Einstellung zur Behinderung und die Bedeutung für das Selbstkonzept richten sich in diesem Alter nach den Einstellungen, die die Eltern und die soziale Umwelt vermitteln. Aufgrund der erlebten Vorurteile und Abwertungen ist es für behinderte Mädchen oft unglaublich schwer, ein positives Körper- und Selbstbild zu entwickeln. Sie selbst können sich Sexualität, Partner- und Mutterschaft oft nicht für sich vorstellen.

Die Eltern spielen auch während der Pubertät eine wichtige Rolle bei der Entwicklung einer eigenen Identität. Oft verhindern ihre negativen Einstellungen zu Partnerschaft und Sexualität ihrer Tochter eine „normale" Entwicklung zur Frau. Schon von klein an wird behinderten Mädchen vermittelt, dass sie geschlechtliche Neutren seien. Das Erwachen ihrer Sexualität und die weiblichen Entwicklungen zur Frau, wie z.B. die Menstruation, werden bei ihnen oft ignoriert. Sexualität wird totgeschwiegen, in der Hoffnung, dass die Mädchen dieses Thema auch vergessen. Eine Untersuchung von KLUGE/SANDERS zeigt die Auswirkungen dieses Verhaltens der Eltern. Die Autoren stellen fest: Behinderte Jugendliche haben „generell ein Defizit im faktischen Sexualwissen und in der konkreten Erfahrung".(4)

Oft ist das Defizit in der konkreten Erfahrung mit Sexualität auch durch die Lebenssituation behinderter Jugendlicher bedingt. Viele behinderte Mädchen leben in Sondereinrichtungen, in denen sexuelle Erfahrungen durch Verbote und mangelnde Möglichkeiten des intimen Zusammenseins eingeschränkt sind. Andere junge Mädchen mit Behinderung wiederum leben bei ihren Eltern und werden überbehütet und eingeschränkt. Sie sind in der Pubertät, der eigentlichen Ablösungsphase von den Eltern oft noch sehr an diese gebunden. „Diese unfreiwillig lange Abhängigkeit schafft gegenüber den Eltern häufig Ambivalenzkonflikte, da die altersgerechte Autonomie-Entwicklung sowohl durch die Auswirkungen der Behinderung als auch durch elterliche Überfürsorge und Kontrolle verhindert beziehungsweise verzögert werden kann. Der Grad an Autonomie und Selbstständigkeit im Umgang mit der Behinderung beeinflusst dabei ebenso die psychosexuelle Entwicklung."(5)

Kontakte zu Gleichaltrigen, zur "peer group", werden in der Pubertät besonders wichtig. Für behinderte Jugendliche sind die Kontaktmöglichkeiten jedoch aufgrund der beschriebenen einengenden Lebensbedingungen meist stark eingeschränkt. Viele Mädchen mit Behinderung fühlen sich deshalb von den Erfahrungen, die Gleichaltrige machen, ausgeschlossen.

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

Aber nicht nur die äußeren Bedingungen, sondern auch das eigene Selbstbild verhindern oft einen Kontakt zum „anderen Geschlecht". Die behinderten Mädchen haben in der Regel den gesellschaftlichen Druck ästhetischer Normen verinnerlicht. Aufgrund motorischer Einschränkungen und physischer Auffälligkeiten fühlen sie sich selbst oft unattraktiv. Äußerlichkeiten wie Kleidung und Schminke werden dadurch besonders wichtig. Häufig versuchen die Mädchen, ihre Behinderung „wegzuschminken", zu vertuschen. Engere Kontakte und erste Freundschaften zu Jungen bedeuten für behinderte Mädchen eine massive Auseinandersetzung mit ihrer Behinderung und ihrem Selbstbild, denn in der Nähe zu anderen Menschen lässt sich eine Behinderung nicht verstecken.

Abschließend lässt sich über die Sozialisation behinderter Mädchen sagen, dass ihre Entwicklung zur Frau weitgehend negiert wird. Im Vordergrund von Erziehung steht in der Regel ihre Behinderung und nicht ihre Weiblichkeit. Behinderte Mädchen werden behandelt wie Behinderte, die ganz nebenbei auch weiblich sind. So wachsen viele Mädchen mit einem Defizit-Denken auf. Dieses erschwert ihnen, ein positives Körper- und Selbstbild zu entwickeln.
Durch die Tatsache, dass eine höhere schulische Laufbahn aufgrund der Sonderbeschulung behinderter Kinder auch heute nur schwer möglich ist, sind die beruflichen Möglichkeiten behinderter Mädchen sehr stark auf schlecht bezahlte, traditionelle Frauenberufe eingegrenzt.

Beratung sollte Mädchen mit Behinderung vor allem darin unterstützen, ein positives Selbstbild aufzubauen und sie bei der Entwicklung guter, ihnen angemessener Berufsperspektiven zu stärken.

# Zur Situation von Frauen mit Behinderung in der DDR Eine Einführung

Brigitte Faber

Erfahrungen von „Ost"- und „West"-Frauen mit Behinderung im Umgang miteinander zeigen, dass es immer wieder zu Verständigungsschwierigkeiten und Irritationen bis hin zu Unverständnis und Rückzug auf beiden Seiten kommt.
So stößt der Begriff der „doppelten Diskriminierung" — in Westdeutschland seit den 80er Jahren im Zusammenhang mit behinderten Frauen ein vielgenutztes Schlagwort — in entsprechenden Zusammenhängen in Ostdeutschland immer noch auf Unverständnis. Die Erfahrungen im Verlauf des Modellprojektes haben gezeigt, dass ein Teil der Verständigungsprobleme ganz banal durch die Wortwahl zustande kommt. So lösen in der „Westgesellschaft" geprägte Schlagworte, wie z.B. „doppelte Diskriminierung", bei Frauen, die in der „Ostgesellschaft" aufgewachsen sind, z.T. andere oder auch gar keine spezifischen Vorstellungen aus. Dies gilt sicherlich auch umgekehrt, nur haben die Ostbegrifflichkeiten heute nicht den gleichen Stellenwert, weil es das sozialistische System nicht mehr gibt. Die stillschweigende Annahme, dass mit einer gleichen Sprache auch gleiche Inhalte transportiert werden, kann hier einmal mehr zu Missverständnissen führen. Werden die auf beiden „Seiten" vorhandenen Klischees von „den Ossis" und „den Wessis" unausgesprochen als Erklärung herangezogen, bleibt die sprachliche Ursache der unterschiedlichen Einschätzung unerkannt. Missverständnisse auf der sprachlichen Ebene lassen sich jedoch meist „entdecken" und auflösen, indem die Verständigung über Inhalte anhand konkreter Beispiele aus dem Alltag erfolgt.

Weniger leicht aufheben lassen sich Unterschiede, die durch das Aufwachsen und Leben in unterschiedlichen gesellschaftspolitischen Systemen begründet sind. Und während sich die Situation für die behinderten „Westfrauen" mit der Wiedervereinigung nicht grundlegend verändert hat, wird von den behinderten „Ostfrauen" recht selbstverständlich eine hohe Anpassungsleistung erwartet. Unterschiedliche Sozialisations- und Lebenserfahrungen mit den darin entwickelten persönlichen Werten und Vorstellungen lassen sich jedoch nicht per Wiedervereinigungsvertrag auflösen oder (einseitig) ersetzen.
Für eine Verständigung untereinander sowie für die Beratung ist es hilfreich, die grundlegenden Unterschiede der Lebenssituation sowie der Selbst-Wahrnehmung von Ost- und Westfrauen mit Behinderung vor und nach der Wende zu kennen.

Insgesamt haben Ost- wie Westfrauen mit Behinderung noch einen weiten Weg bis hin zu Gleichberechtigung und Selbstbestimmung vor sich. Aufgrund ihrer unterschiedlichen Sozialisation ergeben sich verschiedene Vorstellungen, wie dieses Ziel zu erreichen ist. Es gibt mehrere Wege, die zu einem möglichst gleichberechtigten und selbstbestimmten Leben führen. Es gilt, diese Unterschiede zu respektieren, zu akzeptieren und sich gegenseitig, sofern möglich, zu unterstützen.

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

# Lebenssituation behinderter Frauen in der DDR

Barbara Vieweg

Für das Selbst-Verständnis behinderter Frauen in der DDR sind zwei wesentliche Voraussetzungen entscheidend:

1. Behinderung wurde selten in ihrer gesellschaftlichen Dimension begriffen, sondern lediglich als Schädigung unter medizinischen Gesichtspunkten.
2. Die Gleichberechtigung der **Frau** war auf dem Papier staatlich garantiert, es gab keine öffentliche Auseinandersetzung um dieses Thema.

**1. Leben als BEHINDERTE Frau in der DDR**

Behinderung wurde in der DDR nicht als ein gesellschaftliches Thema begriffen. Behinderung war eine gesundheitliche Einschränkung. Das kommt auch im Begriff der „Schädigung" zum Ausdruck, wie er in der DDR für Behinderung verwendet wurde. Für schwerbeschädigte Menschen war die Gesundheitsfürsorge zuständig. Jede/r Behinderte war in eigenen Rehabilitationszentralen registriert. Dort wurden die Schwerbeschädigtenausweise ausgestellt und auch sein/ihr gesamtes Leben geplant: z.B. welche Schule besucht werden soll, welcher Beruf erlernt werden kann, welche Wohnung bezogen werden kann usw. Behinderung war eine Abweichung von der Normalität, der Umgang damit planbar.

Die DDR-Gesellschaft bemühte sich, behinderte Menschen möglichst gleichberechtigt zu behandeln. Doch in diesem Bemühen gab es große Unterschiede, die abhängig waren von den behinderungsbedingten Einschränkungen.

Behinderte Frauen, die trotz festgestellter Schwerbeschädigung ohne wesentliche Einschränkungen oder Unterstützung leben konnten, waren in vielen Lebensbereichen nichtbehinderten Frauen gegenüber tatsächlich nicht benachteiligt. Wenn wir mit diesen Frauen heute sprechen, beschreiben sie ihre damalige Lebenssituation als gleichberechtigt. Behinderung war für viele dieser Frauen kein dauerndes Thema – sie waren im Arbeitskollektiv integriert, wurden anerkannt.

In der DDR gab es das staatlich garantierte Recht auf Arbeit. Jeder behinderte Mensch, der berufstätig sein konnte, musste auch in eine Arbeitsstelle vermittelt werden. 10 % aller Beschäftigten in den Betrieben mussten schwerbeschädigt sein. Die bestehende Vollbeschäftigung schloss behinderte Frauen mit ein. Für Frauen und Männer mit Behinderung bedeutete dies einen sehr weitgehenden Anspruch auf gesellschaftliche Teilhabe.
Die Kehrseite davon war in einigen Fällen eine verschleierte Arbeitslosigkeit. So waren viele Menschen mit Behinderung auf Stellen beschäftigt, die nur ihretwegen geschaffen wurden und ohne wesentlichen Bezug zur Aufgabe des Betriebes standen. Weiterhin waren insbesondere auch behinderte Frauen - obwohl sie eine gute Berufsausbildung hatten – mit gering qualifizierten Tätigkeiten beschäftigt und nach der Wende dann besonders stark von Kündigungen betroffen.

Für „Werktätige mit Schwerbeschädigung" gab es eine Reihe von Sonderregelungen, vorrangige Versorgung mit einer modernen Wohnung, mit Telefon und Auto, um die wesentlichsten zu nennen.

Behinderte Frauen hatten natürlich den gleichen Anspruch auf Kinderbetreuung wie nichtbehinderte Frauen. So konnte der Wunsch nach einer Familie auch für behinderte Frauen leichter realisiert werden. Die Vereinbarkeit von Kindern und Beruf war besonders diesen Frauen sehr wichtig, da die Integration in das Arbeitskollektiv als Gleichstellung Behinderter schlechthin begriffen wurde.

Für behinderte Schulabgängerinnen gab es in der Regel nur eine eingeschränkte Auswahl an Berufsausbildungen, wie z.B. mittlere medizinische Berufe und Büroausbildungen. Doch dieser Umstand fiel nicht so stark auf, da Einschränkungen für alle BürgerInnen der DDR an der Tagesordnung waren.

Eine Gesellschaft wie die DDR schuf viele vergleichbare Lebensverhältnisse, die ein Zusammengehörigkeitsgefühl entstehen ließen, das durch die Widrigkeiten des täglichen Lebens ständig genährt wurde. Die Mangelwirtschaft und Nischengesellschaft egalisierte das Leben ihrer BewohnerInnen. Behinderte Frauen – sofern sie berufstätig waren – hatten oft die gleichen Sorgen und Probleme wie ihre nichtbehinderten Kolleginnen, Probleme, wie sie mit der Beschaffung bestimmter Mangelartikel verbunden waren.

Dieses Gefühl des Dabei-Seins änderte sich dann recht schnell, wenn Frauen auf Grund ihrer Behinderung in Sonderschulen, Sonderberufsschulen oder Sonderwohnformen leben mussten.
Die meisten Wohnungen und öffentlichen Einrichtungen waren nicht behindertengerecht. In den siebziger und achtziger Jahren entstanden in einigen Großstädten Neubauwohnungen, die auch für Rollstuhlbenutzerinnen bewohnbar waren. Damit gab es für viele überhaupt die ersten Möglichkeiten eines eigenständigen Wohnens.

Behinderte Frauen, die auf Pflege/Assistenz angewiesen waren, konnten außerhalb der Familie oft nur in Alten- und Pflegeheimen leben. Eine große Anzahl jüngerer Frauen mit Behinderung musste so ihr Leben in diesen Einrichtungen verbringen. Diese Frauen hatten in der DDR keine Chance auf eine Änderung oder Verbesserung ihrer Lebenslage. Sie betrachten auch heute ihre damalige Situation äußert kritisch. Erst die Wende von 1989/90 hat hier Veränderungen bewirkt.

Frauen mit sogenannter geistiger Behinderung wurden besonders durch die Einteilung in bildungsfähig und nichtbildungsfähig stigmatisiert. Wenn behinderte Mädchen als nichtbildungsfähig eingestuft wurden, hatten sie nur einen sehr beschränkten Anspruch auf Förderung. Auch war ein Leben sogenannter geistig behinderter Frauen außerhalb der Familie nur in wenigen Einrichtungen möglich – die Menschen dort wurden lediglich versorgt, aber nicht gefördert.
Auch sah für Frauen (und Männer) mit Assistenzbedarf die Arbeitswelt ganz anders aus. Sie waren bei allen Assistenztätigkeiten auf die Unterstützung der KollegInnen angewiesen. War diese Unterstützung nicht möglich oder nicht gewollt, blieb maximal die Heimarbeit.

Chronisch kranke Frauen hatten in der DDR keine starken Patientenrechte, es gab aber eine gute Dispensierebetreuung(1), in der sich viele Frauen versorgt fühlten. Chronische Krankheit führte nicht zu Armut, da bei chronischen Erkrankungen eine Invalidvisierung ohne rentenrechtliche Zeiten möglich war. Schwierig war das Durchsetzen anderer Behandlungsmethoden, wenn die Patientin mit der vorgeschriebenen Anwendung nicht einverstanden war.

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

**2. Das Leben als behinderte FRAU in der DDR**

Zunächst sei vorangestellt, dass fast der gesamten DDR Gesellschaft und auch sehr vielen Frauen der „frauenspezifische Blick" fehlt, um Ungleichbehandlungen und Zurücksetzungen von Frauen überhaupt wahrnehmen zu können. Wie wir sehen werden, gilt dies in vielen Fällen auch noch für die Rückschau behinderter Frauen auf die DDR.

Frauen waren durch ihre über 90%ige Berufstätigkeit gleichberechtigt. Der Staat war auf die Berufstätigkeit der Frauen angewiesen und schuf durch ein umfassendes Netz von Kinder-Betreuungen auch die Voraussetzung, Familie und Beruf zu vereinbaren.

Frauengleichberechtigung war kein Thema, das kritisch diskutiert wurde. Fast durchgängig sind behinderte Frauen in der Erinnerung der Meinung, dass sie als Frauen in der DDR nicht benachteiligt wurden. Frauen waren durch ihre Berufstätigkeit und durch die Invalidenrenten (Rente ohne rentenrechtliche Zeiten als Form einer Grundsicherung) finanziell abgesichert. Sie fühlten sich als Frauen gleichberechtigt und Behinderung war oft kein Thema.

Dennoch bleibt, dass auch in der DDR wenig Frauen in Führungspositionen vertreten waren und behinderte Frauen wohl gar nicht.

Heute sagen auch viele Frauen, dass sie sich in der DDR nicht so stark einem herrschenden Schönheitsideal ausgeliefert fühlten. Dies trifft sicherlich zu. Trotzdem unterschied sich der private Raum, in dem behinderter Frauen in der DDR lebten, in seinen Einstellungen nicht grundsätzlich von dem im Westen Deutschlands. Erfahrungen mit Eltern, Geschwistern, Lehrern u.ä. als Mädchen oder als Frau mit Behinderung ähneln sich sehr. Das DDR-System hat den privaten und familiären Bereich nicht wirklich verändern können.

Zusammenfassend können wir sagen, dass sich am Beispiel der DDR-Erfahrungen zeigt, wie bedeutsam die Berufstätigkeit für behinderte Frauen ist. Es gab eine ganze Reihe auch gravierender Ungleichbehandlungen, und dennoch ist der Rückblick auf die DDR durch die Vollbeschäftigung meist sehr positiv. Positiv auch deshalb, weil der Umbruch mit der Wende so einschneidend war, dass die DDR-Zeit verklärt wurde und immer noch wird. Für die heute unter 25-jährigen Frauen mit Behinderung ist die DDR kein eigenes Thema mehr. Sie kennen hier keine Unterscheidung in Ost und West.

# Und plötzlich wurde alles anders – Ein kurzer Rückblick auf die Wende

Susanne Schnabel

Die Entwicklungen, die wir im Folgenden unter dem Begriff „Wende" beschreiben, stehen für den Übergang von einem Gesellschaftssystem in ein anderes. Niemand war damals, im Herbst 89, auf ein solches Ausmaß gesellschaftlicher Veränderung gefasst, und niemand hat vorausgeahnt, was inzwischen Realität geworden ist.

Bevor wir uns der Situation von Frauen mit Behinderung zur Zeit der Wende und danach zuwenden, möchten wir in diesem Abschnitt einen kurzen Überblick über jene Entwicklungen geben, die für behinderte Menschen besonders ausschlaggebend waren und immer noch sind.

Die Zeit der politischen Wende war – wie für alle DDR-Bürgerinnen und Bürger – auch für behinderte Menschen mit vielen Hoffnungen und dem Gefühl des Aufbruchs verbunden. Neu und aufregend war, dass wir uns für eine Sache jenseits der verordneten Ideologie engagieren konnten.

Behinderung war kein öffentliches Thema in der DDR. Es gab zwar Behindertenvereine und -verbände, jedoch nur für sinnesbehinderte Menschen. Da diese nicht behindertenpolitisch arbeiten durften, waren sie auf Freizeitangebote und Selbsthilfe beschränkt. Selbsthilfegruppen für körperbehinderte Menschen gab es nur wenige. In der Auf- und Umbruchstimmung der Wendezeit schossen Behindertenvereine und -initiativen aus dem Boden. Daran gewöhnt, dass die meisten von uns im Berufsleben standen, und dass diejenigen, die nicht berufstätig waren, mit einer Invalidenrente sozial abgesichert waren, bezogen sich die Aktivitäten der Verbände und Initiativen in dieser Zeit auf die behindertengerechte Gestaltung öffentlicher Räume und des öffentlichen Nahverkehrs.

Im Sommer 1990 war klar, dass die DDR der BRD einverleibt wird. Ein großer Teil der Bevölkerung erhoffte sich eine Verbesserung ihrer eigenen finanziellen und materiellen Verhältnisse. Doch zur gleichen Zeit begannen die ersten Massenentlassungen aufgrund von Betriebsschließungen. Spätestens jetzt wurde die Euphorie der Aufbruchsstimmung abgelöst durch große Verunsicherung und Existenzangst. Wir fanden uns plötzlich mit einem ganz anderen Wirtschafts- und Sozialsystem konfrontiert. Im Juni 1990 waren noch über 198 000 Schwerbehinderte und Gleichgestellte auf dem ersten Arbeitsmarkt beschäftigt, dagegen waren es im Oktober 1993 nur noch knapp die Hälfte. Allerdings finden sich diese Zahlen nur eingeschränkt in der Arbeitslosenstatistik wieder. Mit der deutschen Einheit wurde das DDR-Invalidenrentensystem in das bundesdeutsche Erwerbsunfähigkeits- (EU-) und Berufsunfähigkeits- (BU-) Rentensystem(1) überführt. Viele Menschen mit Behinderungen entschieden sich aus der allgemein verbreiteten sozialen Unsicherheit heraus für eine Rentenleistung. Einige wurden aber aufgrund der automatischen Umwandlung ihrer DDR-Renten in EU-Renten dazu gezwungen - ungeachtet dessen, ob sie sich eine berufliche Tätigkeit zutrauten oder nicht.

Das Rehabilitationssystem der DDR wurde durch das bundesrepublikanische ersetzt. Erhaltenswerte Ansätze wie beispielsweise die geschützten Abteilungen in Betrieben wurden aufgelöst.

Die Hoffnungen, dass wir als behinderte Menschen in uns betreffenden Belangen mitentscheiden können, haben sich für die meisten zerschlagen. Recht schnell, spätestens als es um die Umstrukturierung der Behindertenhilfe ging – und somit um die Neuschaffung und den Erhalt von Arbeitsplätzen –, haben sich Nichtbehinderte etabliert und an die Spitze von Vereinen und Gremien gestellt. Den Ost-Markt an Heimen, Behindertenwerkstätten und den vielen neu zu gründenden Einrichtungen, die einer Pflichtfinanzierung durch Kommune und Land unterliegen, haben die West-Spitzenverbände der Wohlfahrtspflege unter sich aufgeteilt. Heute wird – ähnlich wie im Westteil - die Behindertenpolitik von den Wohlfahrtsverbänden bestimmt. In der Trägerschaft der (früheren Ost-) Behindertenvereine und -verbände befinden sich die weniger finanziell abgesicherten, eher sozialen Einrichtungen, mit deren Erhalt sie vollauf beschäftigt sind. Politisch aktiv sind nur noch wenige. Diese Entwicklungen verliefen in einem rasanten Tempo. Im Gegensatz dazu ist die Selbstbestimmt Leben-Philosophie kaum verbreitet. Viele derjenigen, die sich in den ersten Jahren nach der Wende engagierten, haben sich inzwischen zurückgezogen.

Trotz allem gibt es auch einige Erfolge zu verzeichnen. So hat sich beispielsweise auf Druck von Behinderteninitiativen vor allem in den Städten die Zugänglichkeit von öffentlichen Gebäuden und Verkehrsmitteln verbessert, wenn auch lange noch nicht zufriedenstellend.

Was im Herbst 89 in der DDR begann, führte uns in ein anderes Gesellschaftssystem. Dazu gehört auch, dass wir als ehemalige DDR-BürgerInnen mit anderen Normen und Werten konfrontiert wurden. Zum besseren Verständnis hierfür greifen wir zwei typische Beispiele heraus.

In der DDR wurde beispielsweise die Orientierung auf die Gemeinschaft ganz groß geschrieben. Eines der obersten sozialistischen Erziehungsziele war es, dass wir von klein auf lernen, uns in die Gemeinschaft einzuordnen – angefangen in der Krippe, über die Kindergartengruppe, bis in das Arbeitskollektiv (Team). Das hieß oft, die eigenen Interessen den Kollektivinteressen unterzuordnen. Aber es bedeutete auch, immer eine Anbindung und ein Stück Sicherheit zu haben. Individualität und Eigensinn waren eher unerwünscht. Jetzt, unter westlichen Verhältnissen, ist an die Stelle der Orientierung auf Gemeinschaft die Orientierung auf Individualität getreten. Es geht eher darum, sich abzuheben, die Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen, um als einzelne Person Erfolg zu haben.

Der Arbeit und dem Beruf kommt unter kapitalistischen Bedingungen ein anderer Stellenwert zu. Die Sicherung des eigenen Einkommens war in der DDR nur ein Aspekt von Berufstätigkeit. Im DDR-Sprachgebrauch existierte der Begriff „Erwerbstätigkeit" nicht. Wir waren berufs- und nicht erwerbstätig. Ganz wichtig für die DDR-Ideologie war, dass jeder und jede auf dem Arbeitsplatz seinen bzw. ihren Beitrag zum Aufbau des Sozialismus zu leisten hatte. In der DDR-Verfassung (in ihrer Rolle vergleichbar mit dem Grundgesetz der BRD) war das Recht auf Arbeit und die Pflicht zur Arbeit festgeschrieben. Heute, unter Westbedingungen, ist es nicht mehr selbstverständlich, eine Arbeit zu haben. Aber trotzdem wird Arbeit als das höchste Gut gehandelt, über das sich sehr stark der Wert eines Menschen bestimmt.

**Die Folgen der Entwicklungen nach der Wende für behinderte Frauen**
Doch was bedeuteten die Entwicklungen für behinderte Frauen? Es überrascht sicher nicht, dass behinderte Frauen überdurchschnittlich stark von den Entlassungen, die 1990 einsetzten, betroffen waren. Laut Angaben des Statistischen Bundesamtes 1994 stieg die Arbeitslosigkeit behinderter Frauen in den Neuen Bundesländern von 1991 bis 1993 um 50,3%, die behinderter Männer dagegen um 35,3%. Viele der Frauen erscheinen heute nicht mehr in der Arbeitslosenstatistik, da sie inzwischen Erwerbsunfähigkeitsrentnerinnen geworden sind.

Zu DDR-Zeiten waren 90% aller behinderten Frauen berufstätig. Jene, die damals vorzeitig aus dem Berufsleben schieden, taten dies meist wegen einer erheblichen Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes. Diese Frauen sind heute mit ihrem Status als Erwerbsunfähigkeitsrentnerin wesentlich häufiger zufrieden als jene Frauen, die nach der Wende quasi zugunsten einer Entlastung des Arbeitsmarktes in die Erwerbsunfähigkeitsrente gedrängt wurden. Ihre Berentung entsprach nur in wenigen Fällen ihren Lebensvorstellungen. Laut einer Befragung behinderter Frauen aus Ostberlin von Sabine Kieß aus den Jahren 1993 bis 1995(2) möchte knapp die Hälfte aller nach der Wiedervereinigung berenteten Frauen wieder arbeiten, obwohl sie mit ihrer finanziellen Situation zufrieden sind. In gleicher Weise äußert sich aber nur ein Sechstel der Frauen, die bereits zu DDR-Zeiten eine Invalidenrente erhielten.

Die plötzliche berufliche Ausgrenzung erlebten die zuvor berufstätigen Frauen besonders krass. Für viele behinderte Frauen hatte die Berufstätigkeit eine größere Bedeutung als für nichtbehinderte Frauen. Der Beruf brachte – zumindest für die meisten – Anerkennung, Selbstvertrauen, Sozialkontakte und das Gefühl, gleichwertig zu sein. So manche negativen Erfahrungen, die wir als Frauen mit Behinderung machen mussten (z.B. Ablehnung bei der Partnerwahl), glichen wir über unseren Beruf aus. Viele Frauen geben heute an, ihre Identität als Frau damals über den Beruf bekommen zu haben.

Und plötzlich brach mit den Entwicklungen nach der Wende für einen Großteil der Frauen die Möglichkeit weg, sich über die berufliche Tätigkeit zu identifizieren. Das Ausgegrenzt-Sein vom Berufsleben erlebten behinderte Frauen als sehr bedrückend. Arbeitslosigkeit und auch die unerwartete, nicht gewollte Berentung bringt Isolation mit sich. Für die damalige Situation hieß das, die umfangreichen Veränderungen im gesellschaftlichen Leben nicht mehr in der Gemeinschaft mit den ArbeitskollegInnen teilen zu können. Durch den Verlust des Arbeitsplatzes gingen viele soziale Kontakte verloren. Die Frauen standen sich finanziell schlechter und hatten als vollkommen neue Erfahrung Angst um den Erhalt ihrer Wohnung (die Mieten waren bis dahin staatlich gestützt und stiegen nun um ein Vielfaches) und Angst um die Sicherung ihres Lebensunterhalts. Es brauchte einige Jahre, bis sich die Behörden, Beratungsstellen und schließlich die Frauen selbst im Dschungel der neuen Gesetze zurechtfanden. Neu an den Entwicklungen damals war auch, dass die im Vergleich zur bundesdeutschen BürgerInnenschaft recht homogene Ost-BürgerInnenschaft begann, sich in GewinnerInnen und VerliererInnen der gesellschaftlichen Umbrüche aufzuteilen.

Die gesellschaftlichen Umbrüche verlangten jeder einzelnen eine persönliche Umorientierung ab. Die, die nicht mehr im Berufsleben standen, mussten ihr Leben neu ausrichten, sich neue Kontakte suchen. Hierbei waren die bereits in der DDR existierenden Gruppen oder Verbände und ebenfalls die nach der

Wende gegründeten Vereine von Bedeutung. Einige der Frauen, die von Erwerbslosigkeit betroffen waren bzw. sich für die Rente entschieden, fanden einen Ausweg im ehrenamtlichen Engagement. Im Vergleich zum Westteil ist auffallend, dass uns bis heute keine Ostfrau mit Behinderung bekannt ist, die sich – zu DDR-Zeiten an Berufstätigkeit gewöhnt – heute als Hausfrau versteht. Hierbei spielt aber auch eine Rolle, dass das Hausfrau-Sein zu DDR-Zeiten aus politischen Gründen negativ bewertet wurde.

Jene Frauen, die sich um einen Wiedereinstieg in das Arbeitsleben bemühten, nahmen an Umschulungen teil. Dabei waren sie den Vorurteilen und Benachteiligungen durch SachbearbeiterInnen beim Arbeitsamt oder von Seiten potentieller ArbeitgeberInnen ausgesetzt und erfuhren oft Demütigungen durch nichtbehinderte Mit-Arbeitslose.

Für behinderte Frauen, die noch im Berufsleben standen, erhöhte sich im Vergleich zu DDR-Zeiten der Konkurrenzdruck. Aus der Angst heraus, die Arbeit zu verlieren, werden Probleme oder Überforderungen nicht angesprochen.

Wie schwer der Verlust der Arbeitsstelle für behinderte Frauen wog, zeigte sich fast acht Jahre nach der Deutschen Einheit auf einer vom Bildungs- und Forschungsinstitut zum selbstbestimmten Leben Behinderter (bifos) organisierten Tagung behinderter Frauen aus den östlichen Bundesländern 1998 in Uder. Thema Nummer eins war „Wie finde ich eine Arbeit?". Ein Großteil der Frauen, die schon über mehrere Jahre hinweg nicht mehr erwerbstätig sind, bemüht sich immer noch, einen Wiedereinstieg in das Arbeitsleben zu finden.

Eine Verbesserung im Berufsleben brachte die Wende nur für wenige Frauen mit Behinderung. Einige konnten sich beruflich noch einmal neu orientieren, was sie oftmals einen harten Kampf mit den Kostenträgern von Förderungsmaßnahmen kostete und ihnen mutige, schnelle Entscheidungen abverlangte. Durch Umschulung, Umstrukturierung des alten Betriebes oder ein Stellenangebot bei einer der vielen neu entstandenen, kleinen Firmen üben sie heute eine berufliche Tätigkeit aus, die ihnen mehr Zufriedenheit bringt. Andere behinderte Frauen, überwiegend jüngere, wagten den Schritt in die Selbstständigkeit oder schufen sich mit viel Eigeninitiative eine eigene Stelle. Neue Perspektiven ergaben sich auch für Frauen mit Abiturabschluss. Sie haben jetzt eine größere Auswahl an Studienfächern.

**Wie sehen sich behinderte Frauen - damals und heute**

Jetzt, im Herbst 1998, neun Jahre nach der Wende, haben sich die Lebensbedingungen für behinderte Frauen im Osten denen in den Altbundesländern angeglichen. Allerdings sind im Ostteil generell die Einkommen niedriger und die durchschnittliche Arbeitslosenquote höher als im Westteil der BRD. Die Frage ist nun: Erleben sich behinderte Frauen aus den ostdeutschen Bundesländern heute im Vergleich zur Zeit vor der Wende anders? Viele Frauen sagen, sie fühlen sich heute stärker behindert.

Ein ganz entscheidendes Resultat der Wende ist, dass heute, mit Übernahme der westlichen Verhältnisse, die Chancen ungleicher verteilt sind. Die DDR schuf für alle, egal ob Hilfsarbeiterin oder Ärztin, vergleichbare Lebensverhältnisse. Unser Lebensweg war durch die Sozialpolitik relativ vorbestimmt: Krippe, Kindergarten, Schule, Ausbildung, berufliche Tätigkeit (meist die ganze Zeit in ein und demselben Betrieb, ein Stellenwechsel war innerhalb

der DDR-Planwirtschaft unüblich) und danach die Rente. Für die meisten behinderten Menschen war dieser Lebensweg genauso vorgesehen. Ausgeschlossen waren jene, die im größeren Umfang auf Pflege/Assistenz angewiesen waren. Ungleichbehandlungen und Benachteiligungen haben aber alle Menschen mit Behinderung erlebt. Paradox ist, dass diese aber von vielen gar nicht in ihrer eigentlichen Dimension empfunden wurden. Wir erklären uns das einerseits damit, dass Behinderung kein öffentliches Thema war. Zum anderen wurden alle DDR-BürgerInnen von klein auf in ihrer persönlichen Entfaltung und Meinungsbildung beschnitten, was wiederum oftmals das Zusammengehörigkeitsgefühl stärkte.

Im Vergleich zur relativ beschränkten Palette der Lebensperspektiven in der DDR ist zwar die Bandbreite unter Westverhältnissen wesentlich größer geworden, aber ebenso haben die sozialen Unterschiede zugenommen. Die westliche Gesellschaft produziert ganz klar ein Oben und Unten und ist viel stärker auf Leistung und Konkurrenz ausgerichtet. Behinderte Menschen haben in dieser Gesellschaft schlechtere Chancen als zu DDR-Zeiten. Vergleichen behinderte Frauen ihre Lebensperspektiven mit denen nichtbehinderter Geschlechtsgenossinnen, dann empfinden sie, dass sie heute stärker behindert und benachteiligt werden. Für die eigene Lebensgestaltung wird die Behinderung ausschlaggebender. Eine positive Veränderung gab es jedoch für die Frauen, die früher nur die Möglichkeit hatten, ihr Leben in einem Alten- und Pflegeheim oder bei den Eltern zu verbringen.

Die meisten Frauen fühlen sich heute in ihrem Frausein weniger akzeptiert. Die westlichen Medien vermitteln im Vergleich zu den DDR-Medien viel stärker, dass sich der Wert einer Frau in erster Linie über Schönheit, Fitness und sexuelle Ausstrahlung bestimmt. Jetzt, wo ein großer Teil der Ostfrauen mit Behinderung erwerbslos ist, können die Frauen wenig mit dem in letzter Zeit immer häufiger verwendeten Werbemotiv einer auf berufliche Karriere orientierten Frau (natürlich auch schön und mit Sex-Appeal ausgestattet) anfangen. In den DDR-Medien wurde die Frau vor allem als Werktätige mit oder ohne Kind dargestellt. Mit diesem Bild konnten sich viele behinderte Frauen identifizieren.

Die Frage, inwieweit Frauen mit Behinderungen in der DDR tatsächlich in Ihrem Frausein wahrgenommen wurden und sich selbst so wahrnahmen, wird heute von den Frauen ganz unterschiedlich beantwortet. Wir sind aber der Auffassung, dass es diesbezüglich keine grundsätzlichen Unterschiede zwischen Ost und West gab bzw. gibt. Frauen waren damals zwar nicht in dieser Massivität einem Schönheitsideal ausgeliefert, aber eine Frau mit Behinderung wurde auch in der DDR nicht selbstverständlich als Frau wahrgenommen. Dafür sprechen beispielsweise die Zahlen aus der Studie von Sabine Kieß(3). Auch in der DDR waren von Geburt an behinderte Frauen weniger oft verheiratet. Frauen, die ihre Behinderung im Erwachsenenalter erwarben, wurden im Vergleich zu nichtbehinderten Frauen wesentlich häufiger geschieden.

Mädchen und Frauen mit Beeinträchtigung wurden damals ähnliche Dinge, wie in anderen Kapiteln dieses Buches beschrieben, mit auf den Weg gegeben. Behinderung wurde auch in der DDR als Defizit angesehen. Wir wurden dazu angehalten, unsere Behinderung zu verstecken, zu kaschieren, durch Leistung oder wohlgefälliges Verhalten zu kompensieren. Wir haben als behinderte Mädchen zu DDR-Zeiten genauso wenig einen positiven Umgang

mit unserem Körper, unserer Sexualität erlernt. So bekam ich (S.S.) beispielsweise vermittelt, für mich sei es ein besonderer Glücksfall, sollte ich einen Partner finden und Kinder bekommen (was von nichtbehinderten Frauen gesellschaftlich erwartet wurde). Deshalb legten meine Eltern und die LehrerInnen in der Sonderschule wohl auch so viel Wert darauf, dass ich einen guten Beruf erlerne, mit dem ich mich identifizieren und selbst für meinen Lebensunterhalt sorgen kann.

Zu DDR-Zeiten fand weder eine kritische Auseinandersetzung mit dem Thema Behinderung, noch mit dem sozialistischen Frauenbild und der Frage, wie sich behinderte Frauen und Mädchen selbst wahrnehmen bzw. wahrgenommen werden, statt. In den Köpfen existierte weiterhin ein negativ besetztes Bild von Behinderung. Die sozialistische Ideologie hat das alte Bild von Behinderung nicht grundlegend verändert. Was den Umgang mit unserem Anderssein, unseren behinderungsbedingten Grenzen und Möglichkeiten und das Erleben unserer Weiblichkeit anbelangt, ähneln sich daher die Erfahrungen in Ost und West.

Was lässt sich nun aus unseren Ausführungen für die Beratung von Ostfrauen ableiten? Die Themen in der Beratung von Frauen, die im Osten groß geworden sind, unterscheiden sich aus unserer Sicht nicht grundlegend von denen der Westfrauen. Wir haben eine Reihe von Ähnlichkeiten aufgezeigt. Und dennoch: Wir sind in einem anderen Gesellschaftssystem groß geworden, mit anderen Normen, Werten und anderen Biographien. Die DDR-Erfahrung lässt ostdeutsche Frauen ihre heutige Lebenssituation sicher oft anders erleben und verarbeiten, als Westfrauen dies in einer vergleichbaren Lage tun. Deshalb ist es aus unserer Sicht wichtig, dass Westberaterinnen sensibel für ostspezifische Hintergründe in den Biographien, Erklärungs- und Verarbeitungsmustern der einzelnen Frauen sind.

Unterschiede in der Beratung gibt es sicherlich, wenn es um das Thema Erwerbstätigkeit bzw. die verlorengegangene Perspektive Beruf geht. Von der Beraterin muss diesbezüglich berücksichtigt werden, dass Berufstätigkeit von den meisten Frauen mit Behinderung als etwas Selbstverständliches angesehen wurde. In der Beratung erwerbsloser ostdeutscher Frauen spielt auch jetzt noch die Verarbeitung dieser verlorengegangenen Identifikationsmöglichkeit eine Rolle.

**Zum Stand der Auseinandersetzung mit dem Thema Frau und Behinderung in den östlichen Bundesländern**

In der DDR gab es – von einigen kleinen Frauengruppen unter dem Deckmantel der Kirche abgesehen – keine Frauenbewegung und kaum ein kritisch geprägtes Frauenbewusstsein unter den Frauen selbst. Ebenfalls gab es bei uns keine Krüppelbewegung oder ähnliches – weder vor noch nach der Wende. Der Gedanke, dass wir als Menschen mit Behinderung selbst um unsere Belange kämpfen und streiten müssen und uns als ExpertInnen in eigener Sache verstehen, ist im Osten viel weniger etabliert als in den Altbundesländern.

Bis zum heutigen Zeitpunkt ist von einer Auseinandersetzung mit dem Thema Frau und Behinderung im Osten der Republik kaum etwas zu spüren. Gegenwärtig ist es für viele behinderte und nichtbehinderte Frauen (noch) befremdend, wenn Frauen sich Raum nehmen, ihre Bedürfnisse und Sichtweisen in den Mittelpunkt stellen.

Die wenigen engagierten Frauen mit Behinderung stehen somit oft vor der Entscheidung, wofür sie vorrangig ihre Kraft einsetzen wollen. Engagieren sie sich auf Gebieten, die sowohl behinderte Männer und als auch Frauen betreffen und zwar im Sinne von Selbstbestimmt Leben (diesbezüglich besteht im Ostteil ein besonders großes Defizit) oder engagieren sie sich für die Belange behinderter Frauen? Und es gibt Frauen, die das Thema Frau und Behinderung aufgreifen, an die Öffentlichkeit und in politische Gremien bringen. Die Zahl der engagierten Frauen ist relativ klein. Meist sind sie vor Ort aktiv und weniger in überregionalen Zusammenhängen. Wenn die Lebenssituation behinderter Frauen öffentlich diskutiert wird, dann geschieht das meist auf Initiative dieser wenigen Frauen hin. Es gibt keine Zusammenschlüsse behinderter Frauen - außer das Berliner Netzwerk, an dem auch Ostberlinerinnen beteiligt sind und das Netzwerk in Sachsen. In Thüringen und Sachsen gibt es jeweils eine Anlaufstelle für behinderte Frauen.

Nur wenige fordern Angebote speziell für behinderte Frauen. Gibt es aber Angebote, die die Lebenssituation von behinderten Frauen aufgreifen, werden diese nach einer anfänglichen Skepsis auch angenommen. So zeigen beispielsweise die Erfahrungen der Kontakt- und Beratungsstelle Suhl, dass Frauen über solche Angebote beginnen, sich mit der Thematik Frau und Behinderung auseinanderzusetzen, für sich neue Perspektiven und eigenverantwortliches Engagement zu entwickeln.

Uns erscheint es vorrangig, dass wir uns als ostdeutsche Frauen zusammentun, unsere Themen und unsere Art der Auseinandersetzung entwickeln.

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

# Beratungsthemen in der Arbeit mit behinderten Mädchen und Frauen

# Identifikation als Frau

## Dinah Radtke

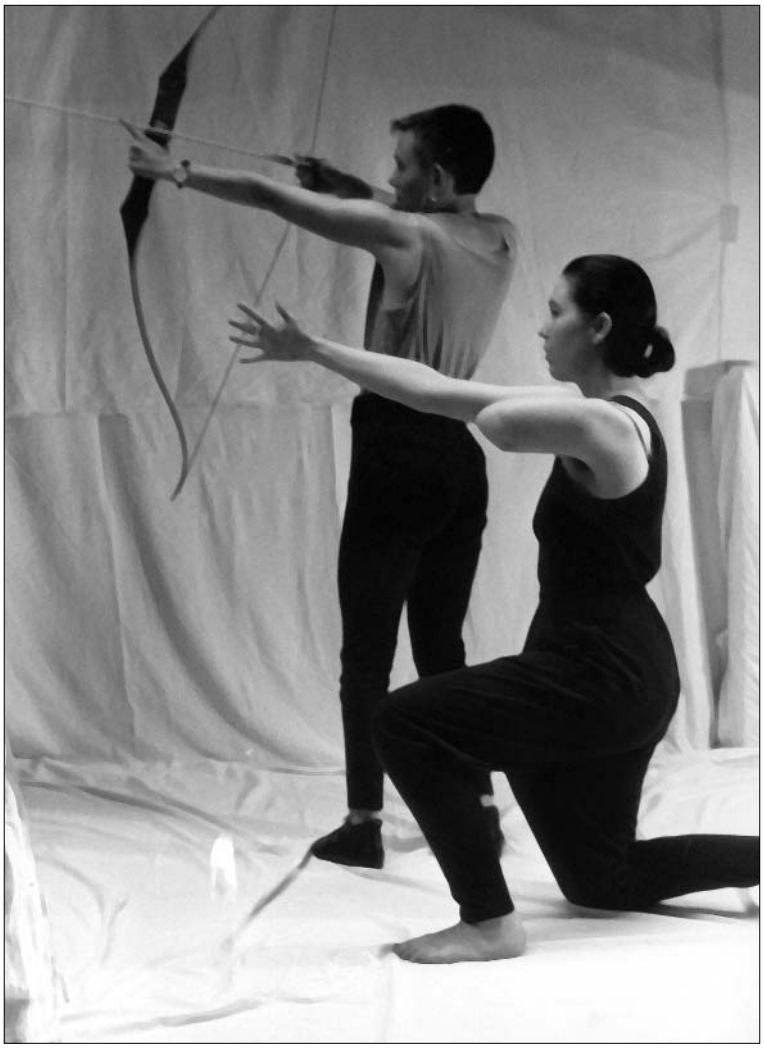
In dieses Kapitel fließen meine Erfahrungen als von Kind an Körperbehinderte ein. Einiges deckt sich mit den Erfahrungen, die sinnesbehinderte oder sogenannte geistig behinderte Frauen machen. Doch an vielen Punkten sind unsere Erfahrungen auch sehr verschieden und müssten gesondert ermittelt und niedergeschrieben werden.

Die Sozialisation behinderter Mädchen verläuft anders, als die nichtbehinderter. Wir behinderten Mädchen wurden oft dazu erzogen, unsere körperlichen „Defizite" so weit wie möglich zu verbergen. Durch das Verstecken unserer „unschönen Körperteile" wurde uns die Verleugnung ganzer Körperteile und unserer Weiblichkeit eingeimpft.
Fatalerweise kann es vorkommen, dass Frauen mit einer weniger sichtbaren körperlichen Behinderung mehr unter ihrem Anders-Sein leiden als Frauen, die ganz offensichtlich körperbehindert sind. All ihre Aufmerksamkeit richtet sich dann darauf, den sogenannten Mangel/Defekt zu verbergen, sei es nun eine Narbe, eine leichte Skoliose oder ähnliches. Dieses Verbergen-Müssen kann ein bestimmender Faktor in ihrem Leben werden und sich nicht nur an Äußerlichkeiten festmachen, dass frau sich z.B. nicht traut, ein enggeschnittenes Kleid oder ein Kleid mit Ausschnitt zu tragen. Es kann so weit gehen, dass frau es nicht wagt, Freundschaften einzugehen oder sich mit behinderten Bekannten in der Öffentlichkeit zu zeigen, weil sie selbst dann ja auch als behindert angesehen werden könnte.
Das negative Selbstbild kann dazu führen, dass sich behinderte Frauen verstecken, um nicht noch mehr in der Öffentlichkeit verletzt zu werden. Andere wiederum wissen, dass sie durch ihr Äußeres immer auffallen werden, selbst wenn sie sich unauffällig anziehen und benehmen. Ist die Behinderung offensichtlich, werden wir in der Öffentlichkeit angestarrt; wir verkörpern etwas, womit Nichtbehinderte nicht konfrontiert werden wollen, weil sie unser Dasein mit Leiden verbinden, das auch ihnen zustoßen könnte.

Doch wie nehmen sich behinderte Frauen selbst wahr? Wie nehmen sie ihre Körper wahr? Wie werden sie wahrgenommen? Ihre Normalität ist eine andere als die der Nichtbehinderten. Für mich hat die Art, wie wir sind, wie wir uns bewegen, eine eigene Schönheit, eine eigene Grazie. So ist es für mich z.B. nichts besonderes, dass ich mich rollend fortbewege. Und ich habe mein Leben dementsprechend organisiert. Aber von außen wird das für mich Selbstverständliche nicht so gesehen. Da bin ich besonders tapfer, und die Leute finden es schön, dass ich „noch so fröhlich bin, obwohl ich so ein schweres Schicksal habe".

Behinderte Mädchen und Frauen finden bisher sehr wenig Unterstützung auf ihrem Weg, sich als Frau – als Frau mit Behinderung – zu erkennen und zu akzeptieren. Für sie gibt es bis jetzt keine bekannten Identifikationsmuster. Die Mütter können sich nicht in ihren behinderten Töchtern wiedererkennen, denn die Behinderung stellt ein zu großes Hindernis dar. Behinderte Frauen können sich auf der anderen Seite auch nicht an ihren Müttern, Schwestern und Freundinnen orientieren, denn selbst mit den größten Anstrengungen werden sie nie so werden, wie diese sind. Das betrifft sowohl die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit als auch die ästhetischen Normvorstellungen. „Für behinderte Frauen gibt es keine positiv besetzten Rollen, aus denen sie

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang



wählen könnten. Ihr Zustand ist gewissermaßen der der Rollenlosigkeit."(1) Entsprechend gibt es auch in Literatur, Film und Fernsehen kaum positive Rollenvorbilder, die es behinderten Frauen ermöglichen, sich mit ihnen zu identifizieren. Es werden meist nur fitte Männer mit Querschnittslähmung gezeigt, die mutig und unverdrossen mit einer nichtbehinderten Partnerin durchs Leben rollen. Falls behinderte Frauen im Rollstuhl gezeigt werden, so nur junge attraktive Frauen, die Karriere machen und für die es nicht schwierig ist, Beziehungen zu haben. Oder es werden asexuelle Frauen dargestellt, die liebevoll umsorgt, aber nicht ernst genommen werden müssen. Uns wird nicht zugetraut, die Rolle der Geliebten, der treusorgenden Ehefrau, der Mutter, der Karrierefrau erfüllen zu können. Uns wird permanent das Gefühl vermittelt, nie genügen zu können.

Wo bleiben behinderte Frauen in diesem Dschungel voller Hindernisse, vereitelter Wünsche und Hoffnungen?
Behinderte Frauen, die meistens die Normen und der Ästhetik der Nichtbehinderten verinnerlicht haben, müssen weiter daran arbeiten, ein anderes Image von sich selbst zu schaffen, ein anderes, positives Bild, in dem Behinderung nicht immer mit Leid gleichgesetzt wird.

Es ist wichtig, dass wir die Normen von Schönheit und Attraktivität hinterfragen – behinderte Frauen können diesem Idealbild niemals entsprechen – übrigens, welche Frau kann das schon? Tagtäglich bekommen wir durch die Medien ein Bild vermittelt, wie die ideale Frau auszusehen hat. Sie ist natürlich nichtbehindert, jung und hat eine weiße Hautfarbe. Je größer unsere Beeinträchtigung ist, desto weiter sind wir von diesem Idealbild entfernt. Auch die meisten nichtbehinderten Frauen versuchen, diesem Idealbild mehr oder weniger bewusst nachzueifern. Der Unterschied ist nur, dass es ihnen vielleicht gelingen kann, durch Schlankheitskuren, Kosmetik, schicke Kleidung. Behinderten Frauen kann dieses aber nie gelingen, weil sie einfach anders aussehen. Sie können sich aber erst von den Normen befreien, wenn sie anfangen, die gesellschaftlichen Zusammenhänge zu fühlen und zu verstehen und sich dagegen wehren.

Gerade in der Beratungsarbeit stoßen wir immer wieder auf das Thema des negativen Selbstbildes. Behinderte Frauen trauen sich oft sehr wenig zu und fühlen sich minderwertig. Unsere Aufgabe ist es dann, gemeinsam mit der ratsuchenden Frau an einem positiven Bild von sich selbst zu arbeiten. Dies können wir tun, indem wir ihren Blick immer wieder auf ihre Fähigkeiten lenken, auf das, was sie gut kann. Oft eignet sich auch die Arbeit in der Gruppe sehr gut für behinderte Mädchen und Frauen, um sich gegenseitig zu bestärken und die eigene Wahrnehmung positiv zu verändern.

Da sich behinderte Frauen nicht mit nichtbehinderten Frauen identifizieren können, müssen sie sich eine eigene Identifikation als Frau aufbauen. Dies geht nicht ohne schmerzliche Prozesse, in denen immer wieder um den Verlust von Fähigkeiten getrauert und um die Akzeptanz der eigenen Behinderung gerungen wird. Behinderte Frauen können lernen, sich nicht immer nach dem zu bewerten, was sie nicht haben oder was sie nicht so schön an sich finden. Sie können lernen, ihre Fähigkeiten und positiven Seiten zu erkennen und ihre Möglichkeiten zu erweitern und zu nutzen. Behinderung gehört zum Leben. Es wird Zeit, dass wir sie nicht nur negativ bewerten. Anders-Sein zu akzeptieren, kann für alle die Freiheit von zu engen, gesellschaftlich anerkannten Normen bedeuten. Für behinderte Frauen bedeutet es eine Chance, sich von den Normen zu befreien und gleichberechtigt zu leben.

Bei diesem Prozess können wir sie in der Beratung aktiv unterstützen.

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

# Anpassung um welchen Preis? Als Mädchen mit einer Sehbehinderung

Birgit Schopmans

**Krankenhaus**

„Wir müssen auf jeden Fall operieren, sonst wird Ihre Tochter erblinden."
Ich bin Jahrgang 1965. Da meine ältere Schwester auch eine angeborene Sehbehinderung hat, wurde bei mir schon mit sechs Wochen die Augenkrankheit Glaukom festgestellt. Dabei handelt es sich um eine Augenerkrankung, die fortschreitend ist. Erhöhter Augeninnendruck kann nach und nach zum Absterben des Sehnervs und damit zur Erblindung führen. Diese Behinderung hat meine Kindheit und Jugendzeit stark geprägt.

Da ich als Kleinkind noch annähernd normal gesehen habe, mein Sehen jedoch durch den erhöhten Augendruck häufig auf der Kippe stand, hatten meine Eltern immer wieder zu entscheiden, ob eine Operation vorgenommen werden soll oder nicht. Abwägung von Risiken und Chancen. Die Ärztinnen übten einen enormen Druck aus, zu operieren. Die Äußerung: „Wir müssen auf jeden Fall operieren, sonst wird ihre Tochter erblinden", brachte meine Eltern immer wieder dazu, schnell zu entscheiden. In dieser Zeit verbrachte ich teilweise mehrmals im Jahr Wochen oder Monate im Krankenhaus. Ich lebte mich zwar immer wieder schnell dort ein, erinnere mich jedoch noch gut an die traurigen Abschiedsszenen, wenn meine Eltern nach der Besuchszeit am Sonntag wieder wegmussten.

Im Krankenhaus erlebte ich auch oft unangenehme Situationen, in denen ich Anschauungsobjekt für ÄrztInnen und StudentInnen war. Dabei wurde von meinen Augen wie über ein Ding – etwas, das kaputt ist und repariert werden muss – gesprochen. So durfte eine Schar von StudentInnen meine Augen begutachten, mit einer grellen Lampe hineinleuchten und so darüber sprechen, dass ich nichts verstand. Die 17 Augenoperationen, die bis zu meiner Einschulung an mir vorgenommen wurden, konnten eine kontinuierliche Verschlechterung meines Sehens nicht verhindern. Vielleicht haben sie dies sogar beschleunigt, doch nachweisen können wir „den Göttern in Weiß" nichts. Im Nachhinein habe ich die Vermutung, dass ich für die Ärzteschaft als „Versuchskaninchen" für die neuesten Operationsmethoden im Bereich Glaukom herhalten musste.
Zu forschen und neue Methoden auszuprobieren, ist im medizinischen Bereich sicherlich notwendig. Grundvoraussetzung muss jedoch sein, dass die betreffenden Personen darüber informiert und damit einverstanden sind. Und auch dann sind sie kein Forschungsobjekt. Sie müssen als mündige Personen wahrgenommen und respektiert – und dementsprechend in die Behandlungen und Entscheidungen einbezogen werden.

**Lebenspraktische Fertigkeiten und Mobilitätstraining**

Wann nutze ich diese Fähigkeiten und in welchen Situationen will oder muss ich Hilfe in Anspruch nehmen?

In meiner Schulzeit, in den 70ern und Anfang der 80er, war das Bild von Behinderung defizitorientiert, die „Aktion-Sorgenkind-Mentalität" war weit verbreitet. Die Aussonderung von Menschen mit Behinderungen „von der Wiege bis zur Bahre" hatte Hochkonjunktur.

So habe auch ich die typische Sonderschulkarriere hinter mir. Bis auf das 1. Schuljahr Regelschule besuchte ich nur Sehbehinderten- und Blindenschulen.

Erst als ich mit 15 auf ein Gymnasium für Blinde und Sehbehinderte nach Marburg kam, lernte ich, mich selbstständig im Straßenverkehr zurechtzufinden. So wurde mir im Rahmen des Mobilitätstrainings das Gehen mit dem Blindenstock vermittelt. Auch trainierte ich, eigenständig Bus zu fahren. Ich lernte zudem, Ampeln ohne Signalton für Blinde nach Gehör zu benutzen. Durch Beobachtung des Verkehrsflusses kann ich feststellen, wann die betreffende Ampel grün hat.
Zu den „Lebenspraktischen Fertigkeiten", die wir in Marburg zur Verwirklichung einer unabhängigen Lebensführung erlernten, gehörte u.a. einkaufen, kochen und putzen, also Haushaltsführung. So wurde etwa vermittelt, was es heißt, als blinder oder sehbehinderter Mensch einkaufen zu gehen. Wir prägten uns den Aufbau eines Lebensmittelladens ein, merkten uns, wo alles steht, so dass wir selbst die Ware aus den Regalen holen konnten. Bei Produkten, die nicht eindeutig sind – etwa Dosen – sollten wir jemanden im Laden fragen.

Mit diesen Fähigkeiten setzten wir SchülerInnen uns unter einen großen Leistungsdruck und traten in Konkurrenz zueinander. Blinde bzw. sehbehinderte MitschülerInnen, die sich im Lebensmittelladen von einer Verkäuferin alle Produkte heraussuchen ließen, waren schlecht angesehen. Oder Taxifahren in fremden Gegenden war ein Ausdruck von Unselbstständigkeit. Ich hatte diesen Leistungsdruck auch noch lange nach meiner Schulzeit verinnerlicht. So wollte ich etwa eine Freundin das erste Mal besuchen und ließ mir den Weg erklären. Obwohl die Beschreibung nicht auf die Orientierung blinder Menschen ausgerichtet war, begab ich mich abends auf die Suche nach ihrer Wohnung. Nach einer Stunde beschloss ich endlich, irgendwo zu klingeln und mich zur Wohnung bringen zu lassen. Erst nach dieser Erfahrung habe ich häufiger in fremder Umgebung ein Taxi genommen. Lange fand ich es auch nicht gut, dass in Marburg fast jede Ampel mit Signalton für Blinde ausgestattet ist. So würde uns doch für andere Städte die Übung fehlen, Ampelphasen nach dem Verkehrsfluss herauszuhören. Warum habe ich statt dessen nicht gefordert, dass alle Ampeln blindengerecht ausgestattet sein müssen?

Zu meiner Schulzeit war es nicht Teil des pädagogischen Konzeptes der Einrichtungen für blinde und sehbehinderte SchülerInnen, zusätzlich zu den notwendigen lebenspraktischen Fertigkeiten und dem Mobilitätstraining, einen angemessenen Umgang mit diesen Techniken zu vermitteln. Wir lernten nicht, zu unterscheiden, wann wir diese Fähigkeiten nutzen und in welchen Situationen es – je nach persönlicher Tagesverfassung sowie abhängig von den momentanen familiären und/oder beruflichen Anforderungen – entlastend sein kann, Hilfe in Anspruch zu nehmen (ob bezahlt oder nicht, sei hier dahingestellt). So lernten wir schon früh, uns so weit wie möglich an die Leistungsnormen der sehenden Umwelt anzupassen, egal mit welchem zeitlichen oder kräftemäßigen Mehraufwand.
Aufgrund der Kritik der Betroffenen findet inzwischen in diesen Einrichtungen langsam ein Umdenken in diesem Punkt statt.

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

**Zum äußeren Erscheinungsbild – Schminkkurs für blinde Mädchen**
Die Anpassung an herrschende Schönheitsnormen ist nur die logische Konsequenz aus der zuvor beschriebenen Grundhaltung. Wir blinde und sehbehinderte Mädchen sollten möglichst wie „richtige", d.h. nichtbehinderte Mädchen aussehen. Besonders schicke Kleidung sollte von der Behinderung ablenken. Bei einem abweichenden Aussehen der Augen wurde häufig zu einer dunklen Brille geraten, um dies zu kaschieren (letzteres bezieht sich auch auf blinde Jungen/Männer). In meiner Marburger Schulzeit gab es ein ganz besonderes Angebot: nämlich den Schminkkurs für blinde Mädchen. Obwohl ich mich zu dieser Zeit noch nicht kritisch mit der gesellschaftlichen Sicht von Behinderung auseinandergesetzt hatte, fand ich ein solches Angebot schon damals absurd. Sollte ich mich etwa der Lächerlichkeit aussetzen, mit verschmierten Gesicht herumzulaufen, da ich nicht selbst überprüfen kann, ob etwa der Lippenstift oder die Wimperntusche im Laufe des Tages verwischte?
Ich bin nicht der Ansicht, dass das Aussehen behinderter Mädchen keine Rolle spielen darf. Jedoch muss jedes Mädchen mit Behinderung – genauso wie jedes nichtbehinderte Mädchen – für sich selbst entscheiden können, wie wichtig ihr ein „attraktives" Äußeres ist.

**Vorbereitung auf den Beruf**
„Für mich gab es im Vergleich zu meinen nichtbehinderten Freundinnen eine stärkere Ausrichtung auf eine gute Berufsausbildung oder ein Studium."

Als Mädchen habe ich von meinen Eltern und der Umwelt nicht direkt vermittelt bekommen, dass ich später wohl keine Familie gründen sollte. Jedoch wurde ich auch nicht wie andere Mädchen darauf vorbereitet. Das Thema ist, wenn möglich, vermieden worden. Statt dessen gab es im Vergleich zu meinen nichtbehinderten Freundinnen eine stärkere Ausrichtung auf eine gute Berufsausbildung. Auch Abitur und ein späteres Studium wurden schon früh von meinen Eltern und mir angestrebt.

In den Sehbehinderten- und Blindenschulen, die ich besuchte, wurden wir dahingehend auf den Beruf vorbereitet, dass wir als Blinde immer mehr leisten müssten, um bei den nichtbehinderten KollegInnen anerkannt zu sein. Diese PädagogInnenmeinung ging auch an mir nicht spurlos vorbei. So musste ich mich gerade zu Beginn meiner Berufstätigkeit mit eigenen, überzogenen Leistungsanforderungen auseinandersetzen, die eher hinderlich für die Arbeit waren.

**Rückblick**
„Als Mädchen haben mir behinderte Frauen als Rollenmodelle für meine Lebensgestaltung gefehlt."

Wie die meisten behinderten Mädchen bin ich mit dem Gefühl aufgewachsen, an mir würde etwas nicht stimmen. Ich lernte schon früh, die Behinderung – mein „Defizit" – auszugleichen, etwa durch gute Schulleistungen oder durch ein besonders witziges Auftreten, indem ich den Clown spielte. Um ein gutes Gefühl zu mir als Mädchen mit einer Sehbehinderung zu bekommen, haben mir lange positive Rollenmodelle gefehlt.
Aufgrund meiner Erfahrungen kann ich rückblickend sagen, dass ein Beratungs- und Unterstützungsangebot für behinderte Mädchen – mit selbst behinderten Frauen als Beraterinnen – sehr wichtig ist. Mit einem solchen Angebot können behinderte Mädchen bei der Entwicklung eines positiven Selbstwertgefühls und durch Rollenmodelle für die eigene Lebensgestaltung unterstützt werden. Ein solches Angebot hat mir als Mädchen gefehlt.

# Die Auswirkungen von Therapien und Trainings auf das Selbstverständnis behinderter Frauen

Brigitte Faber

Es gibt heute eine Vielzahl von „Angeboten", deren Schwerpunkt auf der Behebung oder Verringerung unterschiedlicher Funktionsbeeinträchtigungen liegt, so z.B. Krankengymnastik für körperbehinderte, Mobilitätstraining für blinde oder sehbehinderte, Lautsprachetraining für gehörlose, Selbstständigkeitstraining für sogenannt geistig behinderte Mädchen und Frauen. Darüber hinaus gibt es Therapien, die verschiedene Ebenen einer Funktionsbeeinträchtigung berücksichtigen, wie z.B. die Ergotherapie. Ein weiteres Therapieangebot besteht in vielfältigen Operationsmöglichkeiten oder dem Anpassen orthopädischer Hilfsmittel wie z.B. Schienen und Korsetts.

Stark vereinfacht kann ihr jeweiliger Arbeitsauftrag nach zwei Hauptzielen unterteilt werden: die Herstellung, bzw. Rückerlangung von Fähigkeiten, bzw. die Korrektur des äußeren Erscheinungsbildes und den Erhalt des momentanen Zustandes.
Bei Therapien und Trainings, die den momentanen Zustand erhalten sollen, ist die Botschaft „Du bist gut, so wie Du bist und das soll auch so bleiben."
Dagegen werten Therapien und Trainings, deren Ziel eine Veränderung bzw. Verbesserung des jetzigen Zustandes ist, allein aufgrund ihres Arbeitsauftrages ein behinderungsbedingtes Anders-Sein erst einmal ab. Da sie Defizite aufheben oder ausgleichen sollen, orientieren sie sich am Mangel und messen Erfolge in der Annäherung an eine „Standard-Normalität". Selbst wenn ihnen generell ein positives Bild von einem Leben mit Behinderung zugrunde liegen sollte, ist ihre unterschwellige Botschaft: „Du bist noch nicht gut genug, ... du bist noch nicht ‚normal' genug". Mit dieser Form der Therapie/des Trainings sehen sich oft Mädchen mit einer angeborenen oder früh erworbenen Behinderung sowie Frauen mit einer „frischen" Behinderung konfrontiert. Dabei kann gerade in jungen Jahren ein enormer Leistungsdruck in Richtung „Normalisierung" bestehen, da in dieser Zeit das größte Veränderungspotential gesehen wird.
Eine weitere Schwierigkeit besteht darin, dass TherapeutInnen und TrainerInnen zumeist Menschen ohne Behinderung sind. Für sie stellt ein Leben mit einer Behinderung, verglichen mit ihrem eigenen unbehinderten „Normalzustand", fast zwingend eine Verschlechterung der persönlichen Situation dar. Bekräftigt wird diese Einstellung durch ein gesellschaftliches sowie räumliches Umfeld, dass für Menschen mit Behinderung in der Tat vielfältige Barrieren und Benachteiligungen bereithält. Die Behinderung im Interesse aller zu beseitigen, ist somit erklärtes Ziel von Trainings und Therapien. Dabei geht es nicht nur um die Beseitigung von Funktionseinschränkungen, sondern auch um die Angleichung des äußeren Erscheinungsbildes an die Normalität. So scheint eine — wenn auch mühsame — Fortbewegung an Krücken erstrebenswerter als eine behende Fahrt im Rollstuhl, die Nutzung von Armprothesen erstrebenswerter als das Nutzen der Füße zum Essen, Tippen oder Rauchen, das Erlernen der Lautsprache erstrebenswerter als die Aneignung anderer Kommunikationsformen.
In diesem Anspruch spiegelt sich die Realität einer Gesellschaft wider, die sich bei aller proklamierten Offenheit und Toleranz mit Abweichungen von der Norm schwer tut.

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

Was eine „Heilung" im Sinne der Herstellung einer „Normalität" angeht, so sind diese Ansprüche nicht nur auf Seiten der „Fachleute" vorhanden. Gerade Eltern mit einem behinderten Kind oder Erwachsene mit einer Spätbehinderung erhoffen sich von allen Maßnahmen zumeist die Herstellung der größtmöglichen Normalität bzw. Unauffälligkeit. Diese Hoffnung ist im Hinblick auf die Barrieren, mit denen Menschen mit Behinderung und deren Angehörige konfrontiert sind, auch durchaus verständlich.

**Eltern als Co-TherapeutInnen**

Um alles nur Mögliche zu unternehmen, die Mädchen optimal zu fördern, werden oft die Eltern — in der Regel die Mütter — als Co-Therapeutinnen eingesetzt. Gerade wenn die Übungen von den Mädchen abgelehnt werden oder sie mit Schmerzen verbunden sind, geraten Mütter in einen unlösbaren Konflikt. Um die Therapie durchzuführen, müssen sie die Bedürfnisse ihrer Töchter zum Teil rigoros übergehen und/oder ihnen Schmerz zufügen. Ein schlechtes Gewissen ist ihnen dabei allemal sicher: entweder, weil sie ihre Töchter mit den Übungen drangsalieren, oder — falls sie die Übungen nicht konsequent genug durchführen — weil sie nicht genug für die „Gesundheit" ihrer Töchter tun und somit mitschuldig sind, sollte die erhoffte Heilung ausbleiben. Hinzu kommt, dass die Eltern durch die Beteiligung an der Therapie in der negativen Betrachtung des behinderungsbedingten Anders-Seins ihrer Töchter bestärkt werden.
Die Mädchen erfahren ihre Eltern bzw. ihre Mutter bereits sehr früh als Verursacherin von Unbehagen und Schmerz, und mit zunehmenden Alter auch als „verlängerten Arm" von Institutionen. Für sie kann der Eindruck entstehen, dass sich die Eltern, sobald es um ihre Behinderung geht, mit außenstehenden Personen sowie mit Institutionen „verbünden".

Der Aufbau einer vertrauensvollen Eltern-Kind- bzw. Mutter-Tochter-Beziehung ist unter diesen Bedingungen zumindest erschwert und kann eine nachhaltige Störung erfahren.

Im Folgenden werden exemplarisch einige kritische Punkte sowie positive Ansätze anhand von zwei Therapieformen konkreter dargestellt.

**Als Beispiel: Krankengymnastik, Physiotherapie**

Die häufigste Form der Therapie, abgesehen von Operationen und orthopädischen Maßnahmen, ist wohl die der Krankengymnastik oder Physiotherapie. Neben häufigen Krankenhausaufenthalten hat sie vermutlich auch die stärksten Auswirkungen auf das Körpergefühl.
Begrenzte Zeitvorgaben und die Zielorientierung der Angleichung an die Norm lassen den TherapeutInnen zumeist wenig Raum für eine ganzheitliche Akzeptanz der Mädchen mit ihren Schamgefühlen, ihrer Angst und ihren Schmerzen. So wird z.B. das Entkleiden vor fremden Personen für die Mädchen mit der Zeit zur Routine. Ebenso selbstverständlich wird es für sie, von fremden Menschen an verschiedenen Körperteilen angefasst zu werden. Die Mädchen lernen, ihre Empfindungen in der Therapie abzulegen, die eigene Sexualität gerade auch in Zeiten der Pubertät, zu negieren, sich selbst als Neutrum wahrzunehmen und andere über sich und ihren Körper verfügen/entscheiden zu lassen. Sie lernen außerdem, dass andere „zu ihrem eigenen Besten" das „Recht" haben, ihnen Schmerzen und Unbehagen zuzufügen und ihre Intimgrenzen zu überschreiten. Viele Frauen sprechen im Nachhinein davon, dass sie die Krankengymnastik über sich haben ergehen lassen.

**Als Beispiel: Sprachheiltherapie**

Der menschlichen Kommunikation mittels Sprache kommt ein hoher Stellenwert zu. Menschen, die sich nicht lautsprachlich äußern können, bleiben von Informationen ausgeschlossen, ihnen wird meist generell wenig zugetraut, im schlimmsten Fall werden ihnen sogar Empfindungen teilweise abgesprochen. Dementsprechend bemühen sich Therapien und Trainings, Menschen mit Sprachstörungen sowie gehörlosen Menschen die Lautsprache bestmöglich beizubringen.

Doch indem das Hauptaugenmerk auf der klassischen fehlerfreien lautsprachlichen Äußerung liegt, statt individuelle Formen der Kommunikation zu stärken, tritt bei vielen Mädchen die Hemmung vor der sprachlichen Äußerung ein. Sie trauen sich nicht mehr zu sprechen, weil sie wissen, dass sie „falsch" sprechen. Hier wäre es wichtig, sie zu unterstützen, ihren Kommunikationsweg selbstbewusst zu gehen.

Die Lautsprache ist eine, wenn auch ganz wesentliche Form der menschlichen Kommunikation, darüber hinaus bestehen weitere vielfältige Möglichkeiten.

Neue Wege beschreitet auf diesem Feld die Unterstützte Kommunikation. Hier liegt der Schwerpunkt darauf, Kommunikation anzubahnen und zu ermöglichen, egal wie und mit welchen Hilfsmitteln.

Sprache, und ganz allgemein Kommunikation, dient noch vor der Verständigung dem Einfordern von Bedürfnissen und in hohem Maß der Abgrenzung. Nein-Sagen ist ein wichtiger Schritt für die Entwicklung einer eigenen Identität. Dabei ist es unabhängig, ob das Nein selbst verbal oder mittels einer Zeige-Tafel, einer Gebärde oder eines Talkers geäußert wird. Wichtig ist vielmehr, dass alle Menschen die Möglichkeit erhalten, sich zu verweigern und in ihrer Weigerung ernst genommen werden, ebenso wie es wichtig ist, Bedürfnisse äußern zu können und darin ernst genommen zu werden.

Denn erst über eine Akzeptanz von Ja und Nein können sich Menschen als handelnde Individuen mit einem Einfluss auf ihre Umwelt erfahren und Kommunikation als eine Möglichkeit der Einflussnahme begreifen.

Eine junge Frau, bis dahin ohne lautsprachliche Äußerungen und mit einer auch körperlich sehr eingeschränkten Kommunikationsmöglichkeit, erhielt mit Unterstützung einer Logopädin einen Talker mit einer „Ja"- und einer „Nein"- Taste. Den folgenden Monat machte sie ausgiebigen und fast ausschließlichen Gebrauch von der „Nein"-Taste. Selbst ihre Lieblingsspeisen und –getränke lehnte sie ab. Ihre Ablehnung wurde akzeptiert. In der Folgezeit benutzte die junge Frau erst selten und dann immer häufiger auch die „Ja"-Taste. Heute nutzt sie die „Ja"- und „Nein"– sowie weitere Tasten ihren Wünschen entsprechend und beginnt, sich auch lautsprachlich zu äußern.

Da ein „Nein" einen reibungslosen Therapie- bzw. Tagesablauf für alle Beteiligten erst einmal erschwert, ist die Versuchung groß, die Verweigerung zu übergehen oder zu sanktionieren. Und auch hier gilt es, nicht unbewusst den leider immer noch gängigen Klischees aufzusitzen, und bei Mädchen eher Bravsein und Angepasstheit zu erwarten und zu fördern. Insbesondere vor dem Hintergrund der sexualisierten Gewalt ist es für Mädchen elementar, gelernt zu haben, Nein sagen zu können und zu müssen.

**Fazit**

Die Ausführungen haben gezeigt, dass Therapien und Trainings eine elementare Rolle in der Sozialisation von Mädchen mit Behinderung spielen können. Eingespannt in vielfältige Therapien und Trainings erleben Mädchen und Frauen mit Behinderung die eigene Ohnmacht. Die Mädchen erlernen früh, dass ihre Wünsche und Empfindungen zu „ihrem eigenen Besten" übergangen wer-

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

den. Sie erlernen früh, dass das Maß aller Dinge die Welt der nichtbehinderten Menschen ist, dass sie von daher immer „Mängelwesen" bleiben werden. Je nach dem zeitlichem Umfang fehlt den Mädchen die Möglichkeit, in Spielen die eigenen Fähigkeiten und Grenzen auszuprobieren und sich als handelnde, eigenverantwortliche Personen zu erleben.
Die Entwicklung eines positiven Körpergefühls, von Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen, die Übernahme von Eigenverantwortlichkeit und die Durchsetzung eigener Bedürfnisse und Positionen gegenüber nichtbehinderten Personen, und gerade auch gegenüber „Fachleuten", wird dadurch sehr erschwert bis verhindert.
Von klein auf an Grenzüberschreitungen gewöhnt, werden diese häufig auch im Erwachsenenalter nicht als solche wahrgenommen. Überwiegend erfahrene Ohnmacht und Fremdbestimmung machen wehrlos gegenüber Diskriminierung und Gewalt jeglicher Art.

Therapien und Trainings können sehr hilfreich sein, wie das Beispiel der jungen Frau mit dem Talker zeigt. Dazu ist es jedoch notwendig, dass sie tatsächlich im Dienst der Mädchen und Frauen mit Behinderung stehen und sich an ihren Bedürfnissen im Sinne einer Verbesserung ihrer Situation orientieren. Von den Teilnehmerinnen der Weiterbildung wurden folgende Haltungen als eine wünschenswerte Grundlage von Therapien und Trainings herausgearbeitet:

- Abschied von den Normvorstellungen, Entwicklung hin zu einer Akzeptanz der Vielfalt
- ganzheitlicher Ansatz
- weiterhin verstärkte Orientierung am Potential
- Achtung der Person
- Achtung der Intimsphäre
- Anerkennung der Kompetenz und Zuständigkeit jeder Person über den eigenen Körper

**In der Beratung:**

> Die Beratung kann ein Ort sein, an dem die Ängste, Unsicherheiten und Verletzungen und auch die Wut, Trauer und Ablehnung zur Sprache kommen und ernst genommen werden. Als Beraterinnen können wir die Mädchen und Frauen darin unterstützen, sich selbst so wie sie sind, anzunehmen. Wir können den dominierenden Eindruck des Mangels relativieren und den Blick auf die Fähigkeiten und Potentiale lenken. Wir können die Mädchen und Frauen darin bestärken, ihren Wahrnehmungen und Gefühlen zu trauen, ihre Wünsche und Ziele zu erkennen und zu verfolgen und können herausarbeiten, welche Therapien und Trainings zu deren Verwirklichung hilfreich sein können.

Die Frage, welche Therapien und Trainings auf welche Art und in welchem Umfang tatsächlich den Mädchen und Frauen mit Behinderung dienen, wird immer schwierig zu beantworten sein. Die Einschätzung, ob eine Operation tatsächlich nötig ist, eine schmerzhafte oder zeitaufwendige Therapie sich später „auszahlt", überfordert „Laien" meist völlig. Doch eine Garantie auf die richtige Entscheidung gibt es auch für „Fachleute" nicht. Ein kritisches Hinterfragen der gängigen Leistungs- und Schönheitsnormen kann auch in diesen Zusammenhängen allemal hilfreich sein.

Es gilt daher immer, Vor- und Nachteile herauszuarbeiten und abzuwägen und die individuellen Lebensentwürfe als Grundlage für Entscheidungen zu nehmen. Ebenso ist es wichtig, weitere mögliche Motive für Entscheidungen anzusprechen, z.B.: Welche Rolle spielt die Angst vor den Reaktionen der Umwelt? Welche Benachteiligungen aufgrund der Behinderung werden befürchtet?

Sehr junge Mädchen können die Entscheidung für oder gegen eine Therapie nicht alleine tragen. Hier sind die — häufig verunsicherten — Eltern gefragt. Bei der Beratung von Eltern ist es ebenfalls wichtig, ihre Ängste und Sorgen ernst zu nehmen und sie darin zu unterstützen, ihren Empfindungen zu trauen. Gleichzeitig müssen sie darin bekräftigt werden, ihre Tochter als Persönlichkeit zu sehen. Manchmal kann weniger auch mehr sein. Sich als Elternteil gegen eine Therapieform auszusprechen, bedeutet jedoch sehr viel Kraft aufwenden und gleichzeitig mit den Ängsten fertig werden zu müssen, vielleicht doch die falsche Entscheidung getroffen zu haben. Bei diesem Prozess ist eine intensive Unterstützung notwendig. Sofern eine weitere Unterstützung gewährleistet ist, kann die Aufgabe einer Beratung auch darin bestehen, alle Beteiligten zu ermutigen, auch ungewöhnliche Wege zu beschreiten.

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

# Das Körperbild behinderter Frauen

Claudia Franziska Bruner

Körperlichkeit und Sexualität sind zwei Begriffe, die untrennbar zusammengehören: „Körperlicher Ausdruck ist eng mit Sexualität verbunden. Sexualität ist nur über den Körper erfahrbar, sowohl im emotionalen Bereich, als auch in den konkret ‚fassbaren' Erfahrungen mit sich selbst und in der Interaktion. Körperlichkeit spielt eine große Rolle in der Ermöglichung von sexueller Interaktion."(1) Wie lässt sich der Begriff Körperlichkeit fassen? Bielefeld (1986) verwendet den übergeordneten Begriff der Körpererfahrung und meint damit „... die Gesamtheit aller im Verlauf der individuellen wie gesellschaftlichen Entwicklung erworbenen Erfahrungen mit dem eigenen Körper, die sowohl kognitiv wie affektiv, bewusst wie unbewusst sein können."(2) Die Bewertung des Befindens oder des Aussehens stehen in engem Zusammenhang mit den Erfahrungen und der Bewertung des Selbst. „Aus der Entwicklungsperspektive betrachtet, stellen Erfahrungsdaten vom eigenen Körper also grundlegende Elemente der Selbsterfahrung dar. Diese Verwurzelung im eigenen Körper ist wesentlich für die personale Identität."(3) Damit ist das Verhältnis zum eigenen Körper einer der fundamentalsten Aspekte des Lebens. Die oben genannten Erfahrungsdaten sind abhängig vom Wissen über den Körper und seine Funktionen sowie von vielfältigen Möglichkeiten, den eigenen Körper im Sozialisationskontext zu erproben. Erst dann können die Erfahrungen in das Selbstkonzept integriert werden.(4) Bei der Betrachtung dieser Zusammenhänge und Wechselwirkungen wird deutlich, dass für Mädchen und Frauen mit Behinderungen die Möglichkeiten, ein positives Körperbild und Selbstkonzept zu entwickeln, durch alle Sozialisationsinstanzen häufig stark eingegrenzt werden – dabei spielen für sie Art und Schwere der Behinderung, aber auch konkrete beziehungsweise diffuse Vorstellungen und Ängste zur Sexualität behinderter Mädchen und Frauen eine Rolle. „Weiter definiert jede Gesellschaft eine Idealnorm, die angibt, wie der ideale Körper auszusehen hat. Der eigene Körper wird nun ständig mit Durchschnittsnorm und Idealnorm verglichen und an diesen Maßstäben gemessen, so dass die Bewertung des eigenen Körpers als Realbild relationale Informationen über den Grad der Übereinstimmung von Real- und Idealbild enthält"(5). Dies verweist auf die Unmöglichkeit, unabhängig von sozialen und gesellschaftlichen Vorgaben ein Bild vom eigenen Körper aufbauen zu können. „Der Körper ist immer auch ein sozialer und kultureller Körper und damit Träger von sozialen und kulturellen Symbolen und Elementen der Gesellschaft, in der er existiert."(6)

# Das Körpergefühl behinderter Mädchen und Frauen

Dinah Radtke

Frauen mit einer Behinderung sind oft in ein Netz von Abhängigkeiten verstrickt. Sie fühlen häufig eine große Hilflosigkeit. Viele von ihnen sind abhängig von der Hilfe anderer Personen. Ihre Abhängigkeit kann ausgenutzt werden. Behinderte Frauen können zum Objekt werden, das kein Geschlecht hat, weil die Behinderung im Vordergrund steht. Behinderte Frauen müssen zum Teil gewaschen werden, müssen auf die Toilette gesetzt, an- und ausgezogen werden. Dabei können Grenzverletzungen geschehen. Das Schamgefühl wird verletzt. Im Pflegebetrieb ist für Gefühle keine Zeit, für ein Mitspracherecht, auch wenn es um den eigenen Körper geht, meist auch nicht. Die Pflege muss im Minutentakt durchgeführt werden, das Personal ist gehetzt. Kritik daran wird mit dem Argument abgewehrt, dass nicht genug Geld da ist, um mehr Personal für eine menschlichere Pflege einzustellen. Besonders in Institutionen kommt es vor, dass Toiletten- und Zimmertüren offenstehen, die Bewohnerinnen dauernd mit wechselndem Personal konfrontiert werden. Das Bloßstellen des eigenen Körpers vor dem Fachpersonal und ÄrztInnen wird erwartet und zur Routine.
Dieser Umgang mit ihrem Körper lässt kein positives Körpergefühl entstehen. Schon bald lehnen behinderte Frauen ihren Körper oder Teile von ihm ab.
Die Ablehnung wird noch durch die Werturteile anderer Menschen verstärkt.
*„Ein entstellter Körper wird als unästhetisch empfunden. Je näher eine körperliche Abweichung dem Gesicht ist, desto eher wird eine Person als ‚unschön' bezeichnet. Dass das Ästhetikempfinden gegenüber Menschen nicht einfach ein Wissen um das Schöne an sich ist, sondern dass dahinter auch Sexualphantasien und Ängste vor Körperverletzungen und Vergänglichkeit stehen, das trifft uns behinderte Frauen im besonderen Maße. Denn stärker als Männer werden Frauen nicht zuletzt dank der Massenmedien durch Schönheitsideale und sexuelle Verfügbarkeit definiert."*(1)

Die „Defizite" behinderter Frauen sind zu groß, um sie zu vertuschen. Beinschienen können selten unauffällig unter langen Hosen oder fehlende Arme unter Capes versteckt werden. Es reicht nicht aus, die gelähmte Gesichtshälfte immer so zu drehen, dass sie nicht auffällt und auf Fotos nicht zu sehen ist.

*„Als ich mit zwölf Jahren meine Stützen entfernt bekam, tat ich alles, was in meiner Macht stand, um meine knochigen, vernarbten Beine zu verbergen: Ich trug noch in der größten Hitze Kniestrümpfe oder lange Hosen. Langsam wuchs mein Ärger über diese Einschränkung, die ich mir auch noch selbst auferlegte. Zum Teil mit der Hilfe anderer behinderter Frauen lernte ich zu erkennen, dass ich im Grunde das Gefühl hatte, die Menschen würden, wenn sie meine Beine sahen, mich nicht nur wegen meiner Hässlichkeit ablehnen, sondern sie könnten mir irgendwie die Jahre ansehen, die ich im Krankenhaus verbrachte habe, und wie abhängig und ängstlich ich gewesen war. Mit der Zeit lernte ich, diese Erfahrungen anders zu bewerten, als etwas, das geschehen war, aber nicht meine Persönlichkeit ausmacht. Heute trage ich kurze Hosen, wenn es mir Spaß macht, und ich mag meine Beine, so wie sie sind."*(2)

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

Es dauert lange, ein gespaltenes Körperbewusstsein zu überwinden und den Körper als Ganzheit zu begreifen und anzunehmen. „Es gibt zwar gute Gründe, sich eine Zeitlang zerstückelt zu fühlen und sich von seinem Körper abzutrennen. Aber der Schnitt muss wieder heilen. Es ist wichtig, die Entfremdung vom eigenen Körper zu überwinden und zu einem Gefühl der Einheit zu finden. Statt sich selbst zu hassen und seinen Körper abzulehnen, müssen wir lernen, uns zu lieben und unseren Körper anzunehmen."(3)

# Liebe und Sexualität

Dinah Radtke

Liebe und Sexualität sind Grundbedürfnisse aller Menschen. Intimität wollen und brauchen wir alle. Das Thema „behinderte Liebe" bedeutet für viele behinderte Frauen „verhinderte Liebe".
Der wichtigste Bereich für Mädchen und Frauen, durch den sie sich mit ihrem Frau-sein identifizieren, ist die Sexualität. Zum Teil glauben behinderte Frauen selbst daran, dass sexuelle Beziehungen oder gar eine Ehe für sie nicht in Frage kommen, da sie geschlechtsneutral erzogen wurden. Sie erleben sich selbst als asexuell und werden von anderen als Neutrum behandelt. Ihnen wird nicht bewundernd nachgeschaut, sie werden übersehen oder mitleidig betrachtet. Sie machen die Erfahrung, als Frau nicht ernst genommen zu werden.

Sexualität ist ein Teil von uns, sie kann uns Lebensenergie bringen. Sexuelle Empfindungen begleiten uns unser Leben lang. Wir können sie in Beziehungen leben oder in unserer Phantasie. Wir können sinnliches Vergnügen an unserem Körper erfahren. Wir können für uns neue Formen von Sinnlichkeit erforschen, eine Sexualität für uns finden, die nicht leistungsorientiert ist und sich nicht nur auf den Geschlechtsverkehr konzentriert, und wir können uns selbst befriedigen. Oft schämen wir uns aber wegen unserer Sexualität und versuchen, sie zu verleugnen.

Es ist noch immer ein Tabu – auch unter behinderten Frauen – über Intimität und Sexualität zu sprechen. Wir reden nicht gerne über unsere Wünsche und Träume, über die Angst zu versagen und unsere Enttäuschungen. Im Gegensatz dazu ist dieses Thema inzwischen sehr von der Neugier nichtbehinderter WissenschaftlerInnen und TherapeutInnen besetzt, die viele Bücher über uns geschrieben haben. Darüber, was wir ihrer Meinung nach dürfen, und vor allen Dingen über unsere Gefühle, Bedürfnisse und das, was wir nicht dürfen. *„ ‚Frauen ertragen es besser, nicht heiraten zu können.' Erst viel später verstand ich den Klartext dieser Aussage, nämlich dass Frauen besser ohne Sexualität leben können; Männer müssen sie haben. Ab da verstand ich auch, dass die Aussage, ‚du wirst nie heiraten können', immer gemeint war: ‚Du wirst nie eine richtige Frau werden, nie empfangen und gebären können'.*"(1)

Auch heute gilt noch, dass viele behinderte Menschen in Sondereinrichtungen leben (müssen), dort ihre Schul- und Berufsausbildung erhalten und den aktiven Teil ihres Lebens in geschützten Werkstätten verbringen. Dort leben sie in einem Ghetto, haben wenig Kontakt zur Außenwelt. Es gibt wenig oder keinen Raum zum Ausleben der eigenen Sexualität, keinen Raum für Erotik, geschweige denn Raum, um Kinder zu bekommen. Doch Sexualität kann nicht verhindert werden. So sind Menschen in Institutionen oft auch heute noch gezwungen, ihre Sexualität heimlich und unter entwürdigenden Bedingungen zu leben. Oft bleibt ihnen nur die Toilette – mit entsprechender Gefahr „ertappt" zu werden. Sind heterosexuelle Partnerschaften bereits schwierig, so sind gleichgeschlechtliche völlig unmöglich. Was nicht heißt, dass es sie nicht gibt. Sie werden jedoch, solange es irgend geht, völlig ignoriert.

Insgesamt orientiert sich die Sexualberatung durch ExpertInnen oft nicht an den Interessen und Bedürfnissen behinderter Frauen. Frauen, die durch einen Unfall verletzt wurden und ihre sexuelle Empfindungsfähigkeit wieder ent-

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

deckt haben, gaben an, dass die Sexualberatung durch ExpertInnen im Gesundheitswesen nicht zufriedenstellend war.
Blasenprobleme und Probleme mit dem Stuhlgang können die Sexualität, das Selbstbewusstsein, und die Fähigkeit, intime Beziehungen einzugehen, nachhaltig stören. Die Aufklärungsmaterialien über das Funktionieren von Darm und Blase sind jedoch veraltet und richten sich eher an Männer. Der Schwerpunkt der weiblichen Sexualberatung ist mehr darauf ausgerichtet, dass sie Lust geben, statt sie zu erhalten.(2)

# Partnerschaft

## Dinah Radtke

Es ist statistisch erwiesen, dass behinderte Männer häufiger in Partnerschaften oder Ehen leben als behinderte Frauen. Meist leben sie mit nichtbehinderten Frauen zusammen. Frauen sind „natürliche Versorgerinnen" und übernehmen oft auch noch die notwendige Assistenz für ihren Mann. Es ist selbstverständlich für sie, eigene Berufs- und Karrierewünsche hintan zu stellen, nur noch für den Mann und die Familie dazusein. Gesellschaftlich erhält eine Frau Anerkennung, wenn sie mit einem behinderten Mann zusammenlebt, die soziale Tat steht im Vordergrund.

Für behinderte Frauen ist es eine große Enttäuschung herauszufinden, dass es behinderte Männer gibt, die eine sexuelle Beziehung zu einer behinderten Frau ablehnen. Diese behinderten Männer wünschen sich nur nichtbehinderte Frauen zur Partnerin, sie wollen sich als behinderte Männer sozial aufwerten. Doch auch für Frauen mit Behinderung kann es zu einer Frage des Erfolgs als Frau werden, einen nichtbehinderten Partner zu haben.

Leider bewerten auch manche Familien negativ, wenn die behinderte Tochter einen behinderten Mann heiratet, nach dem Motto: „Sie konnte ja keinen anderen finden". Für Familien und Außenstehende sind Fragen wie: „Wie werdet ihr zurechtkommen, wie könnt ihr einander helfen?"(1) vorrangig. Die Behinderung steht im Vordergrund. Organisatorische Fragen sind wichtiger als die Gefühle der beiden PartnerInnen.

Behinderte Frauen, die sich zu ihrem Lesbischsein bekennen, haben es noch schwerer, akzeptiert zu werden, weil sie eine Randgruppe in der Randgruppe bilden. Sie befinden sich in einem Zwiespalt: Sie werden kaum von behinderten Frauen und erst recht nicht von nichtbehinderten Frauen wahrgenommen. Sie haben keine Rollenvorbilder und müssen sich mit der Scham, die ihnen ihre Familien übermitteln, auseinandersetzen, dass sie behindert und lesbisch sind.(2) Um nicht sozial isoliert zu werden und Diskriminierungen ertragen zu müssen, neigen behinderte Lesben dazu, ihre Behinderung herunterzuspielen und ihr Lesbischsein zu verbergen. Die Versuche, Bedürfnisse und Wünsche zu verleugnen, können langfristig psychische Folgen für sie selbst haben.

Was Beziehungen und Partnerschaften betrifft, so sind die Hindernisse auch in den Köpfen behinderter Frauen – das Bild, das sie sich von sich selbst und ihren möglichen PartnerInnen machen – oft ihr größter Widersacher. So kommt es häufiger vor, dass die vermeintliche Notwendigkeit, ihre Weiblichkeit zu beweisen, behinderte Frauen dazu bringt, Beziehungen einzugehen, in denen sie ausgebeutet und missbraucht werden. Trotzdem erhalten sie manche diese Beziehung aufrecht, denn sie fühlen sich so minderwertig, dass sie glauben, keine bessere Beziehung zu verdienen. Den Frauen gelingt es selten, sich aus eigener Kraft aus der Abhängigkeit zu lösen.

In unseren positiv gelebten Beziehungen, ob nun zu Männern oder zu Frauen (egal ob behindert oder nicht), können aufgrund unserer Einschränkungen weder Ästhetik noch traditionelle Leistungsmaßstäbe eine große Rolle spielen. Es sind andere Werte, die die Beziehungen funktionieren lassen. Eine behinderte Frau, die mit einem nichtbehinderten Mann zusammenlebt, drückt das so aus:

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

*„Für eine derartige Beziehung ist eine an inneren Qualitäten orientierte Werthaltung unverzichtbare Grundlage. Beide müssen sich vom gängigen ‚Schönheitsideal', von dem sozial so hoch bewerteten körperlichen Attraktivitätsideal lösen: mein Freund, um mich in meinem So-Sein akzeptieren zu können, – ich, um nicht durch bohrende Zweifel und mangelndes Selbstwertgefühl das Fundament der Beziehung zu unterhöhlen."*(3)

# Sexualität und Partnerschaft in der Beratung

Daniela v. Raffay

Auch mir wurde, insbesondere von meinem Stiefvater, schon seit meinem elften Lebensjahr gesagt, dass ich wohl nie heiraten und Kinder kriegen würde. Daher fand er es besonders wichtig, dass ich das Abitur schaffe, um einmal für mich selbst sorgen zu können.
Dies ist, wie ich in zahlreichen Beratungssituationen feststellte, typisch für die Sozialisation eines behinderten Mädchens. Uns wird ein Leben als Single vorausgesagt.
Selbsthilfegruppen und der Austausch mit anderen Mädchen oder Frauen ist somit für die Identifikation als behinderte Frau lebensnotwendig.

Es stellt sich gelegentlich die Frage, ob Mädchen/Frauen eventuell lieber auf gelebte Sexualität mit einem Partner/einer Partnerin verzichten, um sich dem Problem der „Praxis" nicht zu stellen.
Eine Frau, die erst vor einigen Jahren eine Multiple Sklerose bekam, erzählte, dass sie lieber keine Brille mehr aufsetzt auf der Straße, um keine Männer mehr ansehen zu müssen. Sie meint, sich dadurch den Frust ersparen zu können.
Andere lassen die Gefühle, Sehnsüchte nach Berührung und Nähe nicht mehr an sich heran. Sie kompensieren ihre Sehnsüchte mit kulturellen Ereignissen, Musik, Oper, Theater, Reisen usw. Trotzdem wünschen sie sich natürlich auch eine Liebesbeziehung. Daher finde ich es wichtig, grundsätzlich jedes behinderte Mädchen und jede behinderte Frau dazu zu ermutigen, ihren Wunsch nach Liebe und Sexualität als vitale Lebensfreude willkommen zu heißen und ihre sexuellen Bedürfnisse in jeder Beziehung auszuleben.
Natürlich haben nichtbehinderte Frauen/Mädchen oft ebenso Schwierigkeiten, einen Partner/eine Partnerin zu finden. Behinderte Frauen/Mädchen neigen (nicht zuletzt aufgrund ihrer Sozialisation) jedoch dazu, alles auf ihre Körperlichkeit zu schieben. Damit sei nicht gesagt, dass es für Mädchen und Frauen mit Behinderung aufgrund der Vorurteile und Rollenklischees nicht schwieriger ist, einen Partner/eine Partnerin zu finden. Nur kann das eigene Kreisen um die Behinderung auch blockieren.
Im Austausch wie auch in der Beratung hilft es einfach, Beispiele aus Literatur, Film oder dem real existierenden Leben zu erzählen. Das relativiert oft das Gefühl, allein da zu stehen oder zu sitzen. Ich kenne Frauen, die seit Jahren über Annoncen versuchen, jemanden zu finden und sehr unglücklich über ihre Einsamkeit sind. Es gibt aber auch Fälle von geglückten Begegnungen. So diskutieren wir in den Beratungsstunden über Partner/Partnerinsuche auch über Annoncen, über Antwortbriefe, versuchen uns zu unterstützen, trösten uns mit Humor über frustrierende Erlebnisse hinweg.

Wenn von Partnerschaft und Sexualleben die Rede ist, wird zumeist „völlig selbstverständlich" von heterosexuellen Interessen ausgegangen.
*Lesbische Beziehungen* sind innerhalb der Behindertenbewegung kein alltägliches Thema. Es gibt sicherlich Schwierigkeiten von behinderten Frauen/Mädchen, sich auch noch als Lesbe zu outen, die Angst vor zweifacher Ausgrenzung mag bei manch einer vorhanden sein.
Ich persönlich wählte den „lesbischen Lebensweg", nachdem ich zwei Jahre lang ein bisexuelles Liebesleben führte. Von meinem Elternhaus her bekam ich das Gefühl vermittelt, „wenigstens mit einer Frau soll sie glücklich werden, wenn sie keinen Mann bekommt". Doch selbst diese (immer noch abwer-

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

tende) Einstellung ist wahrscheinlich eher die Ausnahme, wenn ich mir die lesbischen Coming-out-Geschichten anderer Frauen mit Behinderung anhöre. Je nach dem Unterstützungsbedarf, und somit dem Grad der Abhängigkeit der Mädchen oder Frauen von den Eltern, können diese dabei einen enormen Druck auf ihre Töchter ausüben. Je nach Einstellung der Eltern gibt es dann viele Möglichkeiten, diese Beziehung zu erschweren, wenn nicht gar zu verhindern.
Frauen, die mit Assistenz oder in einem Heim leben, haben entsprechend mehr Probleme, sich zu ihrer Liebe zu Frauen zu bekennen und ihre Sexualität auszuleben. In Einrichtungen wird zwar inzwischen immer öfter eine Partnerschaft geduldet oder sogar unterstützt, dann aber in jedem Fall eine heterosexuelle. Die Möglichkeit einer lesbischen Partnerschaft wird in der Regel weder erklärt noch dargestellt und schon gar nicht unterstützt. Sie ist auf offizieller Ebene nicht existent.
Auch bei Assistenzbedarf können sich unhaltbare und sehr belastende Situationen ergeben. Abgesehen von abfälligen Bemerkungen und herablassendem Verhalten berichten Frauen, dass ihre Assistenten sie einfach nicht zu entsprechenden Treffen oder Feiern brachten, oder sie in der „Lesbenkneipe" wortwörtlich sitzen ließen, sie einfach nicht wieder abholten. Die Suche nach geeigneteren Assistenzpersonen ist nicht immer einfach, negative Einstellungen gegenüber lesbischer Lebensweise sind immer noch weit verbreitet. Und in der Zwischenzeit kann frau ja nicht einfach auf Assistenz verzichten.

Insgesamt kann ich nur raten, den Kontakt zu anderen behinderten Lesben zu suchen. Es gibt bundesweite Treffen und Kontakte, ein Krüppellesbennetzwerk mit Kontaktadressen zu den Städten. Leider werden Frauen in Einrichtungen seltenst die Möglichkeit haben, zu solchen Treffen zu kommen (wenn sie überhaupt davon erfahren), und auch für Frauen mit Assistenzbedarf bestehen unter Umständen größere Schwierigkeiten. Sie sind somit verstärkt auf Kontakte vor Ort angewiesen.
In der Literatur sind Geschichten von behinderten Lesben sehr rar. Die Bücher der Schweizerin Ursula Eggli (siehe Literaturliste) kann ich wärmstens empfehlen. Ansonsten veranstalten wir seit mehreren Jahren, meist im Juni im Tagungshaus Waldschlösschen e.V. in Reinhausen bei Göttingen, die „Freakshow" – behinderte Lesben und Schwule treffen sich.

Und wie sieht es in der Partnerschaft aus? Äußern behinderte Frauen/Mädchen weniger ihre Unzufriedenheit in Beziehungen, aus Angst, verlassen zu werden? Täuschen behinderte Frauen/Mädchen häufiger einen Orgasmus vor?
Ich denke letztlich kommen beide Problematiken bei Nichtbehinderten genauso vor. Wir müssen in der Beratungssituation versuchen, die Position der Frau/des Mädchens zu stärken, sie ermutigen, sich mit anderen auszutauschen, in eine Selbsthilfegruppe zu gehen. Über die Identifikation mit anderen Frauen oder Mädchen bekommt sie die Unterstützung und Stärke, sich in ihrer Partnerschaft offen auszudrücken.

Ein anderes Problem, das in einer Partnerschaft auftauchen könnte, ist das Gefühl als „pervers" zu gelten, weil (aufgrund der Behinderung) keine „gängigen" Sexualpraktiken gewünscht werden. Ich kann als Lösungsstrategie keine allgemein gültige Regel ansetzen. Es gilt jedoch auch hier, dass ein offener Umgang und der Austausch mit dem Partner/der Partnerin die Grundlage bilden. Oft hören sich scheinbar anormale Praktiken gar nicht mehr so abwegig an, wenn sie miteinander besprochen werden.

Ich persönlich machte vier Jahre lang eine Gestalttherapie bei einer ebenfalls gehbehinderten Therapeutin, die mir viel Kraft und Selbstvertrauen gab, um mit Schwierigkeiten in meiner Beziehung klarzukommen. Deshalb würde ich gegebenenfalls auch in einer Beratungssituation auf der Peer Counseling-Ebene durchaus zu einer passenden Therapieform raten. Ich denke nicht, dass ich unbedingt, nur weil ich selbst auch behindert bin, zu allen Themen einen befriedigenden Rat oder Tipp geben kann. Oft helfen auch nur intensive Gespräche über einen längeren Zeitraum hinweg, die in dieser Intensität in der Beratung nicht geleistet werden können.

Zum Abschluss des Themas Partnerschaft noch ein paar Worte zu Männern, die eine besondere „Vorliebe" für Frauen mit Behinderungen haben.
Über Annoncen, über Internet oder auf anderen Wegen versuchen sogenannte Amelotatisten behinderte Frauen kennenzulernen. Diese Männer haben eine Vorliebe für Frauen mit Behinderung, vor allem für Frauen mit Amputationen, aber auch mit Lähmungen. Amelotatisten fühlen sich sexuell stimuliert und erregt von fehlenden Gliedmassen und Einschränkungen der Beweglichkeit. So erzählte mir eine beinamputierte Freundin von dem Kontakt mit einem jungen Mann, der ihr erklärte, dass er jahrelang mit einer nichtbehinderten Frau zusammengewesen sei, aber immer Phantasien von amputierten Frauen beim Sex hatte. Auch tauschen Amelotatisten gegen Geld z.B. Fotos von Sportlerinnen (Behindertenolympiade usw.) aus, um sich daran hochzuziehen. Es ist deutlich, dass es diesen Männern nicht um die jeweilige Person geht, sondern dass die Behinderung als Fetisch dient. Es gibt sicherlich viele Erklärungsmuster für dieses Phänomen. Eines kann jedoch als erwiesen gelten: Amelotatisten sind in der Regel nicht an einer längeren Liebesbeziehung mit der behinderten Frau interessiert, sondern sie suchen ihren „sexuellen Kick".
In der Beratungssituation würde ich sehr vorsichtig damit umgehen, wenn sich abzeichnet, dass die behinderte Frau von jemandem mit dieser „Vorliebe" angemacht wird. Es kommt natürlich vor, dass die behinderte Frau meint, dass sie dann wenigstens über diese Ebene zu einer sexuellen Beziehung kommt. Es fragt sich nur, ob dies auf Dauer zu einem befriedigenden Sexualleben führen kann, von einer Liebesbeziehung ganz zu schweigen.

**Entwicklung einer eigenen Sexualität – Hilfsmittel und aktive Sexualhilfe**
Der Phantasie sind keine Grenzen gesetzt zur Befriedigung der eigenen Sexualität. Oft hilft der beratende Austausch mit einer Freundin. Die Situation im Peer Counseling ist dem Austausch mit einer Freundin/der besten Freundin vergleichbar. Zwei Frauen oder Mädchen sitzen sich gegenüber und tauschen sich mit ihren Erfahrungen aus.

Allerdings ziehe ich bei einem Beratungsgespräch klarere Grenzen (als im Austausch mit einer Busenfreundin) – ich muss die Balance halten zu einer gewissen Durchlässigkeit einerseits, um Vertrauen aufzubauen, kann mich aber gleichzeitig nicht zu sehr identifizieren. Ich fühle mich auch kompetent als Beraterin, wenn ich nicht alle Fragen beantworten kann, sondern der ratsuchenden Frau Tipps gebe, wohin sie sich noch wenden könnte. Es ist kein Manko, nicht weiter zu wissen, manchmal sieht jemand von außen (z.B. eine nichtbehinderte Beraterin oder Therapeutin) klarer auf die Situation.
Ein *Gruppengespräch* ist meiner Erfahrung nach selten zu sehr intimen Themen wie Sexualität möglich.
Wenn in der Beratungssituation *Sprachbehinderungen* eine Rolle spielen, kann die Gebärdensprache sehr hilfreich sein. Für gehörlose Frauen versu-

chen wir eine Gebärdendolmetscherin dabei zu haben; für mich als Beraterin hat sich ein Einführungskurs in die Deutsche Gebärdensprache gelohnt. Ich kann mich zumindest mimisch und gestisch etwas in die Kommunikation mit gehörlosen Menschen einbringen.
*Bildmaterial*, wie Fotobände oder Videofilme zu Erotik und Sexualität, sind gegebenenfalls auch unterstützend, um sich dem Thema auf nonverbaler Ebene zu nähern. (Tipps siehe Literaturliste!)

> Schwierigkeiten bei dem Thema Sexualität kann sowohl die Ratsuchende als auch die Beraterin haben. Verinnerlichte Tabus stellen sicher eine große Barriere dar. Am besten spreche ich es an, wenn ein Thema meine Grenzen übersteigt, das hilft der Ratsuchenden mehr, wenn sie merkt, dass andere genauso Schwierigkeiten, vielleicht auf anderer Ebene, haben.
> Möglichst keine Tabus aufkommen zu lassen, das setzt viel Reflexion und Erfahrung mit mir selbst voraus. Dazu gehören viele Gespräche und Offenheit – was sich leicht sagen, aber schwer umsetzen lässt.

Ich habe in den 70er und 80er Jahren in der Frauen-, Lesben- und Behindertenszene gelernt, mich über intime Themen auszutauschen. Wir haben uns gegenseitig viel Massagen gegeben, selbstverständlicher beieinander übernachtet und uns viel angefasst und geschmust.
Ich persönlich als behinderte Frau kann sagen, dass es mir sehr wichtig war, herauszufinden, ob jemand trotz meiner Behinderung mit mir Sex haben möchte.
Andererseits gab es damals auch viele Verletzungen durch die sogenannte „freie Sexualität", die propagiert wurde. Monogame Beziehungen waren eher verpönt und es entstand viel Herzschmerz durch die häufigen Wechsel in den Partnerschaften.
Heute, Ende der 90er Jahre, erlebe ich sehr viel mehr Zurückhaltung und Distanz untereinander, was mir von jüngeren behinderten Frauen, die heute Anfang dreißig sind, bestätigt wurde. Auch die Offenheit, über Partnerschaft und Sexualität zu sprechen, ist damit insgesamt geringer geworden. Für die Beratungssituation bedeutet dies, dass die ratsuchenden Frauen häufiger über „neutralere" Fragen den Kontakt mit der Beraterin aufnehmen, und dann langsam zu den „eigentlichen" Fragen kommen - sofern die Beraterin sie dazu ermuntert und die Beratungssituation vertrauliche Gespräche fördert.

> Bei der Wortfindung sind Sprachschöpfungen im sexuellen Bereich sehr anregend. Zum Beispiel habe ich vor langer Zeit zusammen mit Freundinnen das Wort „selbsteln" erfunden, worunter im landläufigen Sinne Selbstbefriedigung oder onanieren, masturbieren usw. verstanden wird. Im Lauf der Jahre haben schon viele Frauen aus unserem Freundinnen- und Bekanntenkreis diesen Begriff übernommen. Er drückt aus, was es ist: nämlich sich mit sich selbst beschäftigen.

Mädchen und Frauen mit Behinderungen müssen oft besonders erfinderisch sein, wenn sie selbsteln wollen. Wenn frau ihre Arme und Hände nicht genügend einsetzen kann, entweder weil sie nicht lang genug oder nur eingeschränkt bewegungsfähig sind, muss sie sich etwas einfallen lassen.

Als sehr erfolgreich hat sich natürlich die *Dusche* erwiesen. In der Badewanne oder auf dem Duschsitz lässt sich der Duschkopf bequem so lange zwischen die Beine halten, bis sich ein befriedigendes Gefühl einstellt.

Als *Hilfsmittel* zur Verlängerung der Hände eignen sich längliche Gegenstände, wie Kugelschreiber oder sogenannte „helfende Hände", ein etwa 20 cm langer Holzstab, der am Ende mit einer Lederschlaufe versehen ist, damit er nicht herunterfällt.

Im Erotik-Versandbereich werden *Dildos* und *Vibratoren* aller Art angeboten, die gekauft oder bestellt werden können. Eine Frau war auch damit zufrieden, als sie ihre elektrische Zahnbürste als Vibratorinnen-Ersatz zu benutzen lernte (natürlich nicht mit dem Borstenteil auf der Klitoris, sondern mit der flachen Rückseite der Bürste oder sie legte sich einfach das vibrierende Gerät zwischen die Beine. Es funktioniert auch durch die Hose, frau muss sich dazu nicht extra ausziehen).

Als ich selbst ein Mädchen war, befriedigte ich mich durch „eincremen" meiner Möse mit Nivea-Creme, später legte ich mir einen Apfel zwischen die Beine und rieb mich daran, bis ich einen Orgasmus hatte. Andere Obst- und Gemüsesorten eignen sich je nach Konsistenz (Härte- bzw. Weichheitsgrad) genauso zum selbsteln (Gurken, Auberginen, Rettiche...). Um Hemmungen in einem Beratungsgespräch abzubauen, ist es am einfachsten, von eigenen Erfahrungen zu berichten, um die „Genant-Grenze" abzubauen.

> Für die Sexualberatung habe ich mir ein Köfferchen zusammengestellt. Mit Hilfe seines Inhalts kann ich den Frauen oder Mädchen verschiedene „Hilfsmittel" zeigen. Dazu gehören z.B. verschiedene Gleitcremes oder Massageöle, ein paar Dildos (es gibt anatomisch–penisartig-geformte und völlig lustige Exemplare, wie z.B. Delphinformen im Handel).

Eine beglückende Erfahrung machte eine Frau hier in Berlin mit einer Niederländerin, die *erotische Massagen* – auch für Frauen – über ein Stadtmagazin anbietet. Sie lebt mit Assistenz und erzählte uns in der Peer Counseling-Gruppe von ihrem Erlebnis. Obwohl sie sich nicht als lesbisch definiert, wollte sie diese erotische Massage lieber von einer Frau bekommen, was ihr auch sehr gut gefiel.
Die Atmosphäre stimmte, sie hatte an dem Tag einen Assistenten ihres Vertrauens bei sich arbeiten, der ihr half, die Situation so angenehm wie möglich zu gestalten. Als die Frau, mit der sie vorher lange telefoniert hatte, kam, unterhielten sie sich erst eine Weile miteinander, bevor die Massage begann. Es war eine sehr warme, liebevolle und befriedigende Situation. (Die annähernd zwei Stunden kosteten DM 150,-.)
In den Niederlanden ist diese Form der *aktiven Sexualhilfe* schon seit Jahren bekannt, es gibt auch Filme dazu. Inzwischen gibt es zumindest hier in Berlin einen Mann, der für behinderte Frauen und Männer erotische Massagen anbietet. Für Männer gibt es bekanntlich den Weg zu einer Prostituierten, für Frauen war diese Form der sexuellen Befriedigung bisher nicht möglich.

Frauen mit *Sensibilitätsstörungen*, wie sie z.B. bei Querschnittlähmungen (andere Behinderungsformen sind davon auch betroffen) vorkommen, erleben

ihre Lustgefühle größtenteils nur in den von der Verletzung nicht betroffenen Regionen. Der gesamte Kopf- und Halsbereich, die Ohren, die Achselhöhlen, die Brustwarzen, entwickeln eine gesteigerte Empfindlichkeit.
Um das in etwa nachempfinden zu können, denke ich daran, dass ich auch, wenn ich frisch verliebt oder gerade sehr sensibilisiert bin, an ganz anderen Stellen als den „primären" oder „sekundären" Geschlechtsteilen (Brüste und Möse/Vagina) höchste Lustgefühle entwickeln kann. Beispielsweise entwickeln die Hände, die Haut zwischen den Fingern, in zärtlichen Situationen bei Berührung eine sehr starke Reizempfindlichkeit.
Eine Freundin erzählte mir, dass sie durch ihre Gefühle und ihre Phantasie geil und sinnlich erregt wird, wenn sie sich in einer sexuellen Situation befindet und ihre Partnerin oder ihr Partner Stellen berührt, an denen sie eigentlich keine oder weniger Empfindungen hat. Es stimuliert sie sexuell auch sehr, wenn sie sich gute Pornofilme ansieht, dabei hat sie das Gefühl, ihre „eigentlich" gefühllosen Körperteile zu spüren.

Zum Thema *Assistenz* beim Sex können betroffene Frauen, die mit Assistenz leben, sicherlich die bessere Beratung geben. Doch können Beraterinnen nicht immer und in allen Situationen mit der Ratsuchenden „gleich" sein. In solchen Fällen ist es immer besonders hilfreich, wenn die Beratungsarbeit durch entsprechende Peer Gruppen/Selbsthilfegruppen unterstützt werden kann. Hemmungen und Tabus sind bei diesem Thema oft nochmals höher als ganz allgemein bei dem Thema Sexualität. Das Wichtigste ist auch hier, eine möglichst offene Gesprächssituation herzustellen. Dies gilt auch für die Aussprache mit den jeweiligen Assistentinnen oder Assistenten. Aufgrund der Intimität des Themas ist dies oft leichter gesagt als getan. Je nach Assistenzbedarf erschweren Hemmungen auf beiden Seiten zumindest am Anfang häufig sowohl die Absprache, als auch eine entspannte Umsetzung in die „Praxis". Diskretion und Vertrauen sind die Voraussetzungen, um Raum dafür zu schaffen, dass die behinderte Frau eine für sie befriedigende sexuelle Situation erleben kann.
Die Atmosphäre muss „stimmen" (z.B. ein gut beheizter Raum, angenehme Düfte, keine äußeren Störungen – wie Telefon oder überraschender Besuch). Es gibt einiges, worum sich die AssistentInnen kümmern können, wie auch eventuell die Unterstützung bei verschiedenen Stellungen oder Hilfe beim Entkleiden.
Grundvoraussetzung ist dabei natürlich, dass frau überhaupt die Möglichkeit der Assistenz hat, und dass sie die Assistenzpersonen selbst frei wählen kann. Assistenz beim Sex setzt nicht nur ein hohes Maß an Vertrauen/Vertrautheit voraus. Die Assistentin/der Assistent muss auch selbst Sexualität allgemein sowie den unterschiedlichen bzw. den gewünschten Formen von Sexualität gegenüber aufgeschlossen sein.
Weder innerhalb der Leistungen der Pflegeversicherung, noch in Einrichtungen ist Assistenz beim Sex zeitlich/finanziell vorgesehen oder praktikabel. Welche Frau wollte schon Assistenz beim Sex durch die Person, die gerade Dienst hat? Und für diesen „Dienst" Verwandte oder Freunde einzuspannen, ist auch keine glückliche Lösung. Frauen und Mädchen mit Behinderung sind keine asexuellen Wesen. Sie müssen auch mit Pflege/Assistenzbedarf genau wie alle anderen Menschen die Möglichkeit zu befriedigenden sexuellen Beziehungen haben.

Insgesamt finde ich es sehr *schwierig*, im Rahmen dieses Handbuchs allgemein gültige Ratschläge zu geben. Dies ist schier unmöglich, da jede Frau mit einer Behinderung anders ist und andere Bedürfnisse hat. Es gibt sowohl behinde-

rungsspezifische Besonderheiten, als auch psychisch sehr unterschiedliche Bedürfnisse, so viele wie es unterschiedliche Menschen gibt.
Meistens ergeben sich beim vertrauten Gespräch völlig neue Variationen, mit denen wir unsere eigene Sexualität entwickeln können. *Erotische Literatur* oder manche „Stellen" in der Frauen-, Lesbenliteratur eignen sich sehr, um die Phantasie zu beflügeln, um dann im gemeinsamen Gespräch darüber auf die eigenen „Praktiken" zu kommen.
Durch häufiges Reden über sexuelle Praktiken und über Selbstbefriedigung verliert das Thema hoffentlich mehr und mehr seinen Tabucharakter auch für behinderte Frauen und Mädchen, denen eventuell eingeimpft wurde, dass ein befriedigendes Sexualleben für sie anormal sei.

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

# Gynäkologische Probleme

Dinah Radtke

Wenn Mädchen und Frauen mit Behinderung gesundheitliche Probleme haben, die mit ihrem Frausein zusammenhängen, müssen sie sich an eine Frauenärztin/einen Frauenarzt wenden. Sie müssen sich zu ihrem Frausein bekennen. Auch ihr Umfeld muss dann zugeben, dass sie Frauen sind und kann sie nicht länger als geschlechtslose Wesen behandeln. Dass auch behinderte Mädchen Monatsblutungen haben, wurde vielleicht in ihren Familien gar nicht gerne gesehen. Die Scham ist groß, bei Frauenärztin oder -arzt zu bekennen, dass frau Zyklusprobleme hat oder gar über das richtige Verhütungsmittel informiert werden will. Der Gang zur/zum Frauenärztin/-arzt ist für viele Mädchen und Frauen mit Behinderung auch noch aus einem anderen Grund sehr schwierig. Viele von uns haben eine Geschichte, in der sie durch ÄrztInnen einen diskriminierenden Umgang erfahren haben. Sie wurden wie ein defektes Objekt behandelt, das überall angefasst und vorgeführt werden kann. Für uns ist es schwierig, ÄrztInnen klarzumachen, dass unsere „Defekte" zu sehr im Vordergrund stehen und wir als Persönlichkeit gesehen werden wollen.
Obwohl im medizinischen Bereich nur unsere Krankheiten und „Defekte" gesehen werden, kommen in den medizinischen Lehrbüchern Behinderungen und deren Folgeerscheinungen kaum vor. ÄrztInnen müssen sich ihr Wissen über Behinderungen selbst aneignen. GynäkologInnen sind selten auf Mädchen und Frauen mit Behinderung vorbereitet. Sie haben kaum Wissen über verschiedene Krankheitsverläufe und gynäkologische Probleme. So kann es vorkommen, dass GynäkologInnen bei einer extremen Skoliose glauben, einen Tumor zu tasten, doch in Wirklichkeit die Wirbelsäule fühlen. Manchmal kommt es auch vor, dass die Organe verschoben sind, ohne dass die Frauenärztin und der Frauenarzt damit rechnet. Auch die Wirkung von Medikamenten und/oder Verhütungsmitteln bei z.B. Muskelkrankheiten, Ataxien, Multipler Sklerose, etc. ist nicht bekannt.

> Oft haben Selbsthilfegruppen ein enormes Fachwissen über Auswirkungen und Behandlung der Behinderungen, mit denen sie sich speziell befassen. Hier können sich ÄrztInnen im Zweifelsfall informieren.

Mädchen und Frauen brauchen sehr viel Mut, um die Hürden der Scham und organisatorische Hürden zu überwinden. Dringende Fragen, die sich bei einem Arztbesuch für behinderte Frauen stellen sind:

Welche frauenärztliche Praxis ist zugänglich?
Wie komme ich auf den Untersuchungsstuhl?
Wird mir in der Praxis geholfen oder muss ich jemanden zum Helfen mitbringen?
Werde ich verstanden und wird mir zugehört?
Spricht die Ärztin/der Arzt die Gebärdensprache?
Verstehe ich, was mir erklärt wird?

Wenn der Schritt in die Praxis geschafft ist, wagen behinderte Frauen oft nicht, die Fragen zu stellen, die sie stellen wollten, vielleicht haben sie sie auch vor Aufregung vergessen. Sie trauen sich außerdem selten, der Ärztin/dem Arzt zu widersprechen. Eine humangenetische Beratung und/oder gar eine Sterilisation kann somit manchmal leicht mit etwas Überredung erreicht werden.

Wir können einer ratsuchenden behinderten Frau, für die der Besuch bei der Gynäkologin besonders belastend ist, raten, sich ihre Fragen vorher aufzuschreiben. So kann sie eher einen kühlen Kopf bewahren. Manchmal ist es auch sinnvoll, eine Vertrauensperson mitzunehmen. Die Ratsuchende sollte darin bestärkt werden, in verwirrenden Situationen zu sagen, dass sie etwas nicht sofort entscheiden möchte, sondern noch einmal darüber nachdenken und/oder eine andere Ärztin/einen anderen Arzt konsultieren möchte.

Wichtig ist auch, dass behinderten Frauen verschiedene Lösungsmöglichkeiten angeboten werden und sie nicht etwa nach dem Motto erpresst werden: „Wenn Sie eine Abtreibung durchführen, dann mache ich danach eine Sterilisation". Im Gegensatz zu nichtbehinderten Frauen, die große Schwierigkeiten haben, eine Sterilisation zu bekommen, wird diese behinderten Frauen sehr schnell angeboten oder aufgedrängt. Das gilt auch für einen Schwangerschaftsabbruch.

Eigentlich ist es eine Standardfrage an Frauen in gynäkologischen Praxen, ob sie Verhütungsprobleme, -mittel oder -möglichkeiten besprechen möchten. Bei behinderten Frauen wird diese Frage nicht automatisch gestellt, weil ihnen nicht zugetraut wird, sexuell aktiv zu sein.
In diesem Zusammenhang möchte ich auch erwähnen, dass behinderte Frauen bei Röntgenuntersuchungen so gut wie nie gefragt werden, ob sie schwanger sind. Bei nichtbehinderten Frauen ist diese Frage selbstverständlich.
Fragen zum Thema Verhütung müssen nicht unbedingt mit der Frauenärztin/dem Frauenarzt abgeklärt, sondern können auch mit Frauengruppen in Frauenzentren oder in Frauengesundheitszentren besprochen werden.

Die Frage des richtigen Verhütungsmittels kann weder für behinderte noch für nichtbehinderte Frauen allgemein beantwortet werden.
Je nach Art der Behinderung können jedoch verschiedene Schwierigkeiten mit den herkömmlichen Mitteln auftreten. Zum einen kann die Schwierigkeit in der Handhabung des Verhütungsmittels liegen. So sind Barrieremethoden, wie Diaphragma oder Portiokappe, bei Behinderungen mit eingeschränkter Fingerfunktion oder bei sogenannter geistiger Behinderung nicht geeignet.
Zum anderen sind die Auswirkungen der Verhütungsmittel auf den Organismus im Zusammenhang mit bestimmten Behinderungen kaum erforscht. Die Auswirkungen von Östrogenen, Anti-Baby-Pillen oder Co-Faktoren wie Alter oder Rauchen bei unterschiedlichen Behinderungen sind nicht bekannt. Fragen wie „Welches ist das richtige Verhütungsmittel bei Diabetes?" oder „Was wissen wir über die Wirkung von Hormonen bei Diabetes?" können nicht klar beantwortet werden. Auch bei Störungen des zentralen Nervensystems, wie bei Schlaganfällen, Aneurismen und Kopftraumata, wie auch bei anderen neurologischen Erkrankungen, ist die Wahl des richtigen Verhütungsmittels sehr schwer.

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

Als Beraterin können wir den Mädchen und Frauen vermitteln, dass sie das Recht auf eine selbstbestimmte Sexualität haben, dass sie ein Recht auf ihre Fruchtbarkeit haben und nicht sterilisiert werden dürfen, wenn sie es nicht selbst wünschen. Wir können sie darin unterstützen, dass sie das Recht haben, ihre PartnerIn selbst zu wählen.

Weiterhin können wir behinderte Mädchen und Frauen darin unterstützen, sich gegen Bevormundung zu wehren und statt dieser Information und Beratung einzufordern. Wir können gemeinsam mit ihnen erarbeiten, welche Informationen sie brauchen und sie darin unterstützen, diese auch zu bekommen. Wir können sie darin bestärken, auf eine Beseitigung fehlenden Wissens auf Seiten der „ExpertInnen", gerade in Bezug auf die Sexualität von Frauen mit Behinderung hinzuwirken.
Wir können sie darin unterstützen, barrierefreie Angebote einzufordern, statt sich gerade auch im gynäkologischen Bereich immer irgendwie zu behelfen.
Wir können sie darin stärken, Alternativen zu suchen und auszuprobieren.
Wir können die Frauen und Mädchen darin unterstützen, sich selbst als solche wahrzunehmen und ihre Sexualität zu entdecken.
Wir können sie darin bestärken, auch von anderen Menschen, von Eltern, FreundInnen, TherapeutInnen, ÄrztInnen zu erwarten, als Persönlichkeiten, als Mädchen und Frauen und nicht als geschlechtlose Wesen wahrgenommen und behandelt zu werden.

# Einführung in das Thema Sexuelle Gewalt

Brigitte Faber

Da Mädchen und Frauen mit Behinderung in den Augen der meisten Menschen nicht als mögliche Sexualpartnerinnen in Frage kommen, wird ebenso häufig davon ausgegangen, dass ihnen auch keine sexuelle Gewalt widerfährt. Dies ist jedoch ein Trugschluss, da sexuelle Gewalt nichts mit Sexualität oder sexueller Attraktivität zu tun hat, sondern in erster Linie eine Form von Gewalt ist. Untersuchungen haben ergeben, dass mehr als jede zweite Frau mit Behinderung ein– oder mehrmals in ihrem Leben sexuelle Gewalt erfahren hat. Selbst bei dieser Zahl muss zusätzlich noch mit einer Dunkelziffer gerechnet werden.

Üblicherweise suchen Frauen mit Gewalterfahrung Rat in Frauenberatungsstellen und Schutz in Frauenhäusern. Diese Orte sind häufig jedoch nicht barrierefrei oder aber die Mitarbeiterinnen fühlen sich für Mädchen und Frauen mit Behinderung nicht zuständig und verweisen auf „Behinderteneinrichtungen". Diese wiederum fühlen sich von dem Thema Sexuelle Gewalt überfordert. In den Beratungszusammenhängen nichtbehinderter Frauen findet erfreulicherweise in letzter Zeit ein Umdenken statt. Frauenhäuser und Frauenberatungsstellen versuchen, zumindest teilweise, barrierefrei zu werden. Frauenselbstverteidigungskurse richten ihr Angebot zunehmend auch auf die Erfordernisse für behinderte Mädchen und Frauen aus. Auch in Einrichtungen und Institutionen für Menschen mit Behinderung wächst die Aufmerksamkeit für das Problem, doch gibt es hier bisher meist keine Handlungsstrategien, wie bei einem Bekanntwerden von sexueller Gewalt innerhalb der Einrichtung verfahren werden soll. Oftmals beschränkt sich die „Maßnahme" auf ein Gespräch mit dem Täter. Hinzu kommt, dass Mädchen und Frauen zu 50 % nicht geglaubt wird, wohingegen Jungs und Männern in nahezu 100% der Fälle Glauben geschenkt wird. Dies führt dazu, dass Mädchen und Frauen wesentlich häufiger als Jungs und Männer weiterhin sexuelle Gewalt erfahren, da sie sowohl der Situation als auch dem Täter weiterhin ausgesetzt bleiben.

Ganz allgemein gibt es in Deutschland zu dem Thema „Sexuelle Gewalt für Frauen und Mädchen mit Behinderung" bisher kaum Beratungs- und Therapieangebote. So hat sich auch in der Weiterbildung gezeigt, dass behinderte Beraterinnen zum Teil selbst entsprechende Gewalterfahrungen haben, die sie bisher aufgrund fehlender Angebote nur unzulänglich verarbeiten konnten.
Für gehörlose Frauen kommt erschwerend hinzu, dass sie bisher keine finanzielle Unterstützung für eine Gebärdensprachdolmetscherin erhalten. Ihnen bleibt dann oft nur die Möglichkeit, entweder schriftlich mit der Beraterin zu kommunizieren oder aber Verwandte oder Freundinnen und Freunde für den Dolmetschdienst in Anspruch zu nehmen. Nach Auskunft des Deutschen

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

Gehörlosen-Bundes gab es 1999 lediglich eine Therapeutin in Deutschland, die die Gebärdensprache kann.
Die Situation für Frauen und Mädchen mit Gewalterfahrung ist demnach desolat. Nach dem Erlebnis der sexuellen Gewalt stellt die unzureichende Beratungs- und Unterstützungssituation eine weitere Belastung dar.

Insgesamt ist es wichtig, sexuelle Übergriffe/sexuelle Gewalt nicht zu bagatellisieren. Denn eine solche Verhaltensweise stärkt nicht nur die Position des Täters, sondern bestraft die Frauen und Mädchen für ihren Mut, die Tat zu veröffentlichen.

Insgesamt ist es wichtig, sexuelle Übergriffe/sexuelle Gewalt nicht zu bagatellisieren. Denn eine solche Verhaltensweise stärkt nicht nur die Position des Täters, sondern bestraft die Frauen und Mädchen für ihren Mut, die Tat zu veröffentlichen.
Sexuelle Gewalt ist eine strafbare Handlung und kann als solche zur Anzeige gebracht werden. Die Erfahrungen mit Strafprozessen, gerade auch im Zusammenhang mit Frauen und Mädchen mit Behinderung, sind jedoch unterschiedlich und leider nicht überwiegend positiv. Das Für und Wider einer Anzeige will daher im Vorfeld gut überlegt sein, denn: Die Anzeige kann nicht zurückgenommen werden.

# Sexuelle Gewalt an Mädchen und Frauen mit Behinderung – Unabhängige parteiliche Beratung und Unterstützung

Bärbel Mickler

**Vorbemerkungen**

Zunächst sollen hier einige Begriffe erklärt werden, die im folgenden Text benutzt werden.
In diesen Ausführungen wird bewusst der Begriff „Sexuelle Gewalt" angewendet, um deutlich zu machen, dass es sich hier um eine Form von Gewalt handelt, die auf sexueller Ebene ausgetragen wird. Macht- und Abhängigkeitsverhältnisse werden ausgenutzt. Die von der Gewalt betroffene Person ist nicht informiert oder kann in die sexuelle Handlung nicht selbstbestimmt einwilligen. Sexuelle Gewalt ist keine Form der Sexualität, sondern eine Form von Gewalt. Der häufig benutzte Begriff „Sexueller Missbrauch" impliziert, dass es einen legalen „Sexuellen Ge-brauch" gäbe.

Der Begriff „Opfer von sexueller Gewalt" wird gemieden, weil er die Schwäche und Wehrlosigkeit hervorhebt. Deshalb wird der Begriff „Überlebende von sexueller Gewalt" bevorzugt, weil er die Stärke und den Lebenswillen der von Gewalt Betroffenen betont.

Der folgende Text soll behinderten Beraterinnen einen Überblick über den Themenkomplex „Sexuelle Gewalt" geben. Eine persönliche Auseinandersetzung mit dem Thema ist unabdingbar. Der Text ist nicht als ein Leitfaden zu verstehen, der Frauen befähigt, mit Betroffenen zu arbeiten. Er soll Anregungen geben, sich dem Thema zu stellen, jedoch kein Patentrezept sein.

**Persönlicher Hintergrund**

Meinen Zugang zum Thema „Sexuelle Gewalt" habe ich während meines Anerkennungsjahres im stationären Jugendhilfebereich bekommen. Ich arbeitete dort in einem Arbeitskreis „Sexuelle Gewalt an Mädchen" mit. Schon während der ersten Sitzungen dieses Arbeitskreises wurde mir bewusst, dass dieses Thema für Mädchen und Frauen mit Behinderung ein Thema mit einer besonderen Brisanz ist.

Dies war für mich der Anlass, während meines Einstieges bei „Autonom Leben" Interesse daran zu äußern, mich mit dem Thema „Sexuelle Gewalt an Mädchen und Frauen mit Behinderung" zu beschäftigen. Das Team war nicht ablehnend, erklärte mir jedoch, dass „Sexuelle Gewalt" in der mehrjährigen Beratungsarbeit noch nie Thema gewesen sei. In diesem Gespräch erfuhr ich jedoch auch, dass sich bis dahin noch niemand aus dem Team mit diesem Thema auseinandergesetzt hatte. Schon wenige Wochen nach meinem Einstieg war „Sexuelle Gewalt" durchaus ein Thema in der Beratung. Eine seelisch- und körperbehinderte Frau kam zur Beratung wegen Fragen zu Assistenz und ihren sonstigen Rechten und Möglichkeiten. Schon im zweiten Gespräch erzählte sie mir von ihren langjährigen Gewalterfahrungen. Sie hatte vorher nie darüber gesprochen. „Irgendwie dachte ich, Dir könnte ich das erzählen. Warum, weiß ich auch nicht." Sie sagte mir später, dass sie gespürt hat, dass ich für das Thema offen war.

Auch in der von mir angebotenen Frauengruppe wurde „Sexuelle Gewalt" sehr schnell ein Thema, obwohl es nicht explizit in der Ankündigung aufgeführt war. Das gleiche erlebte ich später im Treff für Mädchen und junge Frauen. Diese Erfahrung begleitet mich die letzten Jahre hindurch. Die meisten Mädchen und Frauen, die über „Sexuelle Gewalt" sprechen, kommen zunächst mit anderen Themen in die Beratung. Eine Ausnahme bilden Frauen mit sogenannter geistiger Behinderung, die mit einer Bezugsperson das erste mal zu mir kommen, um gezielt Unterstützung wegen dieses Problems zu erhalten.

Dies alles halte ich nicht für einen Zufall. Zum einen ist „Sexuelle Gewalt" immer noch ein Tabuthema und zum anderen werden Mädchen mit Behinderung durch ihre spezielle Sozialisation gehindert, eigene Bedürfnisse und Interessen wahrzunehmen und zu formulieren. Die besondere Sozialisation ist auch eine Ursache dafür, dass Mädchen und Frauen mit Behinderung in besonderem Maße von sexueller Gewalt bedroht oder betroffen sind.

**Sozialisation und gesellschaftliche Voraussetzungen**
**Vom Mädchen mit Beeinträchtigung zur behinderten Frau**

Das Leben vieler behinderter Mädchen ist von dem Gefühl geprägt, ihren Eltern Trauer zu bereiten und nicht ihren Wüschen und Vorstellungen zu entsprechen.
Häufige Untersuchungen und Behandlungen sowie Krankenhausaufenthalte bestimmen die Kindheit. Der Aufbau eines positiven Körpergefühls wird so fast unmöglich.
Die Erfahrung der Mädchen, sich als defizitär zu erleben, hat häufig zur Folge, dass sie ihren Körper als wertlosen Gegenstand begreifen. Dieser Prozess kann dahin führen, dass sie den Körper als Gegenstand betrachten, der nicht zu ihrer Person gehört, also abgespalten ist. Auf diese Weise können sie leichter die Schmerzen und die Entfremdung aushalten, die ihrem Körper angetan werden. Natürlich ist es so auch kaum möglich, ein starkes Selbstwertgefühl zu entwickeln.
Das „behinderte" Selbstwertgefühl erschwert den Umgang mit der eigenen Sexualität und sexuellen Gefühlen. Dies ist ein Grund dafür, dass Frauen mit Behinderung – in Bezug auf sexuelle Gewalt in der Familie und in anderen Nahbezügen – besonders gefährdet sind.

Die Tatsache, dass die Sexualität behinderter Mädchen und Frauen oft unterdrückt wird, ist eine wesentliche Ursache dafür, dass Mädchen und Frauen mit Behinderung in besonderem Maße von sexueller Gewalt bedroht sind.
Behinderten Menschen wird entweder die Sexualität abgesprochen oder sie wird mystifiziert. Über Mädchen und Frauen, insbesondere mit sogenannter geistiger Behinderung, wird immer wieder geäußert, sie seien triebhaft oder distanzlos. Deshalb müssten sie eingesperrt oder „zu ihrer Sicherheit" sterilisiert werden. Andererseits werden ihnen jegliche Geschlechtlichkeit und sexuellen Bedürfnisse abgesprochen, und damit das Recht auf eine Intimsphäre. Sie gelten im Vergleich zu nichtbehinderten Mädchen und Frauen nicht als adäquate Partnerinnen, was dazu führen kann, dass sie sich bei sexueller Gewalt zunächst als Sexualpartnerin bestätigt fühlen.
Ähnliches gilt für Mädchen und Frauen, die nicht behindert geboren sind, sondern später behindert wurden. Sie haben sich als unbehinderte Mädchen an den gesellschaftlichen Normen orientiert und gemessen und konnten ihnen teilweise entsprechen. Mädchenerziehung betont immer eine möglichst makellose Körperlichkeit, nicht für die Mädchen und Frauen selbst, sondern

um den Ansprüchen von Männern zu genügen. So meinen sie später, dankbar sein zu müssen, wenn sie trotz ihrer Behinderung „geliebt" werden. Sie können sich nicht (mehr) vorstellen, für andere, vor allem für Nichtbehinderte, körperlich oder sexuell attraktiv zu sein.

**Strukturen in Institutionen für Menschen mit Behinderung – Strukturelle Gewalt**

Behinderte Menschen – unabhängig davon, wann ihre Behinderung eintritt – machen ständig die Erfahrung, dass nichtbehinderte „ExpertInnen" auf Grund ihrer Ausbildung angeblich besser als sie selbst wissen, was für sie gut und richtig ist und was nicht. Institutionen für behinderte Menschen (Schulen, Heime, Werkstätten) sind in einem hohen Maße von struktureller Gewalt geprägt.

- Die BewohnerInnen von Institutionen dürfen nicht entscheiden, wer sie weckt und ihnen bei der Intimpflege hilft; Essenszeiten sind vorgegeben; sie können oft nicht entscheiden, mit wem sie das Zimmer teilen und wer es betritt; Freizeitaktivitäten – und somit auch Kontakte nach „draußen" – müssen ständig abgesprochen werden und sind oft fremdbestimmt. Das Primat der Aufsichtspflicht führt dazu, dass fast alle Unternehmungen in der Großgruppe stattfinden.
- Behinderte Menschen, die in einer Werkstatt für Behinderte arbeiten (wollen oder müssen), müssen in der Regel die Werkstatt besuchen, die ihrem Wohnort am nächsten liegt. Dies gilt insbesondere dann, wenn sie für den Arbeitsweg auf einen Fahrdienst angewiesen sind.

Sie müssen sich also ständig den fremdbestimmten Gegebenheiten der Institutionen anpassen und sich arrangieren, und sind oft gezwungen, eigene Interessen und Bedürfnisse in den Hintergrund zu stellen. Da das Leben in den Institutionen von Fremdbestimmtheit geprägt ist, ist es den Bewohnerinnen fast unmöglich, für den Bereich Sexualität ein Recht auf Selbstbestimmung zu erkennen und einzufordern. So wird „Sexuelle Gewalt" begünstigt, da es keine angemessene Möglichkeit für selbstbestimmte, gelebte Sexualität gibt.
Da sie die Erfahrung der Fremdbestimmung jedoch schon sehr früh machen, meinen sie unbewusst, dass Grenzüberschreitungen in einem untrennbaren Zusammenhang mit ihrer Behinderung stehen (müssen). Sie erleben sexuelle Gewalt oft „nur" als eine weitere Grenzüberschreitung, gegen die sie sich nicht wehren können. Wenn sie ein Bewusstsein dafür entwickeln, dass das, was ihnen angetan wird, nicht in Ordnung ist, ist es für sie sehr schwierig, sich Hilfe zu holen.

Sich als Gewaltbetroffene an eine Person innerhalb der Institution zu wenden, stellt ein großes Problem dar, da die Menschen mit Behinderung wegen der bestehenden Abhängigkeits- und somit Machtverhältnisse die Konsequenzen nicht absehen können. Sie können nicht sicher sein, ob die MitarbeiterInnen für sie Partei ergreifen. Sie müssen damit rechnen, dass die Bezugsperson ihrem Kollegen oder ihrer Kollegin „so etwas" nun doch nicht zutraut.

Die Erfahrung zeigt, dass den Gewaltbetroffenen in Institutionen in der Regel nicht geglaubt wird, um den „Ablauf" innerhalb der Institution nicht zu gefährden. Dass einem Angestellten wegen Ausübung von sexueller Gewalt gekündigt wird, ist die absolute Ausnahme. Eher wird sich darum bemüht, die Betroffene zum Stillschweigen zu zwingen, oder ihr z.B. den Wohnheimplatz

zu kündigen. Deshalb ist den Betroffenen nicht damit gedient, dass es in vielen Institutionen mittlerweile Anlaufstellen zum Thema Sexualität gibt. Zwar sind diese Anlaufstellen auch offen für das Thema „Sexuelle Gewalt". Hier zeigt sich jedoch immer wieder, dass die Offenheit sich lediglich auf Gewalterlebnisse der Frauen in ihren Familien bezieht. Wenn es um Gewalt innerhalb der Institution geht, dann höchstens um sexuelle Gewalt zwischen Bewohnerinnen und Bewohnern. Jedoch stößt auch hier die Parteilichkeit dieser Anlaufstellen an Grenzen. Denn auch diese Form von Gewalt wird in den meisten Institutionen für Menschen mit Behinderung begünstigt. Hier gibt es oft weder Ort noch Raum, wo Sexualität selbstverständlich ausgelebt werden kann. Hinzu kommt, dass es so gut wie keine Wohngruppen gibt, in denen Frauen mit Behinderung, wenn sie es möchten, nur mit Frauen leben können.

Wenn sexuelle Gewalt innerhalb einer Institution ausgeübt wurde, kann somit von einer Beratungsstelle innerhalb der Institution nicht parteilich für die Betroffenen gearbeitet werden. Beratungs- bzw. Unterstützungsangebote, die finanziell und personell vollkommen unabhängig von der Institution sind, sind daher dringend erforderlich.

**Behinderte Mädchen und Frauen – Un-behinderte Gewalt?!**

In diesem Abschnitt werden die möglichen Folgen der besonderen Sozialisations- und Lebensbedingungen für Mädchen und Frauen mit Behinderung hinsichtlich der Bedrohung und Betroffenheit von sexueller Gewalt zusammengefasst. Wie an anderer Stelle bereits ausgeführt wurde, spielt die Behinderung im Erleben von sexueller Gewalt sowie im Verhältnis zwischen Betroffenen und Tätern eine zusätzliche, besondere Rolle. Die Behinderung hat also eine Auswirkung auf die Opfer-Täter-Dynamik.

- Von sexueller Gewalt betroffene Mädchen und Frauen mit Behinderung haben wegen der ihnen bekannten Schuldgefühle ihrer Mütter selten die Möglichkeit, diese als ihre Unterstützerinnen hinzuzuziehen. Ihnen wird vermittelt, dass ihre Mütter wegen der Behinderung schon an der Grenze ihrer Belastbarkeit sind, so dass sie glauben, keine zusätzlichen Probleme mehr verursachen zu dürfen.
- Für viele Mädchen und Frauen mit Behinderung gehören Grenzüberschreitungen, Anpassungsdruck und die Erfahrung, dass ständig andere (Nichtbehinderte) über sie bestimmen, so zu ihrem Alltag, dass sie sexuelle Gewalt und Grenzüberschreitungen schwer als Unrecht wahrnehmen können.
- So haben es die Täter bei Mädchen mit Behinderung leichter, sie zu verunsichern und ihnen die Schuld und Verantwortung zuzuweisen. Ihnen kann leichter suggeriert werden, dass ihre Gefühle nicht in Ordnung sind, die sexualisierte Gewalt eine Form von Liebe ist und dass sie dankbar sein sollen, dass sie trotz ihrer Behinderung „geliebt" und als sexuell attraktiv empfunden werden.
- Wegen des oft geringen Selbstwertgefühles und des negativen Bildes von ihrem eigenen Körper sind die zwiespältigen und verwirrenden Gefühle bei behinderten Betroffenen oft extrem ausgeprägt – vor allem, wenn die Gewalt von Täterinnen oder Tätern aus dem sozialen Nahbereich ausgeübt wird.
- Zum anderen machen Mädchen und Frauen mit Behinderung immer wieder die Erfahrung, dass Signale und Äußerungen nicht als Hinweis auf sexuel-

le Gewalt, sondern als Auswirkung der Behinderung oder Nebenwirkungen von Medikamenten interpretiert werden. Sogenannte Distanzlosigkeit oder sexuelle Überaktivität werden z.B. insbesondere bei Überlebenden mit sogenannter geistiger Behinderung üblicherweise als Symptom ihrer Behinderung gesehen. Hier gilt jedoch ebenso, dass diese vermeintlich „typischen" Verhaltensweisen Anzeichen sexueller Gewalt sein können.

**Professioneller Umgang mit dem Thema „Sexuelle Gewalt"**
**Mut zum Einstieg in das Thema, aber überlegt**
Was sind Voraussetzungen, um zum Thema „Sexuelle Gewalt" zu arbeiten?

„Sexuelle Gewalt" ist kein Thema, bei dem es möglich ist, unabhängig von der persönlichen Situation einzusteigen (im Gegensatz zu Themen wie z.B. dem Bundessozialhilfegesetz). Wenn die Bereitschaft und die Offenheit für das Thema da ist, können Veranstaltungen zum Thema „Sexuelle Gewalt", bei denen es nicht speziell um Frauen mit Behinderung geht, erst einmal sinnvoll sein. Denn viele Aspekte aus dem Bereich „Sexuelle Gewalt gegen Frauen" sind übertragbar. Das Erleben und der Umgang der überlebenden Mädchen und Frauen mit Behinderung unterscheidet sich grundsätzlich nicht von dem Nichtbehinderter.

Das Wichtigste ist die Offenheit und die Bereitschaft, sich auf das Thema einzulassen. Es ist jedoch unabdingbar, sich weitgehend Klarheit darüber zu verschaffen, was das Thema an eigenen Emotionen auslöst. Supervision und/oder Austausch mit Kolleginnen ist deshalb dringend erforderlich. Es besteht sonst die Gefahr, unbewusst das eigene Erleben und den persönlichen Umgang auf die Ratsuchenden zu übertragen.

Es ist wichtig, sich selbst zu fragen: „Fühle ich mich dem Thema gewachsen?" Wenn eigene Ängste oder Barrieren spürbar sind, ist es nötig, diese ernst zu nehmen. Das Erkennen und Wahrnehmen der eigenen Grenzen ist genauso wichtig und notwendig wie die Sensibilität für die Grenzen der Ratsuchenden!

**Eine Frau mit sogenannter geistiger Behinderung**
**ist eine Frau mit Behinderung**
An dieser Stelle möchte ich kurz auf meinen Zugang zu Frauen mit sogenannter geistiger Behinderung eingehen. Ich denke, dass sich mein Zugang grundsätzlich auf andere behinderte Beraterinnen übertragen lässt.
Wie viele Frauen mit Körper- oder Sinnesbehinderungen bin auch ich mit der häufigen Aussage aufgewachsen: „Du bist ja wenigstens im Kopf o.k.". Dies führte zunächst zu einer Abgrenzung zu Mädchen bzw. Frauen mit sogenannter geistiger Behinderung. Da es in Hamburg zur Zeit keine Anlaufstelle für gewaltbetroffene Frauen mit dieser Behinderung gibt, kamen diese mit dem Thema zu mir.
Je länger ich jetzt für bzw. mit Frauen mit sogenannter geistiger Behinderung arbeite, umso deutlicher wird mir, dass wir als Frauen mit Behinderung viel mehr Erfahrungen und Erlebnisse gemeinsam haben, als ich dachte. Viele Aspekte in der Sozialisation sind dieselben. Entsprechendes gilt für die Auswir-

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

kungen. Sicher ist das Leben einer Frau mit sogenannter geistiger Behinderung oft noch stärker von Fremdbestimmung geprägt als das einer anders behinderten Frau. Eine Herausforderung ist, eine geeignete Kommunikationsform zu finden. Dies ist jedoch erfahrungsgemäß viel einfacher machbar, sobald die Abgrenzungsmechanismen zu Frauen mit sogenannter geistiger Behinderung reflektiert sind. Oft ist dies der erste Schritt zur Überwindung der vorher unbewussten Barrieren.

**Die besondere Situation von Frauen mit sogenannter geistiger Behinderung**

Trotz vieler Gemeinsamkeiten gibt es einige Besonderheiten, die in der Unterstützung von Frauen mit sogenannter geistiger Behinderung zu beachten sind:

Viele Frauen mit sogenannter geistiger Behinderung sind lebenslänglich von Unterstützung abhängig. Wenn sie Schwierigkeiten haben, ihren Alltag ohne Unterstützung zu bewältigen, wird ihnen oft vermittelt, dass sie nicht außerhalb einer Einrichtung leben können. Für sie ist es oft noch schwieriger, sich gegen den Mechanismus zu wehren, dass nichtbehinderte „ExpertInnen" zu wissen meinen, was gut für sie ist und was nicht.

Es stellt ein besonderes Problem dar, dass das relativ neue „Betreuungsrecht", das 1992 das Vormundschaftsrecht abgelöst hat, immer noch viel Macht von Eltern gegenüber ihren erwachsenen Töchtern mit sogenannter geistiger Behinderung ermöglicht. Das Gesetz sieht vor, dass die Betreuung möglichst durch Angehörige angestrebt werden soll. Die meisten GutachterInnen, die über den Umfang der Betreuung und die Eignung der betreuenden Person eine Aussage treffen sollen, gehen erfahrungsgemäß davon aus, dass die Eltern ihre behinderten erwachsenen Töchter am besten kennen. Als Konsequenz bekommen sie oft die Wirkungskreise „Gesundheit" und „Aufenthaltsbestimmung" zugesprochen, und die behinderten Frauen haben kaum eine Chance, sich den Wünschen und Vorstellungen der Eltern zu entziehen.

So werden z.B. alleinstehende Väter als Betreuer für ihre behinderten Töchter eingesetzt. Ihre Aufgabe ist es dann unter anderem, den Aufenthalt „zum Wohle ihrer Tochter" zu regeln. Dasselbe gilt häufig für die Angelegenheiten im Bereich Gesundheit. Wenn sexuelle Gewalt von einem Familienmitglied ausgeübt wird, führt das zu einer besonderen Brisanz. Die Väter haben dann z.B. das Recht zu erfahren, welche ÄrztInnen oder TherapeutInnen ihre Töchter aufsuchen. Auch der Aufenthaltsort kann nur mit Zustimmung der Väter geändert werden. Wenn sie z.B. ein Frauenhaus aufsuchen, muss dem Vater als erster Schritt die Aufenthaltsbestimmung entzogen werden, falls diese im Wirkungskreis der gesetzlichen Betreuung ist. Ansonsten hat er die Möglichkeit, zu versuchen, seine Tochter zurückzuholen.

Viele Frauen mit sogenannter geistiger Behinderung schildern ihre Gewalterfahrungen in Bildern, die oft nicht der Realität entsprechen. So äußerte z.B. ein lernbehindertes, blindes Mädchen, deren Vater für sie die gesetzliche Betreuung unter anderem für die Bereiche „Gesundheit" und „Aufenthaltsbestimmung" haben wollte: „Mein Vater hat mich immer gewürgt und an einen Baum gebunden, damit ich nicht weglaufe." Tatsache war, dass sie auf Grund ihrer Wahrnehmungsstörungen und der damit verbundenen Orientierungslosigkeit nicht hätte weglaufen können. Hier ist es oft nötig, die Emotionen und den Gesamtzusammenhang stärker im Blick zu behalten, statt sich an einzelne konkrete Fakten zu klammern. Dies könnte dazu führen, dass die

eigentliche Botschaft nicht zu verstehen ist oder als unwahr abgetan wird.
Als „unproblematische" Verhütungsmethode wird bei Frauen mit sogenannter geistiger Behinderung häufig die Sterilisation angesehen. Auch wenn die Sterilisation im Gegensatz zu früher nicht mehr so ohne weiteres möglich ist, ist sie noch weit verbreitet. Als „gute Alternative" wird bei Mädchen mit sogenannter geistiger Behinderung in der Pubertät die Drei-Monats-Spritze angesehen, die wegen ihrer schädlichen Nebenwirkungen in der Regel für Mädchen und Frauen ohne Behinderung abgelehnt wird. Empfängnisverhütung ist für Frauen mit sogenannter geistiger Behinderung oft keine selbstbestimmte Wahlmöglichkeit, sondern eine Entscheidung, die andere für bzw. gegen sie treffen.
Da der Täter meist aus dem Nahbereich kommt, ist es nicht unwahrscheinlich, dass er direkt Einfluss auf die Entscheidung der Empfängnisverhütung nimmt, oder ihm ist die Tatsache der radikalen Empfängnisverhütung zumindest bekannt. Er muss keine Aufdeckung durch eine Schwangerschaft befürchten und nutzt dies perfide aus.

**Vom Erkennen zum Unterstützen**
**Signale für sexuelle Gewalt**
Das Erleben, die Folgen und die Überlebensstrategien von betroffenen Mädchen und Frauen mit Behinderung unterscheiden sich prinzipiell nicht von denen nichtbehinderter Mädchen und Frauen. Die im Folgenden aufgezählten Signale für sexuelle Gewalt können für die Betroffenen eine wichtige Überlebensstrategie sein. Sie sind für die Betroffenen zunächst sinnvoll, obwohl sie selbstzerstörerischen Charakter haben können.

Signale können sein:

- Essstörungen
- Alkoholabhängigkeit
- Depression
- extreme Isolation
- Waschzwang
- Angst vor Sexualität
- extreme Unsicherheit oder Angst vor Männern
- extreme Angst in dunklen Räumen
- häufige Bauch- oder Unterleibsschmerzen
- Infektionen im Genital- oder Blasenbereich

All diese Signale können durch sexuelle Gewalt verursacht werden, sie können aber durchaus andere Ursachen haben! Aufmerksames Beobachten der möglichen Zusammenhänge verschafft in der Regel Klarheit. Jede verbale Äußerung, die auf sexuelle Gewalterlebnisse hindeutet, ist natürlich ein eindeutiges Signal.

**Beratung — unabhängig von Familie und Institution**
Es ist zu betonen, dass sexuelle Gewalt – genauso wie bei nichtbehinderten von sexueller Gewalt betroffenen Mädchen und Frauen – in den wenigsten Fällen von fremden Menschen ausgeht, sondern die Täter oder Täterinnen aus dem Nahbereich kommen. Meist sind die TäterInnen Familienmitglieder, Freunde der Familie, Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen aus Institutionen oder Mitbewohner und Mitbewohnerinnen.

Daher benötigen Mädchen und Frauen mit Behinderung dringend Anlaufstellen, die eindeutig parteilich für sie arbeiten. Die Rahmenbedingungen (personell und strukturell) dieser Anlaufstellen müssen es ermöglichen, im eindeutigen Interesse des Mädchens bzw. der Frau mit Behinderung zu handeln. Hier können unter anderem auch Elternvereine an Grenzen stoßen. Personell bedeutet dies, dass Frauen mit Behinderung an der Beratung beteiligt sein sollen. Strukturell müssen die Anlaufstellen finanziell und personell unabhängig von den sozialen Systemen der Beteiligten sein.

**Unterstützung als Prozess**
**Was tun bei Verdacht? Was tun bei Aufdeckung?**
Es gibt mehrere Aspekte, die bei Verdacht oder Aufdeckung sexueller Gewalt dringend berücksichtigt werden sollten:

- Ruhe bewahren! Voreiliges Handeln kann schaden. In den meisten Fällen ist davon auszugehen, dass die sexuelle Gewalt schon länger ausgeübt wird. Überstürztes Handeln kann der Überlebenden häufig mehr schaden, als dass es ihr hilft.
- Wenn Verdacht auf sexuelle Gewalt besteht, kann es hilfreich sein, Signale oder auffällige Situationen selbst tagebuchähnlich zu dokumentieren, um sich Klarheit zu verschaffen.
- Es ist unbedingt nötig, sich selbst zu fragen: „Fühle ich mich in der Lage, über das Thema sexuelle Gewalt zu sprechen oder nicht?" Auf keinen Fall sollte frau Gesprächsangebote zu dem Thema machen, wenn, aus welchen Gründen auch immer, die Bereitschaft nicht da ist, bzw. Gefühle von Überforderung aufkommen. Die Überforderung wird von den Betroffenen wahrgenommen und führt zu massiven Verunsicherungen. Unter Umständen setzen diese unbewussten Doppelbotschaften („Eigentlich will ich es nicht hören, weil ich mich überfordert fühle, aber Du musst es mir trotzdem erzählen.") die Betroffenen unter Druck.
- Hilfreich und sinnvoll ist ein Gespräch mit KollegInnen oder im Rahmen von Supervision, um sich selbst die eigenen Emotionen bewusst zu machen und sich auszutauschen.
- In Gruppen oder anderen Zusammenhängen sollte signalisiert werden: *„Ich weiß, dass es Menschen gibt, denen sexuelle Gewalt angetan wird und es ist hier möglich, darüber zu reden."* Selbstverständlich ist es in der Regel sinnvoll, dieses Thema zu umschreiben.
- Der Überlebenden gegenüber sollte die Beraterin signalisieren: *„Ich glaube Dir. Es ist gut und richtig, dass Du darüber sprichst."*
- Auch bei einer Betroffenen, die nicht verbal (in Sätzen) kommunizieren kann, ist es möglich und nötig, sie aktiv in den Prozess einzubeziehen.
- Das eigene Handeln gegenüber der Betroffenen muss fortwährend transparent gemacht werden. Von Gewalt Betroffene machen immer wieder die Erfahrung, dem Täter hilflos ausgeliefert zu sein, keinen Einfluss auf sein Handeln zu haben. Umso wichtiger ist es, dass sie sicher sein können, dass nichts gegen ihren Willen passiert – und zwar gerade, wenn sie sich Hilfe holen. Sie benötigen Sicherheit und Transparenz. Es ist für eine Unterstützerin einer Überlebenden zwingend notwendig, mit ihr konkret zu klären, welche Informationen z.B. an das Gericht, aber auch z.B. an Angestellte der Wohngruppe weitergegeben werden sollen. Es gibt für Unterstützerinnen keine Verpflichtung, sexuelle Gewalt anzuzeigen.
- Bei Aufdeckung sollte mit der Überlebenden geklärt werden, ob es UnterstützerInnen für sie gibt.

- Sexuelle Gewalt, z.B. in einer Familie oder Wohngruppe, sollte nie aufgedeckt werden, ohne vorher die Folgen abzuklären. Wenn die Betroffene anschließend darauf angewiesen ist, in der Situation der Abhängigkeit zu bleiben, kann dies für sie gravierende Folgen haben. Die Beraterin sollte daher unbedingt mit der Überlebenden reden, bevor Schritte eingeleitet werden. Insbesondere gilt dies auch für Frauen mit sogenannter geistiger Behinderung. Gerade wenn der Verdacht besteht, dass ein Angehöriger sexuelle Gewalt ausübt, ist es zwingend notwendig, mit der Betroffenen zu sprechen, bevor der Angehörige durch eingeleitete Schritte mit der Aufdeckung konfrontiert wird. Der Angehörige geht bei einer Aufdeckung in jedem Fall davon aus, dass die Betroffene etwas „von dem gemeinsamen Geheimnis" erzählt hat. Sie wird von dem Angehörigen, von dem sie weiterhin abhängig ist, unter Druck gesetzt, ist jedoch gegenüber anderen auch nicht in der Lage, selbst das Thema anzusprechen. Unter Umständen weiß sie nicht, bei welcher Person und wie sie es einbringen kann. Die Betroffene ist in einer für sie zunächst ausweglosen Situation.
- Wenn die sexuelle Gewalt innerhalb der Familie ausgeübt wird und ein Angehöriger als gesetzlicher Betreuer auch für den Wirkungskreis „Gesundheit" zuständig ist, hat dies auf die Möglichkeiten der Unterstützung eine besondere Auswirkung. Der Betreuer ist dann berechtigt, über Kontakte zu TherapeutInnen informiert zu werden. Dieses Recht gilt nicht für das Aufsuchen von Beratungsstellen. Hier können z.B. Sozialpädagoginnen als Unterstützerinnen eine große Hilfe sein.
- Wenn der Täter der gesetzliche Betreuer ist, muss schnellstmöglich dafür gesorgt werden, dass ihm das Recht auf Aufenthaltsbestimmung entzogen wird. Sonst besteht die Gefahr, dass er den Aufenthaltsort seiner Tochter zu seinem Nutzen ändert. Dies könnte z.B. eine Wohngruppe sein, in der „Sexuelle Gewalt" kein Thema ist.
- Ist der Täter ein Angehöriger, so kann es für eine Gewaltbetroffene entlastend sein, wenn ihm Entscheidungskompetenzen (wie z.B. das Aufenthaltsbestimmungsrecht) entzogen werden. Die angetane Gewalt ändert nichts an der emotionalen Abhängigkeit und führt zu zwiespältigen Gefühlen. Einerseits liebt sie den Angehörigen und möchte seinen Wünschen gerecht werden. Andererseits möchte sie, dass er ihr die sexuelle Gewalt nicht mehr antut. Für sie ist es dann entlastend, wenn der Angehörige Entscheidungen für, bzw. unter Umständen gegen sie nicht mehr treffen darf. Sie muss sich dann nicht ständig entscheiden, sich entweder gegen ihn durchzusetzen oder seinen Wünschen nachzukommen.
- Es ist notwendig, sich in einem Aufdeckungs- oder Beratungsprozess (z.B. durch Supervision) immer wieder Klarheit über das eigene Handeln zu verschaffen, um herauszufinden, welches der Weg der Betroffenen ist. Gerade dieses emotional besetzte Thema birgt die Gefahr, eigene Handlungsstrategien zu verfolgen und den Weg der Betroffenen aus dem Blick zu verlieren. Dies bedeutet z.B., aushalten zu müssen, dass eine Überlebende sich immer wieder entscheidet, sich in die Situation zu begeben, in der sie die Gewalt erlebt. Für sie kann es über Jahre wichtig sein, zunächst zu wissen, dass ihr Unrecht getan wird – bevor sie aktiv den nächsten Schritt geht. Sie muss das Recht haben, ihren Weg zu gehen und somit zu entscheiden, wann sie welchen Schritt geht.

- Es kann sein, dass eine Gewaltbetroffene sich entscheidet, sich dem angehörigen Täter zuliebe keine weitere Unterstützung zu holen. Es kann schwer sein, diesen Loyalitätskonflikt der Betroffenen auszuhalten. Die Unterstützerinnen können ihr diesen Konflikt leider nicht nehmen. Wichtig erscheint mir, ihr trotzdem deutlich zu machen, dass sie jederzeit in die Beratung zurückkommen kann.

- Es ist einer Betroffenen nicht zwangsläufig zur Anzeige zu raten. Es muss genau geprüft werden, zu welchen Konsequenzen eine Anzeige führt und ob zu erwarten ist, dass die Folgen im Sinne der Betroffenen sind. Eine erstattete Anzeige kann nicht zurückgenommen werden! Es sollte deshalb vorher dringend abgeklärt werden, was die Betroffene sich davon erhofft.

Auch wenn die Möglichkeiten der Unterstützerinnen begrenzt sind, ist es für alle Beteiligten immer wichtig, nicht den Mut zu verlieren. Für die von Gewalt betroffene Frau sind oft schon „kleine Angebote" eine große Entlastung.

**Selbstheilung – Unterstützung bei Heilungsprozessen**

Von sexueller Gewalt betroffene Mädchen und Frauen entwickeln Strategien, trotz ihrer traumatischen Gewalterlebnisse zu „über"-leben. Sie erarbeiten sich also ihren Weg der Bewältigung und der Heilung. Ihr Wille, mit dieser Erfahrung zu über-leben, weckt ihr Potential zur Selbstheilung.

*Die gewählten Strategien sind für die Betroffene subjektiv sinnvoll und aus ihrer Sicht notwendig*, auch wenn sie objektiv einen selbstzerstörerischen Charakter haben können. Beispiele hierfür sind Suchtverhalten, Selbstverletzungen u.ä..

*Eine wichtige Voraussetzung für die Unterstützung im Heilungsprozess ist daher, die Strategien der Betroffenen als ihren Weg der Bewältigung anzuerkennen.* Für die Unterstützung ist es wichtig, an dem Punkt anzusetzen, an dem die Betroffene sich gerade befindet. Nur so ist es möglich, mit ihr gemeinsam Alternativen zu entwickeln.

- Eines der wichtigsten Ziele der Beratung und Unterstützung gewaltbetroffener Mädchen und Frauen sollte sein, ihre Selbstheilungskräfte zu stärken.
- Für die Unterstützerinnen im Heilungsprozess ist es notwendig anzuerkennen, dass die Gewalterfahrungen nicht das Einzige im Leben der Betroffenen sind. In einigen Phasen des Heilungsprozesses benötigen die Mädchen und Frauen Unterstützung, die positiven Aspekte ihres Lebens wieder wahrzunehmen. Dies kann z.B. bedeuten, mit ihnen gemeinsam nach einem positiven Ereignis zu suchen. Vielleicht hat sie eine Freundin getroffen, etwas Leckeres gegessen oder etwas Schönes gelesen. Es ist also für die Unterstützerinnen notwendig, nicht nur die Gewalterfahrungen der Betroffenen in den Mittelpunkt zu stellen, sondern sie als ganze Person mit ihren Interessen und Vorlieben im Blick zu behalten.
- Es muss ein wichtiges Ziel sein, die Betroffene darin zu unterstützen, die Gewalterfahrungen als „verheilte Narbe" in ihr Leben zu integrieren. Niemand kann einer Überlebenden ihre Gewalterfahrungen abnehmen. Sie kann aber „lernen", mit dieser Erfahrung umzugehen, so wie sie lernen kann, dies mit einer Narbe zu tun.

- Es ist nötig, die Heilungskräfte Betroffener anzuerkennen, um sie nicht lebenslänglich zu stigmatisieren.
- Für die Überlebenden ist es wichtig, dass sie eine Person ihres Vertrauens haben, mit der sie über die Erfahrung sprechen können. Die Möglichkeit, einer Person einfach nur die Erlebnisse oder Gefühle mitteilen zu können, ist manchmal bereits eine ausreichende Form der Unterstützung.
- Die Betroffenen durchlaufen während ihres Heilungsprozesses in der Regel unterschiedliche Phasen des emotionalen Umgangs. Dieser Prozess kann individuell unterschiedlich verlaufen.

Der anfänglichen Trauer folgt häufig Wut auf den Täter. Oft folgt dann eine Phase, in der die Betroffenen versuchen, die Erfahrung zu verdrängen. Dies führt dazu, dass sie nicht mehr über ihre Gewalterlebnisse sprechen. Es kann sogar dazu kommen, dass sie versuchen, diese zu leugnen. Es kann dann einen Anlass geben, der dazu führt, dass die Gewalterfahrungen wieder in das Bewusstsein rücken. Auch dann gibt es wieder unterschiedliche Formen des Umganges. Beispiele hierfür sind: selbst darüber nachdenken, mit FreundInnen sprechen, sich professionelle Unterstützung holen, in eine Selbsthilfegruppe gehen etc.

Abschließend sei betont, dass die Möglichkeiten der Verarbeitung und Selbstheilung bei Mädchen und Frauen mit Behinderung genauso vorhanden sind wie bei nichtbehinderten Mädchen und Frauen. Die hier aufgezeigten Aspekte im Heilungsprozess und die damit verbundenen Möglichkeiten zur Unterstützung gelten daher für Mädchen und Frauen mit und ohne Behinderung gleichermaßen.

**Abgrenzung Beratung und Therapie**
Nicht jedes Mädchen, jede Frau mit Gewalterfahrung benötigt eine Therapie. Vielen Betroffenen ist mit regelmäßiger Beratung ebenso geholfen. Das ist individuell und in den einzelnen Lebensphasen verschieden.

Ein wichtiger Inhalt der Beratung sollte sein, herauszufinden, welche Form der Unterstützung für die Überlebende passend und notwendig ist. Hier ist es wichtig, als Beraterin über die unterschiedlichen Formen der angebotenen Therapien informiert zu sein.

Leider gibt es immer noch nicht genügend Therapeutinnen, die sich bereit erklären, mit betroffenen Mädchen und Frauen mit Behinderung zu arbeiten. Wenn eine Frau mit Behinderung zu der Entscheidung kommt, eine Therapie zu machen, hat sie deshalb große Schwierigkeiten, eine geeignete Therapeutin zu finden. Dies liegt zum einen an den fehlenden Kenntnissen und der daraus resultierenden Unsicherheit der Therapeutinnen. Hinzu kommen auch hier wieder die „üblichen" Barrieren wie unzugängliche Therapieräume und fehlende Kommunikationsmöglichkeiten. Gerade für gehörlose Mädchen und Frauen ist dies ein großes Problem; sie bleiben mit ihrer Gewalterfahrung weitestgehend isoliert. (Es gibt in der BRD eine einzige Therapeutin mit der Möglichkeit der Gebärdensprache.)

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

**Prävention**
**Prävention als Aufgabe aller Beteiligten**
Die Präventionsarbeit mit Mädchen und Frauen mit Behinderung unterscheidet sich grundsätzlich nicht von der Präventionsarbeit zum Thema „Sexuelle Gewalt" für unbehinderte Menschen. Selbstverständlich müssen behinderungsbedingt zusätzliche Aspekte berücksichtigt werden.
Prävention ist Aufgabe aller, die mit Mädchen und Frauen mit Behinderung zu tun haben. Daher ist es erforderlich, dass alle diejenigen, die mit behinderten Menschen arbeiten, sich die dafür notwendigen Kompetenzen aneignen und dazu beitragen, dass die entsprechenden strukturellen Voraussetzungen geschaffen werden.

- Es müssen dringend Materialien für die Präventionsarbeit erstellt werden, die so aufbereitet sind, dass sie den Anforderungen unterschiedlich behinderter Mädchen und Frauen gerecht werden. Z.B. muss es für Frauen mit sogenannter geistiger Behinderung verständliches Bildmaterial geben oder für sehgeschädigte Mädchen und Frauen Material in Punktschrift auf Hörkassette und Großdruck.
- Mädchen und Frauen mit Behinderung muss genauso wie nichtbehinderten Mädchen und Frauen die Teilnahme an Selbstverteidigungs- und Selbstbehauptungskursen ermöglicht werden.

*Ganz grundsätzlich ist es eine wichtige präventive Maßnahme gegen Gewalt, wenn jede ihren unguten Gefühlen nachgeht, statt sie zu ignorieren.*

**Prinzipien der Prävention**
Es gibt einige Grundsätze, die unter anderem für die Arbeit in Schulen entwickelt wurden. Diese können prinzipiell auf die Arbeit mit Mädchen oder Frauen mit Behinderung übertragen werden. Einige Aspekte haben wegen der im vorangegangenen Text ausführlich dargestellten, besonderen Lebenssituation von Mädchen und Frauen mit Behinderung eine besondere Bedeutung.

- *Dein Körper gehört dir. Er ist liebens- und schützenswert. Niemand darf ihn gegen deinen Willen berühren oder anfassen.* Dieser Aspekt ist besonders dann brisant, wenn ein Mädchen oder eine Frau mit Behinderung auf Assistenz im körperpflegerischen Bereich angewiesen ist. Dieses Prinzip ernst zu nehmen, würde bedeuten, dass von Assistenz abhängige Menschen in jedem Fall die Entscheidungskompetenz dafür haben müssen, wer ihnen assistiert. Davon sind wir leider noch weit entfernt. Dieser Grundsatz bedeutet auch, Mädchen und Frauen darin zu unterstützen, ein positives Körpergefühl zu entwickeln. Nur so können sie für sich anerkennen, dass ihr Körper, „so wie er ist", liebens- und schützenswert ist.
- *Nein-Sagen ist erlaubt!* Wenn Angehörige oder MitarbeiterInnen in Institutionen Nein-Sagen fördern, bedeutet dies für sie, sich von dem für sie bequemen Ablauf des Alltags zu verabschieden. Es ist nicht machbar, im Bereich „Sexualität" das Nein-Sagen zu erlauben und zu fördern, wenn ansonsten gefordert ist, sich im Alltag mit allen Vorgaben zu arrangieren – also ständig „Ja" zu sagen.
- *Vertraue deinem Gefühl.* Hierbei muss berücksichtigt werden, dass Mädchen und Frauen mit Behinderung oft die Erfahrung gemacht haben, fremdbestimmt zu sein und ihrem Gefühl nicht folgen zu dürfen, wenn ihnen z.B. von ÄrztInnen gesagt wurde: „Das tut zwar jetzt weh. Aber du wirst später begreifen, dass es nur zu deinem Besten ist."

- Es ist wichtig, den *Unterschied zwischen angenehmen und unangenehmen Berührungen* zu thematisieren.
- *Mit mir kannst du über sexuelle Gewalt reden*, ich weiß, dass es Menschen gibt, die davon betroffen sind. Für mich ist das Thema kein Tabu. So wird Gesprächsbereitschaft signalisiert.
- Es ist nötig, zu thematisieren, dass es einen *Unterschied zwischen guten und schlechten Geheimnissen* gibt. „Geheimnisse, die schön sind, kannst du natürlich für dich behalten. Über Geheimnisse, die dir z.B. Bauchschmerzen machen, solltest du mit einer Person deiner Wahl sprechen."
- Die *umfassende Aufklärung* im Bereich „Sexualität" ist eine notwendige Voraussetzung dafür, sexuellen Handlungen informiert und selbstbestimmt zuzustimmen – oder nicht gewollte erkennen und ablehnen zu können.

**Selbstbehauptung und Selbstverteidigung**

Die Erfahrungen zeigen, dass Mädchen und Frauen mit Behinderung, die sich entscheiden, an einem Selbstverteidigungs- und Selbstbehauptungskurs teilzunehmen, viele Alltagssituationen als Formen von Gewalt erkennen, die sie nicht länger widerspruchslos hinnehmen wollen. Als präventive Maßnahme muss daher Mädchen und Frauen mit Behinderung die Teilnahme an Selbstverteidigungs- und Selbstbehauptungskursen ermöglicht werden – wenn sie dies wollen.
Bis jetzt kann sich nur ein kleiner Teil der Mädchen und Frauen mit Behinderung vorstellen, dass Selbstverteidigungs- und Selbstbehauptungskurse auch für sie eine Möglichkeit sind. Sie haben Angst, auch hier wieder die Erfahrung machen zu müssen, dass sie etwas nicht können, dass sie an Grenzen stoßen. Hier sind Bestätigung, Ermutigung und gezielte Informationen notwendig.

**Prävention in Institutionen – strukturelle Rahmenbedingungen**

Der Bereich Prävention muss insbesondere in den Institutionen für Menschen mit Behinderung berücksichtigt werden. Dies muss nicht nur z.B. durch Angebote von Selbstverteidigungskursen erfolgen, sondern selbstverständlicher Bestandteil des Alltags sein. Das kann nur durch strukturelle Voraussetzungen der Träger, persönliche Auseinandersetzung und Qualifikation der MitarbeiterInnen gewährleistet werden.

Die Strukturen in den Einrichtungen für behinderte Menschen müssen dringend sehr kritisch dahingehend überprüft werden, ob sie Gewalt ungewollt fördern oder ermöglichen. Das bedeutet konkret:

- Es muss anerkannt werden, dass die Einschränkung selbstbestimmter Sexualität, Bevormundung in der Lebensplanung und im Alltag, sowie die Strukturen von Sondereinrichtungen sexuelle Gewalt fördern und ermöglichen. Hieraus müssen entsprechende Veränderungen der Strukturen in den Einrichtungen vorgenommen werden.
- Mädchen und Frauen mit Behinderung müssen selbst bestimmen können, ob sie von Frauen oder Männern Hilfe und Unterstützung bekommen. Dies gilt insbesondere für Mädchen und Frauen, die Assistenz bei der Körperpflege benötigen.
- Es muss sichergestellt werden, dass die MitarbeiterInnen regelmäßige Supervision und Fortbildungen in Anspruch nehmen können.
- Es muss gewährleistet sein, dass Personalschlüssel, Einstellungskriterien, Inhalt und Form der Einarbeitung etc. so gestaltet sind, dass behinderte Menschen als gleichwertige, autonome Menschen gefördert und als MitarbeiterInnen, auch in leitenden Positionen, eingestellt werden.

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

**Rechtliche Aspekte**
Dieser Abschnitt wurde in Kooperation mit Petra Bungart geschrieben, die als Juristin bei „Autonom Leben" tätig ist.

Für die Beratung und Unterstützung gewaltbetroffener Mädchen und Frauen mit Behinderung ist es wichtig, sich einen Überblick über die rechtliche Situation zu verschaffen, um ggf. die rechtlichen Konsequenzen absehen zu können. Einige Grundlagen sollen hier angesprochen werden.

Im Rahmen eines Betreuungsverhältnisses:

- Wenn im Rahmen einer gesetzlichen Betreuung begründeter Verdacht auf sexuelle Gewalt geäußert wird, muss das Vormundschaftsgericht tätig werden und Schritte zur Klärung einleiten. Unter Umständen kann dies auch eine Anzeige bei der Staatsanwaltschaft bedeuten.
- Es ist nicht gesetzlich vorgeschrieben, dass die Betroffenen in einem Verfahren angehört werden müssen. Das Verfahren kann deshalb unter Umständen abgeschlossen werden, ohne dass die Betroffene angehört worden ist.
- Wenn sich der Verdacht erhärtet, dass sexuelle Gewalt durch einen Angehörigen ausgeübt wird, der als gesetzlicher Betreuer eingesetzt ist, sind handfeste Beweise erforderlich, bevor dem Angehörigen die Betreuung entzogen wird. Insbesondere ergeben sich dann Probleme, wenn die Betroffene – aus welchen Gründen auch immer – nicht bereit oder in der Lage ist, gegen den Angehörigen auszusagen.

**Strafrechtliche Aspekte:**
- Wird eine Anzeige bei der Polizei, der Staatsanwaltschaft oder beim Gericht erstattet, wird ein Verfahren in Gang gesetzt, das von der Betroffenen nicht mehr gestoppt werden kann.
- Als Opfer von sexueller Gewalt besteht in den allermeisten Fällen die Möglichkeit der Nebenklage. Als Nebenklägerin stehen einem besondere Rechte, insbesondere Beweisantragsrechte im Strafverfahren zu. Als Nebenklägerin kann frau eine Rechtsanwältin (einen Rechtsanwalt) konsultieren, die (bzw. der) gegebenenfalls über die Prozesskostenhilfe abgerechnet wird.
- Eine Vergewaltigung im Sinne des Gesetzes (§ 177 StGB) liegt nur dann vor, wenn der Täter entweder Gewalt eingesetzt hat, mit gegenwärtiger Gefahr für Leib oder Leben gedroht hat oder eine Lage, in der das Opfer seiner Einwirkung schutzlos ausgeliefert ist, ausgenutzt hat.
- Das Tatbestandsmerkmal „Ausnutzen einer Lage, in der das Opfer der Einwirkung des Täters schutzlos ausgeliefert ist" ist erst neu (Juli 1997) in das Gesetz aufgenommen worden. Der Bundesgerichtshof (BGH) hat in zwei grundlegenden Erntscheidungen festgestellt, dass auch eine geistige und körperliche Behinderung die schutzlose Lage eines Opfers begründen können.(1)
- Eine Vergewaltigung kann nur dann zu einer Bestrafung führen, wenn eindeutig geklärt ist, dass die sexuellen Übergriffe gegen den Willen der Frau vorgenommen worden sind. Das führt in sehr vielen Fällen zu Beweisproblemen im Strafprozess. Die Betroffene, die oft die einzige Zeugin ist, muss glaubhaft machen, dass die sexuellen Übergriffe gegen ihren erkennbaren Willen vorgenommen wurden . Probleme ergeben sich immer dann, wenn die Betroffene sich – aus welchen Gründen auch immer – nicht tätlich gewehrt hat. Zum Teil wird leichte Gegenwehr immer noch als Sträu-

ben (Teil des Liebesspiels) angesehen. Widerstand, der nicht massiv genug ist, wird oft als Zustimmung gedeutet. Gerade die rein verbale Gegenwehr reicht in den allermeisten Fällen im strafrechtlichen Sinne nicht aus.

- Neben der Vergewaltigung gibt es eine weitere Vorschrift, die für Mädchen und Frauen mit Behinderung relevant werden kann und zwar der „Missbrauch Widerstandsunfähiger" (§ 179 StGB). Eine Betroffene ist im rechtlichen Sinne dann widerstandsunfähig, wenn sie gegenüber dem sexuellen Ansinnen des Täters keinen zur Abwehr ausreichenden Widerstandswillen bilden, äußern oder realisieren kann.
- Neben der Widerstandsunfähigkeit muss bewiesen werden, dass der Täter diese erkannt und ausgenutzt hat. Hauptbeweismittel ist meistens die Zeugenaussage der Gewaltbetroffenen. Hier entstehen besondere Probleme für Frauen, die sich nicht oder unzureichend verbal äußern können.
- Es gibt noch einen weiteren Straftatbestand, der im Zusammenhang mit sexualisierter Gewalt gegen Frauen und Mädchen mit Behinderung eine Rolle spielen kann, nämlich § 174 a II StGB. Nach dieser Vorschrift ist der „sexuelle Missbrauch" an Heimbewohnerinnen unter Ausnutzung deren Krankheit oder Hilfsbedürftigkeit strafbar. Dennoch gewährt auch dieser Straftatbestand vielen Betroffenen keinen Schutz, da teilstationäre Einrichtungen, insbesondere Werkstätten für Behinderte, keine Anstalten im Sinne des Gesetzes sind.

**Privatrechtliche Aspekte:**

- Wird ein Verdacht auf sexuelle Gewalt öffentlich geäußert, kann der Beschuldigte eine Unterlassungsklage vor dem Zivilgericht erheben. Öffentlich geäußert ist ein Verdacht nicht, wenn er im Gespräch mit PädagogInnen, TherapeutInnen, ÄrztInnen oder nahestehenden Angehörigen angesprochen wird. Im Zivilprozess hat die Person, die die sexuelle Gewalt behauptet, den Beweis dafür zu erbringen, dass die Behauptung wahr ist – d.h., dass die sexuelle Gewalt tatsächlich vorgefallen ist.

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

# Begleitung und Unterstützung von Frauen und Mädchen mit Behinderungen vor, während und nach Strafprozessen wegen sexueller Gewalt

Barbara Stötzer

Der Weg, den Frauen und Mädchen – ob behindert oder nicht – gehen müssen, wenn sie sexuelle Übergriffe und Vergewaltigungen anzeigen, war und ist ein langer und steiniger. Daher ist es auch nicht verwunderlich, dass Betroffene häufig noch schweigen.
Ende der 70er Jahre haben engagierte Frauen in den alten Bundesländern Notrufinitiativen gegründet, um vergewaltigte Frauen zu unterstützen, sie auf den Instanzenwegen nach einer Anzeige zu begleiten und um das Thema „Sexuelle Gewalt gegen Frauen" zu enttabuisieren. In den neuen Bundesländern begannen diese Initiativen erst ab 1990, da sexuelle Gewalt in der ehemaligen DDR kein Thema – schon gar nicht für die Öffentlichkeit – war .
Diese Unterstützungsmöglichkeiten, wie auch Kinderschutzdienste, gibt es inzwischen bundesweit. Was es noch nicht gibt, ist ein flächendeckendes Netz von Anlaufstellen – unabhängig und außerhalb von Behinderteneinrichtungen – für Frauen und Mädchen mit Behinderungen, wenn sie sexuelle Gewalt erlebt haben. Deshalb fordern behinderte Frauen seit Anfang der 90er Jahre auch verstärkt die Öffnung der vorhandenen Angebote für Frauen und Mädchen mit unterschiedlichen Behinderungen.
Als Peer Counselorinnen können und müssen wir aber auch selbst einen nicht unwesentlichen Beitrag zur Verbesserung der äußerst prekären Situation leisten.
Prozessbegleitung von Frauen und Mädchen mit Behinderungen ist eine Arbeit, die in diesem Umfang kaum von anderen Personen geleistet wird und geleistet werden kann, weil hier die erlebte Gewalt, ihre Folgen, die Behinderung und die damit verbundenen Lebensumstände eng miteinander verknüpft sind.

Die nachfolgenden Ausführungen beruhen im Wesentlichen auf Erfahrungen, die ich während meiner mehrjährigen Arbeit mit behinderten Frauen, die sexuelle Gewalt erfahren haben, gesammelt habe, auf persönlichen Erlebnissen und auf der Zusammenarbeit mit meinen Kolleginnen vom Frauennotruf und Frauenhaus in Suhl.

Dieses Kapitel kann auch nur ein Anfang sein, der längst nicht alle Aspekte, Formen und Möglichkeiten der Begleitung und Unterstützung von Frauen und Mädchen mit Behinderungen vor, während und nach Strafprozessen wegen sexueller Gewalt (nachfolgend als Prozessbegleitung bezeichnet) umfasst und behandelt. Strafprozesse sind komplexe Geschehen mit einer Vielzahl von Einflussfaktoren. Wichtig ist vor allem der Mut und die Kreativität der Beraterin, sich mit von sexueller Gewalt betroffenen Frauen und Mädchen zu solidarisieren und sie bei der Auseinandersetzung und Bewältigung von deren Folgen zu unterstützen.

**Voraussetzungen für die Prozessbegleitung**

> Dieser vielschichtige Teil der Beratungsarbeit fordert von der Beraterin neben fachlichen Kenntnissen auch besondere psychische Leistungen im Umgang mit den betroffenen Frauen, aber auch mit sich selbst. Deshalb braucht sie Hilfen für sich und gute Bedingungen zum Arbeiten.

Voraussetzungen, die die Beraterin erfüllen sollte:

- Sie muss über die Thematik „Sexuelle Gewalt an Frauen und Mädchen mit unterschiedlichen Behinderungen" informiert sein und der Prozessbegleitung von sich aus zustimmen.
- Eigene Gewalterfahrungen (wenn vorhanden) müssen bearbeitet sein, um Übertragungseffekte – also die Übertragung selbsterlebter Verletzungen und damit verbundener Gefühle von Ohnmacht, Hilflosigkeit, Schmerz, Wut, Hass u.a. auf die Handlungsweise der Ratsuchenden - weitestgehend auszuschließen. Empfehlenswert ist hierzu der Besuch von Selbsterfahrungskursen mit dem Schwerpunkt „Sexuelle Gewalt" oder eine abgeschlossene therapeutische Selbsterfahrung.

Weiterhin ist zu beachten:

- Die Prozessbegleitung ist meistens ein sehr langwieriger Prozess, der durchaus mehrere Jahre dauern kann. Dieser Zeitfaktor sollte im Vorfeld beachtet werden, da ein Wechsel der Beraterinnen ungünstig für das aufgebaute Vertrauensverhältnis sein kann und eine gänzlich neue Beraterin unter Umständen wieder bei Null beginnt. Lässt sich ein Beraterinnenwechsel nicht vermeiden, ist die Co-Beratung über einen mehrwöchigen Zeitraum sinnvoll.
- Die Möglichkeit zur Supervision sollte während der ganzen Zeit gegeben sein.
- Ein Raum, der eine der Beraterin und der Ratsuchenden angenehme Atmosphäre ohne äußere Störungen bietet, muss vorhanden sein.

> Hinweis: Wenn Sie sich als Beraterin dieser Aufgabe nicht oder nicht allein gewachsen fühlen, suchen Sie die Unterstützung von anderen behinderten Kolleginnen oder erfahrenen Frauen/Mitarbeiterinnen von Frauennotrufen.

**Die Entscheidung zur Anzeige**

Zu Beginn der Prozessbegleitung steht entweder die bewusste Entscheidung der Frau, bei der Polizei eine Strafanzeige zu stellen oder die Anzeige läuft bereits. Nicht selten wurde in diesem Fall die Frau oder das Mädchen von Personen aus ihrem Umfeld dazu überredet oder gedrängt.
Wenn die Beraterin die Möglichkeit zur Unterstützung bei der Entscheidungsfindung hat, sollte sie darauf achten, dass sich die Frau nicht in einer akuten Krisensituation befindet, wenn sie sich für oder gegen eine Anzeige entscheidet. Sie muss Zeit für ihre Entscheidung haben, was durch die Verjährungsfristen meist auch gegeben ist. Die Anzeige, und damit das Strafverfahren, muss für die Frau sinnvoll und von ihr gewollt sein. Andere sich bietende Alternativen, wie räumliche Veränderungen, Therapien u.a. sind auf jeden Fall anzusprechen.
Wird eine Strafanzeige gestellt, kann die Frau zur Polizei begleitet werden. Die Wünsche der Frau – z.B. die Anzeigenaufnahme durch eine Beamtin – sollten im Vorfeld abgeklärt und mit ihr durchgesetzt werden.

Wir müssen uns darüber im Klaren sein, dass von Gewalt betroffene Frauen für sich Gerechtigkeit wollen: Eine (harte) Bestrafung des Täters für das, was ihnen angetan wurde. Da die Möglichkeiten der Rechtssprechung dem jedoch

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

nicht selten entgegenstehen, ergibt sich hieraus ein Konflikt zwischen Recht und Gerechtigkeit für die Frau und die Beraterin, der sich durch die gesamte Zeit der Begleitung ziehen kann. Darum ist es bereits vor der Entscheidung zur Strafanzeige wichtig, über die Möglichkeiten der Rechtssprechung zu informieren, aber auch alle Möglichkeiten im Sinne der Frau auszuschöpfen. *Die Strafanzeige kann nicht zurückgenommen werden!* Die Vision, dass der Täter in Handschellen abgeführt und zu einer langen Gefängnisstrafe verurteilt wird, erfüllt sich in der Praxis leider äußerst selten. Dennoch kann das Strafverfahren ein Teil des persönlichen Heilungsprozesses der Frau sein und zur Stärkung ihres Selbstwertgefühls beitragen.

Das gesamte Strafverfahren gliedert sich formal in drei Bereiche: das *Vor-, Zwischen- und Hauptverfahren*. Nach der Anzeige ermitteln Polizei, Staatsanwaltschaft und ErmittlungsrichterIn. Die Staatsanwaltschaft entscheidet, ob das Verfahren eingestellt oder Klage beim zuständigen Gericht erhoben wird. Im Zwischenverfahren entscheidet das Gericht, ob aufgrund der Anklageschrift und der vorliegenden Beweise das Hauptverfahren eröffnet wird. Dieses beginnt mit der Terminfestsetzung und den Vorladungen von Angeklagten, ZeugInnen, Sachverständigen zur mündlichen Hauptverhandlung.

„Widerstandsunfähigkeit" (s.a. § 179 StGB) spielt in Strafprozessen, in denen Frauen mit Behinderungen als Klägerinnen auftreten, eine nicht zu unterschätzende Rolle. Wird die Klage bereits nach der Anzeige bei der Polizei durch die Staatsanwaltschaft entsprechend formuliert, ist es für die Klägerin und ihre Anwältin nicht einfach, in der Verhandlung den Status „widerstandsunfähig" zu kippen und das Gericht davon zu überzeugen, dass sie durchaus in der Lage ist, ihrem Willen Ausdruck zu verleihen (wenn auch mitunter anders als nichtbehinderte Frauen).
Ist die Frau für das Gericht „widerstandsunfähig", fällt das Strafmaß für den Täter milder aus, da ihm vom Gesetzgeber ein geringerer Aufwand an „krimineller Energie" zugestanden wird.

**Prozessvorbereitung**
Wenn wir als Beraterinnen Frauen, die eine Strafanzeige wegen sexueller Gewalt gestellt haben, vor, während und nach dem Strafprozess begleiten, liegt dieser Arbeit eine *besondere Vertrauensbeziehung* zugrunde. Dieses Vertrauen – sofern es nicht aus anderen Beratungs- und Unterstützungssituationen resultiert – braucht Zeit zum Wachsen und muss behutsam aufgebaut werden.

Kommt es zur Anklage, muss die Frage geklärt werden, ob die Frau einen Anspruch auf *Prozesskostenhilfe* hat. Die Gewährung der Prozesskostenhilfe ist immer von den persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen sowie von den Erfolgsaussichten des Rechtsstreites abhängig und in den §§ 114 ff der Zivilprozessordnung (ZPO) geregelt.(1) Der Antrag muss beim zuständigen Gericht, wo der Prozess stattfinden wird, eingereicht werden. Dort gibt es auch die Antragsformulare.

Unterstützung durch verschiedene Hilfestellungen im Umgang mit Behörden, Beratungsschecks für kostenlose Erstberatungen eines frei gewählten Anwaltes/einer Anwältin, gegebenenfalls Übernahme weiterer Anwaltskosten, finanzielle Zuwendungen zur Überbrückung der Tatfolgen, Erholungsmaßnahmen und anderes sind Angebote des WEISSEN RINGs, eines Vereins, der sich für die Belange von Kriminalitätsopfern und die Verhütung von Straftaten einsetzt.

Weitere Informationen sowie die Namen und Adressen der AnsprechpartnerInnen vor Ort sind über die Bundesgeschäftsstelle WEISSER RING e.V erhältlich.

Eine Frage, die sich in der Prozessbegleitung stellt, ist die nach der Inanspruchnahme von Leistungen nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG). Für dieses Gesetz gilt der Grundsatz, dass für Personen, die durch eine Gewalttat einen gesundheitlichen Schaden erlitten haben, Versorgungsleistungen durch das Versorgungsamt erbracht werden *können*.
Zu den möglichen Leistungen gehören unter anderem: medizinische Behandlungen, Renten, Hilfen zur beruflichen Rehabilitation, zur Pflege, zur Weiterführung des Haushalts und, in besonderen Lebenslagen, Erholungs- und Wohnungshilfe.
Voraussetzung für eine Leistungsgewährung ist neben dem Nachweis, dass die gesundheitlichen Schäden auf die Straftat zurückzuführen sind, im Regelfall die Erstattung einer Strafanzeige im Rahmen der Mitwirkungspflicht. Das Versorgungsamt wendet sich dann auch zwecks Akteneinsicht an das Gericht und versucht die Forderungen der Antragstellerin beim Täter geltend zu machen. Dadurch muss der Täter gegebenenfalls dem Versorgungsamt gegenüber seine Einkommens- und Vermögensverhältnisse offenbaren.
Das Für und Wider dieses Gesetzes muss im Einzelfall abgewogen werden, da die Antragstellerin dadurch weiteren Konfrontationen mit der Tat und ggf. auch mit dem Täter und dessen Angehörigen (z.B. als Folge der Einkommensüberprüfung) ausgesetzt ist, bis es zu einer Leistungsgewährung kommt.
Der Antrag kann formlos oder mit Antragsformular beim zuständigen Versorgungsamt sowie den Krankenkassen und Polizeidienststellen eingereicht werden. Hier gibt es auch weitere Informationen zum OEG. Mehrsprachige Informationen können über das Internet unter http://www.weisser-ring.de abgerufen werden.

Bei der Suche nach einer geeigneten Anwältin oder einem Anwalt sollte die Beraterin Unterstützung leisten, wenn die Frau das möchte. Am besten kann dabei auf Erfahrungen von Mitarbeiterinnen aus Frauennotrufen oder des WEISSEN RINGs zurückgegriffen werden.
Vorteilhaft ist es, wenn die Anwältin bereits Erfahrungen mit Strafverfahren wegen Vergewaltigung oder sexueller Nötigung hat und ihr die Lebens- und Gewaltsituation behinderter Frauen bekannt sind, und/oder sie behinderten Menschen gegenüber aufgeschlossen ist.
Die Zusammenarbeit mit der Anwältin bis zur Beendigung des Gerichtsverfahrens ist unerlässlich. Die Frau kann von der Beraterin zu den Gesprächen begleitet werden. Dadurch sind beide hinsichtlich des Fortgangs des Verfahrens auf dem Laufenden, was wichtig für die Erarbeitung von Strategien ist. Sie kann ggf. aber auch selbst Hinweise geben oder zu bestimmten Sachverhalten – auch durch Literaturhinweise – informieren.

Hinweis: Es gibt eine Schweigepflicht gegenüber der Frau, die Sie unterstützen. Sie werden unter Umständen Wissen mittragen, dessen Weitergabe Ihnen von der Frau gegenüber jeglichen Personen untersagt wird. (–>Supervision)

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

Da die Beraterin nur wenig Zeit – im Durchschnitt ein bis zwei Stunden wöchentlich – mit der Frau verbringt, diese aber meist bis zum Prozessende hohen *psychischen Belastungen* ausgesetzt ist, ist es hilfreich zu klären, ob es weitere UnterstützerInnen *aus dem Umfeld der Frau* gibt, die in die Begleitung einbezogen werden können, z.B. Angehörige, Freundinnen, Mitarbeiterinnen aus Einrichtungen, Therapeutinnen, Mitarbeiterinnen von Frauennotrufen. Die Frau muss auf jeden Fall an der Auswahl dieser Personen beteiligt sein und dieser frei zustimmen.
Wie die Zusammenarbeit und der Austausch untereinander erfolgt, ist individuell und situationsentsprechend zu regeln.

Hinweis: Alle Handlungen, die Sie als Beraterin im Zuge der Prozessbegleitung vornehmen, müssen mit der Frau abgesprochen sein und bedürfen ihrer Zustimmung.

Während der gesamten Prozessbegleitung sind die Ängste der Frau (vor dem Täter, vor sich selbst – z.B. Aggressionen, Autoaggression, Essstörungen, Suizid , vor der Ungewissheit des Prozessverlaufes und des –ausgangs und anderes) zu beachten und in den Gesprächen zu thematisieren. Es ist ein *ständiger Prozess der Stärkung und Ermutigung*!

**Prozessverlauf und Prozessbeteiligte**
Informationen dazu sind wichtig für die Vorbereitung auf die mündliche Hauptverhandlung. Dazu gehören unter anderem:

- der Hinweis auf die Dauer des Verfahrens von der Anzeige bis zur Verhandlung (hier sind nur grobe Orientierungen anhand von Erfahrungen möglich und der Hinweis auf die Nutzungsmöglichkeiten der Zeit zur Vorbereitung, Therapie und anderes)
- die Zusammensetzung des Gerichts (Personen und Aufgaben)
- die Nebenklagevertretung und rechtliche Möglichkeiten der Frau als Nebenklägerin
- Anklage, Zeugen, der Angeklagte, das Urteil

Die Beraterin sollte versuchen, möglichst alle Fragen der Frau zum Prozessverlauf zu beantworten oder gemeinsam mit ihr nach Antworten zu suchen. Das Wissen kann die Frau im Umgang mit ihren Ängsten und der Ungewissheit stärken.

Die *Wiedergabe der Misshandlungssituation* spielt in der mündlichen Hauptverhandlung eine ausschlaggebende Rolle. Immer wieder werden detailliert Zeit, Ablauf und Personen hinterfragt bzw. in Frage gestellt. Die Klägerin muss dazu im Regelfall wiederholt Aussagen machen. In ihrer Sicherheit und Beständigkeit bei ihrer Aussage können wir sie unterstützen, in dem wir entsprechend ihrer eigenen Erzählungen mit ihr gemeinsam den Tathergang sehr präzise erarbeiten. Dabei ist auf Klarheit der Darstellung und die Wortwahl der Frau zu achten.

Hinweis: Fragen Sie nach, wenn es Ihnen zum Verständnis notwendig erscheint, aber interpretieren und werten Sie nicht!
Wichtig ist, dass Sie der Frau oder dem Mädchen glauben und ihr das auch signalisieren, sonst fehlt die Basis für die gemeinsame Arbeit.

Es bringt nichts, in der Gesprächssituation Begriffe (z.B. die Bezeichnung von Geschlechtsteilen) und Handlungen (z.B. Berührungen, Selbstbefriedigung, Vergewaltigung) zu umschreiben. Spätestens vor Gericht wird sehr konkret gefragt und muss geantwortet werden. Es ist völlig legitim, dass die Frau das, was sie nicht kennt oder woran sie sich nicht erinnern kann, zwangsläufig auch nicht benennen muss. Wir können sie ermutigen, das fehlende Wissen auch vor Gericht zu vertreten.
Die Besprechung, Bearbeitung und Dokumentation der Misshandlungssituation ist ein sehr sensibler Vorgang, der nur möglich ist, wenn die Frau der Beraterin völlig vertraut.
Die Frau muss der Beraterin ihre Zustimmung zum Mitschreiben von Gesprächsinhalten, besonders auch zur Mitschrift des Tathergangs, geben. Die Auswertung der Notizen erfolgt dann gemeinsam. Häufig wird es in weiteren Gesprächen Ergänzungen geben, da die Erinnerung oft durch die Beschäftigung mit der Tat aktiviert wird. Die Notizen können der Frau auch mitgegeben werden, wenn sie das möchte. Für Frauen, die in Einrichtungen leben, ist das eher nachteilig, da Mitarbeiterinnen der Einrichtung und Mitbewohnerinnen meist leichten Zugriff zu ihren Sachen haben.

In ***Vorbereitung auf die mündliche Hauptverhandlung*** können anhand von Rollenspielen Situationen verdeutlicht werden. Die Beraterin kann sich hierauf durch den Besuch von Gerichtsverhandlungen, in denen es um sexuelle Gewalt geht – auch gemeinsam mit der Frau – durch Konsultationen mit anderen Fachfrauen, die Frauen bei Gerichtsverhandlungen begleitet haben, und durch Literatur vorbereiten.
Besonderen Angriffen wird die Frau durch den Verteidiger oder die Verteidigerin des oder der Angeklagten ausgesetzt sein. Neben der Tat an sich wird dabei auch ihre Behinderung eine Rolle spielen. Wertungen, Verletzungen, Beleidigungen sind hier eher die Regel als die Ausnahme. Für die betroffene Frau ist das im Vorfeld kaum vorstellbar, da sie sich doch vom Gericht ihre ganz persönliche Gerechtigkeit erhofft und einen Schutz ihrer Person (auch verbal) meist voraussetzt.

Rechtzeitig abgeklärt werden muss, entsprechend den Bedürfnissen der Frau und der Beraterin, die *Zugänglichkeit des Gerichtsgebäudes* und der Toilette, damit Alternativen, z.B. ein anderes Gerichtsgebäude, bei der Terminfestlegung berücksichtigt werden können.

Wenn der erste Verhandlungstermin absehbar ist, konzentriert sich die Unterstützung auf weitere konkrete Informationen und Bedürfnisse:

- Wie sieht der Gerichtssaal aus, in dem die Verhandlung stattfinden wird? Eine vorherige Besichtigung mit der Frau ist anzuraten und kann beim Gericht vereinbart werden. Meist ist auch ein Gespräch mit dem Richter/der Richterin möglich – auch das gibt Sicherheit.
- Wo sitzen Richter, Staatsanwalt, Rechtsanwalt, Verteidiger, Schöffen, Beklagter? (Gerichte sind meist männlich dominiert.) Statt dem meist üblichen

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

Blickkontakt der Klägerin zum Angeklagten ist auch der Blickkontakt zum Richter durch eine leicht veränderte Sitzposition möglich.
- Hilft es der Frau, wenn sie im Verhandlungsraum einen Tisch vor sich hat, wenn sie aussagt? (Dass dieser vorhanden ist und wo dieser steht, kann im Vorfeld mit der Anwältin/dem Anwalt besprochen werden.)
- Welche Personen sollen die Frau auf ihren Wunsch hin zur Verhandlung begleiten? Diese sollten unbedingt in ihrer Nähe – also vorn – sitzen.
- Wie soll die Aufgabenverteilung unter den Vertrauenspersonen sein? Wer assistiert, übersetzt, begleitet im Gerichtssaal und wer außerhalb, wer macht Notizen? usw.

*Der Gerichtssaal ist ein Spiegel der Gesellschaft.* Deshalb finden wir bei den an der Verhandlung Beteiligten nicht selten Berührungsängste, Tabuisierung und Bagatellisierung von sexueller Gewalt, Unsicherheiten und Vorurteile – die sich unter anderem auch in der Beurteilung der Glaubwürdigkeit der Klägerin äußern – wie wir sie auch in unseren Alltag als Frauen mit Behinderungen erleben, nur komprimierter und krasser. Daneben gibt es aber auch schon – wenn auch wenige – engagierte Rechts- und StaatsanwältInnen sowie RichterInnen, die Menschen mit Behinderungen und an ihnen begangene Straftaten informiert, vorurteilsfrei und realistisch beurteilen. Dass es mehr werden, dazu können behinderte Frauen und Beraterinnen selbst durch Sensibilisierung und Lobbyarbeit einen wichtigen Beitrag leisten.

**Öffentlichkeit und Medien**

Liegt kein besonderer Grund vor, wird die mündliche Verhandlung öffentlich sein. Die Frau kann jedoch als Nebenklägerin in Absprache mit ihrer Anwältin den Ausschluss der Öffentlichkeit bei Verhandlungsbeginn beantragen und die Personen benennen, die zu ihrer Unterstützung im Raum verbleiben sollen. Der Richter/die Richterin entscheidet dann über den Antrag.
Will die Frau, dass die Medien über den Prozess berichten, kann sie dabei durch die Beraterin oder Vertrauenspersonen unterstützt werden. Will sie das nicht, müssen alle Möglichkeiten ausgeschöpft werden, sie davor zu schützen, z.B. durch die Verweigerung von Äußerungen gegenüber den Medien – das betrifft auch die Vertrauenspersonen und die Anwältin/den Anwalt – und vor eventueller Bedrängung durch JournalistInnen. Presseveröffentlichungen lassen sich dennoch kaum verhindern, da die JournalistInnen auf der Pressefreiheit beharren, oft erst während der Verhandlung oder zur Urteilsverkündung – wo der gesamte Tatverlauf nochmals durch den Richter dargestellt wird – erscheinen und auch nicht immer als JournalistInnen zu erkennen sind.

**Die mündliche Hauptverhandlung**

Sie ist eine enorme psychische und physische Belastung für die Frau, die als Klägerin fungiert und der erfahrenen Gewalt durch die Konfrontation mit dem Täter und der stundenlangen Thematisierung der Tat und der Beweispflicht durch sie ausgesetzt ist. Deshalb ist die Beraterin während der Verhandlung vorrangig zur Stärkung der Frau anwesend. Sie sollte im Gerichtssaal in ihrer Nähe sitzen und sie (sofern möglich) durch Blickkontakte ermutigen.
Da die Klägerin bis zu ihrer Aussage Zeugenstatus hat, ist sie zeitweise nicht selbst im Gerichtssaal. Es ist daher ratsam, dass sie durch eine *zweite Vertrauensperson* nach draußen begleitet wird, während die Beraterin den Prozessverlauf weiter verfolgt.

In den Pausen gibt es direkte Kontaktmöglichkeiten zwischen der Frau als Klägerin und der Beraterin, sowie auch zwischen Beraterin und Rechtsanwältin.
Die Klägerin sollte auf das ständige Hinterfragen ihrer Glaubwürdigkeit in der Verhandlung vorbereitet sein. Frauen, die wegen sexueller Gewalttaten klagen, müssen sich durch richterliche Entscheidungen häufig Glaubwürdigkeitsgutachten unterziehen. Ob das bei Frauen mit Behinderungen häufiger als bei nichtbehinderten Frauen der Fall ist, kann nur vermutet, statistisch jedoch nicht belegt werden. In mehreren Gerichtsverfahren haben Richter aber bereits Aussagen von Frauen mit sogenannten geistigen Behinderungen ohne Glaubwürdigkeitsgutachten anerkannt.
Die Klägerin kann durch ihre Anwältin – wenn es ihr notwendig erscheint - einen Antrag auf kurze oder entsprechend ihrer Befindlichkeit längere Unterbrechung der Verhandlung stellen. Der Richter entscheidet darüber.

Nach *jedem* Verhandlungstag muss eine Gelegenheit zum Austausch und zur Klärung von Befindlichkeiten und ähnlichem gesucht werden (z.B. gemeinsam etwas essen oder trinken gehen, sich an einen Ort der Wahl zurückziehen, sich etwas „Gutes" tun), damit die Belastungen ein Stück abgebaut werden können. Kann das Gespräch aus wichtigen Gründen nicht in der erforderlichen Intensität und Länge geführt werden, sollte für den nächsten Tag ein Termin verabredet werden.

Der Prozess findet meist an mehreren Verhandlungstagen statt. Die Klägerin muss nicht an allen Verhandlungstagen selbst anwesend sein. Der Richter/das Gericht versucht, sich ein Bild von der Klägerin zu machen. Später kann sie sich auch durch ihre Anwältin vertreten lassen, hat dann aber nicht die Möglichkeit der Einflussnahme auf den Verhandlungsverlauf.

**Nach dem Strafverfahren**
Nach Beendigung des gesamten Strafverfahrens und der Besprechung der gesammelten Eindrücke und Erfahrungen, sowie einem Feedback zur durchgeführten Vorbereitung, sollte die Beraterin ein Gespräch mit der Frau über die Gestaltung der weiteren Kontakte führen. Dafür gibt es verschiedene Möglichkeiten. So können z.B. noch eine Zeit weiter regelmäßige Treffen in den gleichen Abständen wie bisher oder in längeren – zur Be- und Verarbeitung des Erlebten und des Urteils – stattfinden. Ziel dieser Nachbegleitung muss die Loslösung der Ratsuchenden von der Beraterin sein (abgeben an sich selbst), was durch die langzeitige Begleitung und das besondere Vertrauensverhältnis für beide Seiten nicht ganz einfach sein kann. Gibt es eine Berufungsverhandlung, kann die Beraterin anbieten, die Kontakte für diese Zeit wieder zu intensivieren.

Abschließend möchte ich nochmals auf die Breite, Vielschichtigkeit und Intensität der Prozessbegleitung als Teil der Beratungsarbeit von Peer Counselorinnen verweisen, die eine konkrete und umfassende Handlungsanleitung für die Praxis erschweren. Dennoch will ich alle Beraterinnen dazu ermutigen, sich dieser nicht einfachen, aber wichtigen und interessanten Arbeit zu stellen, um der sexuellen Gewalt, der Frauen und Mädchen mit Behinderungen ausgesetzt sind, waren oder sein können, etwas entgegenzusetzen und den Überlebenden dieser Übergriffe die notwendige Hilfe und Unterstützung zukommen zu lassen. Die gewonnenen Erfahrungen können ebenso hilfreich bei der Forderung nach Veränderungen im Sinne aller Frauen und Mädchen mit Behinderungen sein.

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

# Kinderwunsch – Recht auf Mutterschaft oder Pflicht zur Sterilisation?

Claudia Franziska Bruner

Je sichtbarer eine Frau durch eine Behinderung beeinträchtigt ist, desto vehementer trifft ihr Wunsch nach Partner- beziehungsweise Mutterschaft auf gesellschaftliche Ablehnung. Werden etwa Schwangerschaftsabbrüche bei nichtbehinderten Frauen, ungeachtet des dem Einzelfall zugrundeliegenden Konflikts, häufig pauschal verurteilt oder kriminalisiert, so wird bei schwangeren behinderten Frauen in den allermeisten Fällen sogar zu einer Abtreibung geraten, bzw. es wird einem eventuellen Abtreibungsvorhaben ohne weiteres zugestimmt – ein Beispiel für „positive" Diskriminierung.

Um eine gesellschaftlich unerwünschte Schwangerschaft vor allem bei Frauen mit einer sogenannten geistigen oder mehrfachen Behinderung vermeiden zu können, wurden in dem im Januar 1993 in Kraft getretenen neuen Betreuungsgesetz erstmalig in der Bundesrepublik wieder Regelungen zur Sterilisation behinderter Menschen aufgenommen.(1) Für Lux steht das neue Betreuungsgesetz exemplarisch dafür, „... wie zum ‚Schutz' von behinderten Frauen – zum ‚Wohl der Betroffenen' – ihre Würde nicht nur angetastet wird, sondern in ihr Leben, ihren Körper im wahrsten Sinne des Wortes eingegriffen wird." Nach § 224 StGB stellt eine Sterilisation jedoch den Tatbestand einer schweren Körperverletzung dar. Trotzdem werden sogenannt geistig behinderte Frauen häufig ohne ein umfassendes, aufklärendes Gespräch und ohne deren Zustimmung sterilisiert.(2) Von den nach Schätzungen des Bundesjustizministeriums jährlich ungefähr 1000 zwangssterilisierten, zum Teil noch minderjährigen sogenannt geistig behinderten Menschen sind fast ausnahmslos Frauen betroffen. Diese Zwangssterilisationen wurden nicht strafrechtlich verfolgt. Zwar soll durch die Regelungen zur Sterilisation im Betreuungsgesetz vom 01.01.1992 die Praxis der stillschweigend geduldeten Zwangssterilisationen unterbunden werden, jedoch wird dadurch der Zwangssterilisation eine legale Hintertür geöffnet. Mit diesem Gesetz ist die Sterilisation Minderjähriger in jedem Fall verboten (1631c BGB). Einwilligungsfähige Frauen (und Männer(3)) über 18 Jahren können selbst entscheiden, ob sie sich sterilisieren lassen wollen oder nicht. Dabei ist Einwilligungsfähigkeit nicht mit Geschäftsfähigkeit gleichzusetzen. Es kommt darauf an, ob die Frau (oder der Mann) die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs ermessen kann. Die Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit liegt jedoch ganz im Ermessen des Arztes oder der Ärztin, der/die die Sterilisation durchführt. Wird die Frau (oder der Mann) für einwilligungsunfähig beurteilt, entscheiden andere Personen und Institutionen (BetreuerIn, Sachverständige, Betreuungsbehörde, Vormundschaftsgericht) über die Sterilisation. Obwohl in die neue Regelung viele Kontrollmechanismen eingebaut sind(4), hängt die Möglichkeit der Kontrolle letztlich von der Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit des Arztes oder der Ärztin ab: Bei „großzügiger" Einschätzung in Richtung Einwilligungsunfähigkeit können die Kontrollmechanismen nicht mehr greifen. „Mit dem Gesetz ist eine Sonderregelung verankert worden. Während bei dem einwilligungsfähigen Bevölkerungsteil eine Sterilisation ohne oder gegen die Willensäußerung eine abzulehnende Zwangssterilisation ist, ist sie durch ein Sondergesetz bei dem anderen Teil der Bevölkerung rechtmäßig."(5)

# Hauptsache, gesund? – Hauptsache, lebendig? Wie beraten wir Frauen mit Behinderungen zu Pränataler Diagnostik?

Silke Boll

Wir Frauen, die mit einer Behinderung leben, sind mit der Pränatalen Diagnostik (PD) auf zwei Ebenen verwoben: Wollen wir Kinder bekommen, müssen wir uns ganz konkret dazu verhalten, also die Entscheidung treffen, entweder die Untersuchungen machen zu lassen oder das Recht auf Nicht-Wissen in Anspruch zu nehmen.
Als Mensch mit Behinderung wird unser Lebensrecht durch die Existenz der PD in Frage gestellt. Behindertes Leben wird bewertet und ist gesetzlich nicht geschützt.

Für mich als Frau mit einer Behinderung ist der selektive Blick auf behindertes Leben schwer zu ertragen. Nur wer verspricht NORMAL zu werden, hat ein Recht auf sein Leben. Wer dies nicht versprechen kann, dessen Lebensrecht steht zur Diskussion, dessen Lebensrecht ist gesetzlich nicht geschützt.
Ich bin selbst Mutter von zwei Kindern. In der Schwangerschaft nach einem behinderten Kind zu fahnden, wäre mir wie ein großer Verrat an meinen Idealen und Ideen vorgekommen, eigentlich an mir selbst. Wenn es vor 42 Jahren schon diese vorgeburtlichen Untersuchungsmethoden gegeben hätte, wäre ich vielleicht auch „rechtzeitig" gefunden worden und deshalb nie zur Welt gekommen.

Jede schwangere Frau kennt die Frage: „Weißt du schon, was es wird?" Keine Frau bekommt heutzutage mehr ihr Kind, ohne gefragt zu werden, was es denn wird, Junge oder Mädchen.
Wenn sie diese Frage beantworten kann, aber auch wenn sie keine Antwort hat, ist dem eine Entscheidungsgeschichte über das Wissen-Wollen und das Nicht-Wissen-Wollen vorausgegangen.

Die Suche nach der verschwindend geringen Anzahl von Fehlbildungen und genetischen Veränderungen beim Ungeborenen reicht aus als Begründung für diese so überdimensioniert angelegte Fahndung danach, die allen Frauen die Zeit der Schwangerschaft zu einer Zitterpartie werden lässt. Ruhe und Vertrauen in die eigenen Kräfte und der Blick nach innen wären sicherlich förderlicher für eine schöne Schwangerschaft, nicht aber Verunsicherung durch den Risiko-geleiteten Umgang.

Der Preis für die Suche nach Behinderung, nach Auffälligkeiten, ist eine gestörte und überwachte Schwangerschaft. Immer mehr Frauen werden zu Risikoschwangeren. In Deutschland gelten als solche 60 - 80 % aller Frauen. Die Anzahl von Tests und Diagnosemöglichkeiten steigt ständig, und je mehr es gibt und je genauer sie sind, desto mehr zu überprüfende und zu überwachende Befunde und Kontroll- und Folgeuntersuchungen wird es geben, zu denen Frauen Entscheidungen treffen müssen.
Immer weniger haben Frauen die Möglichkeit, auf sich selbst zu hören, in sich hineinzuhören, den eigenen Kräften zu trauen. Anstelle der Selbstwahrnehmung und des Kontakts mit dem eigenen Körper und dem Kind treten medizintechnische Messdaten. Das aus dieser Entfremdung entstehende Verhältnis zwischen Mutter und Kind bleibt gewiss nicht folgenlos.

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

Ob sich diese Ansprüche auf Normalität möglicherweise später auf des Verhältnis zwischen Mutter und Kind auswirken werden?
Wenn ein Kind unbedingt NORMAL sein muss, wird es möglicherweise auch weiterhin unter Erfolgsdruck stehen. Es soll dann sicher auch „pflegeleicht" sein, durchschlafen können, musikalisch sein, vernünftig, geschickt, klug, intelligent, sportlich und so weiter.
Kann ein Mensch all das erfüllen, ohne einen unverhältnismäßigen Preis dafür zu zahlen?
Warten, gespannt sein, Geduld haben, das sind Fähigkeiten, die uns immer mehr verloren gehen und einem Zeitgeist weichen, der Sicherheit, Wissen und Qualität fordert.

**Gesetze und Richtlinien**

**§ 218**
Bis zur 12. Schwangerschaftswoche ist ein Abbruch der Schwangerschaft straffrei. Nach der 12. Schwangerschaftswoche beginnt der gesetzliche Schutz werdenden Lebens. Nur für den Fall, dass das werdende Leben eine Behinderung/Beeinträchtigung haben wird, untersteht es nicht dem Schutz des Gesetzes. Seit 1995 heißt es im §218 unter : „Medizinische Indikation":
„Der mit Einwilligung der Schwangeren von einem Arzt vorgenommene Schwangerschaftsabbruch ist nicht rechtswidrig, wenn der Abbruch der Schwangerschaft unter Berücksichtigung der gegenwärtigen und zukünftigen Lebensverhältnisse der Schwangeren nach ärztlicher Erkenntnis angezeigt ist, um die Gefahr für das Leben oder Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustandes der Schwangeren abzuwenden, und die Gefahr nicht auf eine andere für sie zumutbare Weise abgewendet werden kann."

Es ist seither legal, eine Schwangerschaft bei Vorliegen einer unzumutbaren Behinderung des zukünftigen Kindes noch bis zum letzten Tag vor der Geburt abzubrechen, da die zeitliche Begrenzung im Gesetz weggefallen ist.
Auch die Beratungspflicht ist für diese Fälle weggefallen.

Dies bedeutet einen verminderten gesetzlichen Schutz behinderten Lebens und die Absicht der Auslese, der Selektion von „wertvollem" und „wertlosem" Leben.

**Mutterschaftsrichtlinien und GynäkologInnen**
Die Mutterschaftsrichtlinien regeln die Maßnahmen und Untersuchungen, die von den FrauenärztInnen zur Betreuung von Frauen in der Zeit der Schwangerschaft eingesetzt werden sollen. Diese Richtlinien wurden 1995 zuletzt an den derzeitigen Stand der Medizin angeglichen.
Mit den Mutterschaftsrichtlinien sind zwei Absichten verbunden: Zum einen wird die Schwangerschaft medizinisch begleitet, und zum anderen wird die Qualität der Föten geprüft und Selektion ermöglicht.

Die überwiegende Zahl schwangerer Frauen lässt sich in Deutschland von FrauenärztInnen betreuen. Leider wissen nur die wenigsten, dass es ebenso möglich ist, die Schwangerschaft von einer Hebamme betreuen zu lassen, wenn sie die Qualität des Fötus unberücksichtigt lassen möchte. Die meisten Hebammen vertreten eine solche Schwangerenbetreuung.

190 Einzeluntersuchungen sind in der normalen Schwangerenvorsorge vorgesehen. Diese verteilen sich in der Regel auf 10 ÄrztInnenbesuche.
Neben den Untersuchungen zur „Überwachung des Gesundheitszustands der Schwangeren", wie Wiegen, Blutdruck-Messen, Blut-Test zur Feststellung von Antikörpern und Infektionen etc., gibt es die Palette an pränatalen Untersuchungen. Fruchtwasseruntersuchung, Chorionzottenbiopsie, Amniozentese, AFP-Plus bzw. Tripple-Test, Ultraschall usw. (Ultraschall-Untersuchungen ordne ich diesen zu, da sie ebenfalls nach Abweichungen und Fehlbildungen suchen und somit einen selektiven Charakter haben können.)
Teile der Pränataldiagnostik sind inzwischen Bestandteil der routinemäßigen Schwangerenvorsorge geworden, so dass sie inzwischen jede Frau unabhängig von ihrem Alter betreffen. So kann es für Frauenärztinnen wie -ärzte ein Problem sein, „nur" die Schwangerschaft zu begleiten, ohne die Qualität des werdenden Kindes zu berücksichtigen.

Sobald frau zu einer Risiko-Schwangeren wird - und das sind Frauen mit Behinderung ganz automatisch - wird noch mehr und noch öfter untersucht. Müttern mit Behinderung wird die Palette der Pränatalen Diagnostik unabhängig vom magischen Alter 35 angeboten und angeraten. Selbst wenn der Fötus ganz normal zu werden scheint, wird behinderten Frauen die Möglichkeit angeboten, die Schwangerschaft auch nach der gesetzlichen Frist von 12 Wochen abzubrechen. Dies wird einzig mit der Behinderung der Frau begründet und ist durch die medizinische Indikation rechtmäßig.
Im Mutterpass sind 52 Risikofaktoren aufgelistet. Der medizinische Blick auf Schwangerschaft ist nicht zu übersehen. In Deutschland gelten 60-80% aller Schwangerschaften als Risiko-Schwangerschaft. Zum Vergleich sind es in den Niederlanden nur ca. 20%. Dort gehen schwangere Frauen nur in Ausnahmefällen zu GynäkologInnen und in der Regel zur Hebamme.

Keine Frau ist jedoch gezwungen, sich dieser Maschinerie zu unterwerfen. Kein Test muss gemacht werden, alles ist bisher freiwillig. Man hat jederzeit das Recht den Arzt/die Ärztin zu wechseln. Wir haben ein Recht auf Nicht–Wissen, wir müssen es uns nur herausnehmen.

Für behinderte Frauen verschärft sich das Problem jedoch schon bei der Wahl der geeigneten Frauenärztin. Welcher Arzt, welche Ärztin oder Hebamme hat schon ein akzeptables Verhältnis zu behinderten Menschen und kann zudem noch qualifizierte Aussagen über die möglicherweise auftretende Behinderung des Kindes machen? Kaum ein Arzt, eine Ärztin kennt Menschen mit Behinderungen, noch wissen sie etwas darüber, wie wir leben und was unsere Lebensqualität ausmacht. Welche Beratung und Unterstützung können wir erwarten, wenn dafür keinerlei Qualifizierung vorhanden ist?
Also müssen wir uns unseren eigenen selbstbestimmten Weg bahnen.

**Die pränataldiagnostischen Tests**
97% aller Neugeborenen werden gesund geboren.
3% werden mit einer Behinderung geboren, und davon ca. 1% mit einer genetisch nachweisbaren Behinderung.

Die Zahl ist verschwindend klein, der Aufwand und die Folgen der Suche danach sind vergleichsweise gigantisch:

- Chorionzotten Biopsie
- Amniozentese

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

- AFP-Plus/Tripple-Test
- Ultraschall
- Fehlbildungsultraschall
- Fetoskopie
- Nabelschnur-Punktion(1)

Keine der genannten Diagnostiken kann sichere Aussagen machen, immer bleiben es Verdachtsdiagnosen. Eine Aussage über das zu erwartende Ausmaß der Behinderung bleibt eine Mischung aus Vermutung und Vorurteil.

Es können beinahe täglich neue Abweichungen diagnostiziert, aber im Verhältnis dazu nur wenige therapiert werden. Die Schere klafft immer weiter auseinander. Die wenigen Möglichkeiten therapeutisch einzugreifen, verdeutlichen die Absicht, mit der diagnostiziert wird. Es werden immer mehr Tests entwickelt, die immer frühere, genauere, treffsichere Diagnosen ermöglichen, um den Schwangerschaftsabbruch möglichst früh zu ermöglichen. Der Abbruch selbst scheint die Therapie zu sein.

Späte Schwangerschaftsabbrüche sind für die Frauen traumatische schmerzhafte Torturen. Die Geburt muss künstlich eingeleitet werden und dauert oft Tage an, denn der Körper der Frau ist auf Festhalten eingerichtet. Da nach der 22. Schwangerschaftswoche die Föten bereits lebensfähig sein können, tötet man sie zum Teil im Mutterleib ab (Fetozid), damit sie als Totgeburt auf die Welt zu kommen. So soll der ethische Konflikt abgemildert werden, in den ÄrztInnen mit ihrem eigentlichen Auftrag, Leben zu retten anstatt zu töten, geraten.

„Wir wollen mal sehen , ob es dem Kind gut geht" oder „Sie wollen doch auch, dass ihr Kind gesund ist". - Mit diesen Begründungen werden die vorgeburtlichen Untersuchungen durchgeführt. Dass es aber um die gezielte Suche nach Abweichungen geht und dass der Befund zunächst nur ein Verdacht ist, der weitere Untersuchungen und Entscheidungen nach sich ziehen kann, darüber wird in nur wenigen Ausnahmefällen aufgeklärt und Frauen Bedenkzeiten eingeräumt.
Es wird suggeriert, dass die Gesundheit des Kindes machbar ist, und dass es die Schuld der einzelnen Frau ist, wenn sie eine Behinderung billigend in Kauf nimmt.

Nicht in jedem Fall dient die Pränataldiagnostik nur der Auslese. Sollte das erwartete Kind z. B. einen offenen Rücken haben oder Glasknochen, so ist es sinnvoll, dies vor der Geburt mit dem Ultraschall zu erkennen, um Folgeschäden, die durch die Geburt entstehen können, auszuschließen. Hier hat die vorgeburtliche Diagnostik therapeutische, lebenserhaltende Konsequenzen.
In diesen Fällen wird die Behinderung abgemildert, nicht jedoch der behinderte Mensch verhindert.
Es kommt immer auf die dahinterliegende Motivation an, mit der Pränataldiagnostik betrieben wird.
Da die Erkennungsmethoden immer frühere Diagnosen möglich machen, ist die Absicht der Auslese allerdings nicht zu verkennen. Heilen und therapieren kann man in der Regel zu einem späteren Zeitpunkt viel besser. Die Schere zwischen diagnostizieren und heilen wird immer weiter auseinandergehen.

**Beratung**

**Grenzen und Chancen der Beratung durch behinderte Beraterinnen**

> Die Beraterin muss ihre eigenen ethischen Normen und Werte hinterfragen, und ihre eigenen Distanzlosigkeit zum Thema reflektieren, die sich dadurch ergibt, dass sie selbst behindert ist.
> Die Beraterin muss für sich klären, wie weit sie den Weg der Begleitung mitgehen will und kann. Ist sie bereit, unbegrenzt Möglichkeiten für einen späten Abbruch zu suchen? Sie muss ein Bewusstsein entwickeln, wann ihre persönlichen Grenzen erreicht sind, sobald eugenische Motive bei der Ratsuchenden mitspielen.

In der Beratungsarbeit zu diesem Thema ist eine begleitende Supervision unerlässlich. Darüber hinaus kann der Austausch mit einer ebenfalls behinderten Frau, der eine offenere und deutlichere Auseinandersetzung zulässt, hilfreich sein.

**Die drei unterschiedlichen Anlässe für die Beratung**

1. Beratung ***vor*** Pränataldiagnostik:
   Informationen zu den Diagnoseverfahren geben
   Vor - und Nachteile, Risiken der Diagnostik
   mögliche Folgen und Konsequenzen
   den drängenden Zeitrahmen beachten

2. Beratung ***während*** Pränataldiagnostik:
   Wartezeit, Zweifel, Ängste thematisieren
   Verlauf begleiten

3. Beratung ***nach*** Pränataldiagnostik:
   Durchspielen beider Möglichkeiten: Abbruch oder Geburt?
   Vermittlung von Hilfen, von Kontakten zu Eltern mit behinderten Kindern
   Aufklären über das medizinische Krankheitsbild, Diagnose, Prognose
   Informieren über das Verfahren eines möglichen Schwangerschaftsabbruchs, bzw. einer eingeleiteten Geburt, Beerdigung des Fötus, Möglichkeit erwägen, den Fötus noch einmal anzusehen oder in den Arm zu nehmen

**Anforderungen an Beratung:**

- Sie muss Informationen bereitstellen zu den pränataldiagnostischen Verfahrensweisen, deren Aussagekraft und den Grenzen, Risiken und Nebenwirkungen.
- Kenntnisse über medizinische Grundlagen
- sowie über Schwangerschaft und Mutter-Sein in der Gesellschaft
- und über die gesellschaftliche Be- und Verurteilung von Behinderung und Krankheit müssen vorhanden sein.
- Tabu-Themen wie Selektion von Menschen, die Bewertung in lebenswert und nicht lebenswert, die Einheit von Leben und Tod müssen benannt werden.
- Die Beratung muss Unterstützung geben im Entscheidungsfindungsprozess

- und neue Sichtweisen anbieten sowie einen anderen Umgang mit Schwangerschaft aufzeigen.

**Die Beraterin sollte über vielfältige Kontakte zu Gruppen und Einrichtungen verfügen:**
- Selbsthilfegruppen behinderter Menschen
- Selbsthilfegruppen betroffener Eltern
- Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen
- Geburtshäuser
- Kliniken
- Hebammen
- Sozialmedizinische Dienste, Gesundheitszentren, Gesundheitsläden
- Genetische Beratungsstellen
- andere Stellen, die zu Pränataldiagnostik beraten
- Kindergärten, Kinderläden
- Frühförderungsmöglichkeiten
- Angebote der Behindertenhilfe
- usw.

**Fragestellungen**
In der Beratung zu Pränataldiagnostik ergeben sich für alle Frauen viele Fragen. Für Frauen, die mit einer Behinderung leben, stellen sich die Dinge oft noch etwas anders dar. Im Folgenden habe ich Fragen zusammengestellt, die für behinderte Frauen ihre besondere Bedeutung haben.
All diese Aspekte sollten in der Beratung gemeinsam bearbeitet und wenn möglich geklärt werden.

- Werte ich mich als Mensch mit Behinderung selbst ab, wenn ich die PD machen lasse? Wie bewerte ich selbst behindertes Leben, wenn ich PD machen lasse?
- Wenn es am Anfang meines Lebens die Pränataldiagnostik gegeben hätte, wäre ich erkannt worden? Wäre ich geboren worden?
- Kann ich von der Gesellschaft noch die Gleichberechtigung und Gleichbehandlung aller Menschen fordern, wenn ich selbst eine Bewertung von Leben vorgenommen habe?
- Potenziert sich meine eigene Hilfsbedürftigkeit mit einem Kind? Potenziert sie sich mit einem behinderten Kind noch ein weiteres Mal?
- Gerate ich wieder in Abhängigkeiten, die ich mit Mühe hinter mir gelassen habe?
- Macht die Angst vor noch mehr Behinderung die Inanspruchnahme der PD verständlicher?
- Wertet ein behindertes Kind mich als behinderte Mutter noch mehr ab als bisher schon ohne Kind?
- Wertet mich ein nichtbehindertes Kind als behinderte Mutter noch mehr auf als bisher schon ohne Kind?
- Potenziert sich meine Behinderung und Hilfsbedürftigkeit mit einem Kind?
- Kann ich die Verantwortung für ein Kind mit einer Behinderung (möglicherweise meiner oder einer anderen) übernehmen?
- Wie nehme ich das Recht auf Nicht-Wissen in Anspruch?
- Halte ich dem Druck von außen, von meiner Familie, meinen Freunden, der Öffentlichkeit stand, wenn ich keine Pränataldiagnostik in Anspruch nehme?

- Brechen bei Ablehnung der Pränataldiagnostik oder bei einer Entscheidung für ein behindertes Kind alte, unvermutete Konflikte mit der Familie oder Freunden neu auf?
- Sollte man/frau nicht wenigstens die Gefahren, die man/frau erkennen kann, ausschalten?
- Gibt es für mich Behinderungen, die nicht mehr ertragbar sind?
- Zeugt es von Verantwortungslosigkeit, keine Pränataluntersuchungen machen zu lassen?
- Ist das Recht auf Nicht-Wissen eine besondere Form, Verantwortung zu übernehmen?
- Wie finde ich andere Frauen mit ähnlichen Konflikten oder in vergleichbaren Lebenssituationen?
- Wie kann ich Verantwortung für mich und das Kind übernehmen?

**„Empfehlungen"**

- Such dir eine gute Hebamme.
- Triff mit deiner Frauenärztin Vereinbarungen darüber, wie du dich in deiner Schwangerschaft betreuen lassen möchtest.
- Such dir eine Klinik aus, in der die Neugeborenen-Station und die Wöchnerinnen - Station im gleichen Haus nebeneinander liegen, damit du im Fall der Fälle in der Nähe deines Kindes bist und alle Vorkehrungen für eine gute medizinische Versorgung getroffen sind.
- Suche dir eine Geburtsklinik aus, in der du dich selbstständig bewegen kannst.
- Suche andere Mütter mit Behinderung und sammle Ideen für dich und deine Situation.
- Stärke dein Selbstbewusstsein und dein Recht darauf, „unperfekt" zu sein.

Vor Behinderung kann man/frau sich generell nicht schützen. Sie kann jederzeit eintreten, bei der Geburt, durch einen Verkehrsunfall oder eine schwere Krankheit. Sie gehört als Herausforderung zum Leben dazu, genau wie Glück, Zufall, Tod, Trauer oder Freude.

Wer sich entscheidet, ein Kind zu bekommen, muss die Bereitschaft haben, mit allem, was im Leben eines Kindes passieren kann, zurechtzukommen, denn eine Glücks- oder Gesundheits-Garantie bekommt man/frau durch die Testergebnisse nicht in die Hand.

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

# Schwangerschaft und Geburt

Christiane Biller-Pech

**Die Beratung und der eigene Weg**

Ist eine Frau schwanger und in Sachen Schwangerschaft und Geburt als Ratsuchende unterwegs, besteht für sie die Gefahr, sich plötzlich in einem Labyrinth von Informationen und oft widersprüchlichen Botschaften wiederzufinden. Es ist fast eine schöpferische Glanzleistung, den für die eigene Situation und Befindlichkeit passenden Weg zu finden. Da gibt es Meinungen, die ganze Weltanschauungen verkörpern und Produkte, die als unentbehrlich dargestellt werden. Das Zurechtfinden in der Fülle von Informationen und Angeboten sollte und kann erklärtes Ziel einer Beratung sein. Für Frauen mit Behinderungen besteht die Anforderung, noch eine speziellere Auswahl treffen zu müssen. Ich schreibe diesen Beitrag aus der Sicht einer betroffenen Mutter und stelle die psychosoziale Seite des Themas dar.

Es liegt mir daran, deutlich zu machen, dass eine Geburt immer ein einzigartiges Erlebnis ist, weil die Menschen, die daran beteiligt sind, einzigartig sind. In den Augen vieler stellt aber eine Behinderung – die ich auch als einzigartige Besonderheit bezeichne – etwas dar, was nicht mit dem Recht auf Mutterschaft in Verbindung gebracht wird. Diese Tatsache konfrontiert betroffene Frauen mit Reaktionen, die Ausdruck von Ignoranz, Unwissenheit und Unsicherheit sind.

In diesem Kapitel werde ich einige Aspekte und mögliche Problemfelder zusammenstellen. Sie sollen Frauen mit Behinderungen Möglichkeiten und Wege aufzeigen, ihren eigenen, für sie passenden Weg zu finden, ihre Mutterschaft zu gestalten.
Der Geburtsvorgang wird in den unterschiedlichsten Kulturen von jeher viel beachtet. Viele Mythen, Bräuche, Religionsinhalte, aber auch sogenannte moderne Norm- und Wertvorstellungen greifen idealisierte Vorstellungen des Gebärens auf.
Die Forderung von „normaler" und „gesunder" Entwicklung stellt für viele Menschen mit Behinderungen eine problematische Kategorie dar und steht oft im eklatanten Widerspruch zur eigenen Entwicklungsgeschichte.

**Normal und nicht-alltäglich**

Die Schwangerschaft einer Frau mit Behinderung lässt nach wie vor Familienmitgliedern und Fachleuten buchstäblich „die Haare zu Berge stehen".
Eine Frau mit Behinderung erlebt hier eine nicht unerheblichen „Doppelbelastung" – einerseits durch die Anforderungen der Schwangerschaft mit den eventuell bestehenden Besonderheiten durch die Behinderung, andererseits durch die Reaktionen der Mitmenschen. Insbesondere in sogenannten Fach- oder Spezialeinrichtungen (Praxen von ÄrztInnen, Beratungsstellen, Entbindungskliniken) stoßen viele Frauen oft auf Verwunderung, Hilflosigkeit und Unverständnis. Es ist in Deutschland leider immer noch so, dass Menschen mit Behinderung wenig Unterstützung in der Entwicklung ihrer sexuellen Identität finden, ja, der sexuelle Bereich quasi ein Tabuthema ist. Wen wundert's da, wenn „behinderte Mütter" nicht vorgesehen sind.

**Geburtsvorbereitung und der Mythos von der perfekten Geburt**

Die Geburt soll termingerecht, leicht, schnell und ohne Komplikationen verlaufen! Welche Frau wünscht sich das nicht? Auch die beste Geburtsvorbereitung und medizinische Betreuung kann dieses Ideal nicht garantieren. Dennoch ist es sinnvoll, sich auf die Geburt und die Zeit danach gut vorzubereiten.

Ein Geburtsvorbereitungskurs kann eine Möglichkeit sein, hilfreiche Informationen zu erhalten und wertvolle Techniken und Tricks zu erlernen, die das Leben rund um die Geburt erleichtern. Außerdem besteht die Möglichkeit, sich mit anderen werdenden Eltern auszutauschen. Dieser Austausch muss nicht mit der Geburt enden – man/frau trifft sich auch noch, wenn die Babys da sind. Manchmal wird direkt in Kombination mit dem Geburtsvorbereitungskurs der Säuglingspflegekurs angeboten. Durchgeführt werden diese Kurse meistens von Hebammen. Obwohl Hebammen oft nicht so programmmäßig an den Geburtsvorgang herangehen wie Ärzte und Ärztinnen, gilt leider auch hier, dass sie schwangere Frauen mit Behinderung in der Regel bisher nicht betreut haben und demzufolge eher Unsicherheit signalisieren.

Um unliebsame Überraschungen zu vermeiden, sollten die barrierefreie Zugänglichkeit und die Ausstattung der Räumlichkeiten vorher geklärt werden. Spätestens bei der Anmeldung besteht die Möglichkeit, sich zu erkundigen oder die Gegebenheiten anzuschauen. Auch kann frau in einem Erstkontakt schon herausfinden, wie tolerant und flexibel der Kurs durchgeführt werden kann. Ist die Kursleiterin bereit und fähig, die Übungen nicht nur vorzumachen, sondern auch verbal gut und ausführlich anzuleiten? Ist sie bereit, den Verzicht auf allergieauslösende Mittel (Parfüms) in der Kursgruppe durchzusetzen? Kann die Matte am Boden durch eine höhere Liege ersetzt werden? Es ist wichtig, die eigenen Bedürfnisse und Notwendigkeiten vorher deutlich zu machen und deren Umsetzung zu besprechen! Es ist vielleicht etwas lästig, aber es empfiehlt sich, sich bei verschieden Kursen umzuschauen.

Obwohl es die perfekte Geburt und die perfekte Mutter nicht gibt (zum Glück!), macht sich manchmal in diesen Zusammenkünften eine Art Erfolgszwang oder Perfektionismus breit. Dies gilt insbesondere für die Säuglingspflege. Dem entgegenzusteuern, ist schwierig. Dennoch ist es wichtig, sich auf seine eigenen Möglichkeiten zu beziehen.

**Wer entscheidet was?**

Unwissenheit und Unsicherheit auf Seiten der Fachleute werden oft nicht zugegeben. Die Folge kann eine extreme Bevormundung der schwangeren Frau sein, mit der die Unsicherheit überspielt wird. Mit der Begründung „kein Risiko für Mutter und Kind" (!), wird das medizinische Aufgebot erhöht, um eine Sicherheit vorzutäuschen, die es nicht gibt. *Eine* Folge davon ist der Kaiserschnitt. Er wird bei Frauen mit einer Körperbehinderung aus Unsicherheit und Unkenntnis viel zu häufig angewandt – um auf „Nummer Sicher" zu gehen.

Alle schwangeren Frauen können entscheiden, wie und wo sie entbinden möchten. Frauen mit einer Behinderung sind allerdings durch Barrieren häufig in ihrer Wahlmöglichkeit stark eingeschränkt.

Neben der Hausgeburt und der ambulanten Entbindung gibt es die Möglichkeit, sein Kind in einem Geburtshaus oder einer Klinik bzw. einem Krankenhaus auf die Welt zu bringen.

Kreißsäle sind in der Regel nicht „behindertengerecht ausgestattet", verfügen aber oft über unterschiedliche Angebote für Entbindungen, beispielsweise den Geburtsstuhl oder die Unter-Wasser-Geburt. In jedem Fall ist es empfehlenswert, sich vor Ort zu informieren.

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

**Rund um die Geburt**

Es empfiehlt sich also, sich vorab mit den Örtlichkeiten und vielleicht auch mit den Menschen, mit denen frau zur Geburt zu tun hat, vertraut zu machen. Vieles sollte vorher besprochen und gemeinsam erörtert werden. Dies betrifft sowohl die Medikamente und medizinischen Eingriffe (vom Kreislaufmittel bis zum Kaiserschnitt), wie auch den praktischen Ablauf der Geburt. Ebenso ist es wichtig, sich über mögliche Komplikationen sowie daran gebundene Entscheidungen zu verständigen. Die Betonung liegt auf der gemeinsamen Erörterung und Planung – ohne Panikmache und unangebrachten Perfektionismus. Das ist vielleicht nicht ganz einfach, weil das medizinische Fachpersonal den „mündigen Patienten" nicht gewöhnt ist. Die „mündige behinderte Schwangere" erwarten sie erst recht nicht! Das Unterfangen ist aber nicht aussichtslos, weil frau mit dem „Überraschungseffekt" arbeiten kann. Im Endeffekt sind alle froh, wenn über wichtige Fragen vorher gesprochen wurde und eindeutige Untersuchungsergebnisse vorliegen. Ein solches Ergebnis könnte zum Beispiel die Beantwortung der Frage sein: Lassen sich die Beine für den Geburtsvorgang weit genug spreizen? Oder: Wie stark verkrampft der Körper bei Schmerzreizung?

Es kann dann aber trotzdem sein, dass alles anders verläuft als „geplant". Mangelversorgung des Kindes, Blasensprung, vorzeitige Wehen usw. sind unkalkulierbare Faktoren. Sie führen zu Stress und Enttäuschungen und belasten das Geburtserlebnis stark. Um im Sog der geplanten wie ungeplanten Ereignisse nicht doch noch von der „medizinischen Routine" überrannt zu werden, kann die Anwesenheit einer vertrauten Person sehr hilfreich sein. Gerade auch für Frauen mit Kommunikationsproblemen, z.B. gehörlose Frauen oder blinde Frauen, kann die Situation recht schnell bedrohlich werden. Je angespannter die Lage ist, desto weniger werden sich die Fachkräfte an Umgangs- und Kommunikationsformen halten, die ihnen ungewohnt sind. Die vertraute Person kann mit Hilfe der Gebärdensprache oder durch Beschreibung der Vorgänge einerseits vermitteln, was gerade warum geschieht. Und sie kann darauf achten, dass die Wünsche und Entscheidungen der schwangeren Frau respektiert und eingehalten werden. Letzteres ist auch bei Frauen mit sogenannter geistiger Behinderung ein wichtiger Punkt. Leider werden sie immer noch selten ernst genommen, in Stresssituationen überredet. Eine unterstützende Begleitung ist hier ganz wichtig – damit nicht eine medizinische Behandlung durchgesetzt wird, die von der betroffenen Frau letztendlich nicht gewollt ist.

Für alle Fälle gilt: Je besser die Person des Vertrauens über Wünsche, Entscheidungen und Einstellungen der schwangeren Frau informiert ist, desto besser kann sie diese bei der Wahrung ihrer Interessen unterstützen.

**Das Wochenbett**

Mit der Geburt ist zwar Wesentliches geschafft, aber die Zeit unmittelbar danach bietet noch viele, meist ungeahnte Klippen. Ungefähr zwei Tage nach der Entbindung setzen hormonelle Veränderungen ein, die nicht nur die Rückbildung, sondern auch den Milcheinschuss bewirken.

Das Für und Wider des Stillens soll hier nicht weiter erörtert werden. Es sei nur erwähnt, dass Mütter, die stillen wollen, aber nicht können, oft unter Schuldgefühlen leiden. Denn sie befürchten, als Mutter unzureichend zu sein. Für dieses Gefühl der Unzulänglichkeit sind alle, doch gerade auch behinderte Mütter besonders empfänglich! Der Hinweis auf eine „Stillberatung" oder „Stillgruppe" kann sinnvoll sein. Inwieweit frau auf Kompetenz bezüglich behinderungsbedingter Besonderheiten trifft, sei dahingestellt. Aber das meiste, das sich über Stillen in Erfahrung bringen lässt, kann für alle Frauen gleichermaßen hilfreich sein.

Wenn es erforderlich wird, Milch abzupumpen, wird die Schwierigkeit der mechanischen Handhabung deutlich. Auch bei den elektrischen Pumpen gibt es Unterschiede bei der Bedienung. Meistens kennen Hebammen die unterschiedlichen Geräte. Frau kann sich dann rechtzeitig in der Apotheke eine Milchpumpe reservieren lassen. Auch haben manche Apotheken verschiedene Pumpen zur „Begutachtung" da.

Die Stationen in Kliniken für Wöchnerinnen sollen – neben der medizinischen Versorgung – Raum und Zeit für Erholung, zum Ausprobieren, zur Anleitung und zum Austausch zur Verfügung stellen. Nichts kann jedoch darüber hinwegtäuschen, dass es sich trotzdem um einen normalen Krankenhausbetrieb handelt, mit dem „Zwang zum reibungslosen Ablauf". Für Menschen, die darauf angewiesen sind, die Dinge des Alltags etwas anders zu gestalten und zu organisieren, sind solche vorgefertigten Strukturen kein Ort, um Wohlbefinden zu produzieren. Es empfiehlt sich daher, die gewohnte häusliche Umgebung so vorzuplanen, dass Mutter und Kind sich dort (mit der erforderlichen Assistenz und den Hilfsmitteln) kennenlernen können, und sich alles einspielen kann.

**Organisation ist alles**

Bis zu zehn Tage kann täglich eine Hebamme eigener Wahl Mutter und Kind zu Hause betreuen und beraten. In dieser Situation können vielleicht am ehesten individuelle Lösungen und Abläufe ausgetüftelt und erprobt werden. Mit ärztlicher Verordnung kann über die Krankenkasse eine Hauspflege oder Familienpflege beantragt werden. Dies ist übrigens auch schon vor der Geburt möglich, wenn die Frau aus medizinischen Gründen geschont werden muss. Insbesondere soll dies nicht nur einen vorzeitigen oder weiteren Krankenhausaufenthalt vermeiden, sondern soll auch beispielsweise die Versorgung von Geschwisterkindern sicherstellen. Inwieweit Frauen sozusagen behinderungsbedingt diese Hilfen erhalten, hängt von der befürwortenden Begründung der Ärztin oder des Arztes und von den Ermessensspielräumen der Krankenkassen ab. Über den von der Kasse bewilligten Zeitraum hinaus kann die Hilfe noch etwas länger über § 20 KJHG (Kinder- und Jugendhilfegesetz) finanziert werden. Dieser Antrag ist, sofern nötig, beim zuständigen Jugendamt zu stellen.

**Resümee**

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass werdende Mütter allerhand zu beachten, zu entscheiden und zu organisieren haben. Für Frauen, die darüber hinaus noch bestimmte behinderungsbedingte Besonderheiten mitbringen, stellen sich noch eine Menge weiterer Fragen. Und es ist viel Organisationstalent erforderlich, um die Abläufe rund um die Geburt befriedigend zu gestalten.

Die aufgeführten Abläufe und Problemfelder sind keineswegs vollständig, sondern sind eher als eine Art „Wegweiser" zu verstehen. Doch am Anfang von alledem steht die Information und das Wissen. Deshalb ist eine gute und umfassende Beratung eigentlich unverzichtbar. Leider müssen wir davon ausgehen, dass „herkömmliche" Beratungsstellen eher selbst Beratung bräuchten in punkto „behinderte Mütter". Das entworfene, bisweilen düstere Bild über die Kompetenz von Einrichtungen und Institutionen, auf die schwangere Frauen treffen, soll aber nicht mutlos machen! Im Gegenteil: Das Aufzeigen der aktuellen Situation sowie das Auflisten und Ordnen wichtiger Fragen,

ermöglicht ein Dazulernen und Wachsen auf beiden Seiten: Die betroffenen Frauen können die Kompetenz für die eigene Lebenssituation und Lebensplanung erweitern, und die Fachleute gewinnen Einblick in besondere Lebenslagen, was interessant und für den beruflichen Alltag bereichernd sein kann.

# Die Beratung behinderter und/oder chronisch kranker Mütter(1)

Christiane Rischer

Behinderte Mütter sind eine bis heute wenig beachtete Gruppe in der Gesellschaft. Das mag zum einen daran liegen, dass sie zahlenmäßig den nichtbehinderten Müttern weit unterlegen sind. Zum anderen bedeutet die Mutterschaft für eine behinderte Frau einen bedeutenden Schritt zur „Normalität" der nichtbehinderten Gesellschaft. Die Auseinandersetzung mit der eigenen Behinderung tritt zeitweise in den Hintergrund. Die behinderte Mutter ist wie jede Mutter bestrebt, ihre Rolle nach ihren Vorstellungen perfekt auszufüllen. Sie wird jedoch, je nach Ausmaß ihrer Einschränkungen, eher an ihre Grenzen stoßen, da sie für die Bewältigung der gleichen Aufgaben ungleich mehr Energie einsetzen muss. Dazu kommt, dass eine Mutter mit Behinderung immer als solche wahrgenommen wird. Schon während der Schwangerschaft erfährt sie Verunsicherungen von Seiten ihrer Umwelt, ihre Kompetenz als Mutter wird in Frage gestellt.

**Barrieren**

Mütter mit Behinderung erleben die gleichen Barrieren wie andere behinderte Menschen auch. Behörden, Freizeitstätten, Familienbildungsstätten, Schulen, Kindergärten, etc. sind nur über Stufen zu erreichen, haben enge Türen; behindertengerechte Toiletten (auch wichtig für Kleinkinder behinderter Mütter) fehlen. Es gibt keine Einkaufswagen für behinderte Menschen (weder mit noch ohne Babyschale). Auch die Kommunikationsprobleme bleiben die gleichen: Es fehlen GebärdensprachdolmetscherInnen, Informationsmaterial liegt nur in Schwarzschrift vor, ebenso fehlen Leicht-Lese-Fassungen.

Mobilität ist ein besonders großes Problem. Mütter mit Behinderung haben häufig keinen Pkw, können häufig den unzugänglichen öffentlichen Nahverkehr nicht nutzen – und der Behindertenfahrdienst ist nicht auf die Mitnahme von Kindern eingerichtet.

Sobald eine Mutter mit Behinderung etwas gemeinsam mit ihrem Kind, ihrer Familie unternehmen will, wird nicht nur sie selbst, sondern auch ihr Kind/ihre Familie von vielen Angeboten ausgeschlossen sein.

Einrichtungen, in denen die Kinder behinderter Mütter betreut werden, stellen eine besondere Herausforderung dar. Diese beginnt bei der Erfüllung der gesetzlich geregelten Aufsichtspflicht(2) und endet bei dem Elternabend oder dem Bastelnachmittag, an dem sie nur unter erschwerten Bedingungen teilnehmen können.
Spezielle Mutter-Kind-Angebote (Mutter-Kind-Turnen, Mutter-Kind-Kuren ...) sind aufgrund der oben beschriebenen Hindernisse gleichfalls oft nicht nutzbar.

Auf der anderen Seite sind in Angeboten für erwachsene Menschen mit Behinderung zumeist keine Kinder vorgesehen. So sind Behindertenwohnungen in der Regel sehr großzügig geschnitten, was die Raumaufteilung angeht – dafür finden Kinderzimmer keine Berücksichtigung.

Eine Barriere anderer Art ist die meist unzureichende Assistenz. Das hat zum einen zur Folge, dass Mütter mit Behinderung oft all ihre Kräfte in die Bewäl-

tigung ihrer Hausfrauentätigkeit investieren müssen. Gerade im Freien und in anderen Räumlichkeiten, die nicht auf ihre speziellen Bedürfnisse eingerichtet sind, brauchen viele Mütter Hilfe und Unterstützung.
Häufig müssen Mütter für sich selbst Hilfeleistungen in Anspruch nehmen. Gleichzeitig haben sie den Wunsch und die Aufgabe, ihre Kinder optimal zu betreuen und zu versorgen. Beides zu vereinen, erfordert in hohem Maße organisatorische Planung und vorausschauendes Handeln.

**Beratungsthemen von Müttern mit Behinderung oder chronischer Erkrankung**
Mütter mit Behinderung oder chronischer Erkrankung haben daher über den allgemeinen Bedarf hinaus weitere ganz spezielle Themen, in denen sie Beratung suchen. Häufige Fragen sind:

- Wie werde ich meinen eigenen Ansprüchen an meine Mutterrolle gerecht? Abklärung eigener Erwartungen und Fähigkeiten
- Welche Verpflichtungen muss ich als Mutter wahrnehmen? Kann ich diese allein bewältigen? Welche Hilfsmittel brauche ich für die Versorgung des Kindes?
- Wo ergeben sich durch meine Behinderung Einschränkungen?
  (Für chronisch kranke Frauen mit wechselnden Einschränkungen - z.B. Rheumatikerinnen - ist die Frage zu klären, ob sie sich als behindert verstehen und wie sie mit ihren sich ändernden Einschränkungen umgehen können.)
- Welcher Hilfebedarf ergibt sich insgesamt daraus?
- Welche Hilfesysteme stehen mir zur Verfügung? Sind diese ausreichend?
- Entspricht meine häusliche Umgebung den (neuen) Anforderungen?
- Welche Assistenz brauche ich für die Versorgung des Kindes? Beschaffung und Finanzierung sind ebenso wichtige Aspekte wie Organisation der Assistenz innerhalb der Familie.
- Wie setze ich meine Erziehungsziele und Wünsche beim Kind durch, wenn ich sie nicht durch physische Aktionen, etwa durch An-die-Hand-nehmen bekräftigen kann?
- Wie kann ich gefährliche Situationen einschätzen, wie kann ich mich in ihnen verhalten?
- Umgang mit Kindergarten und Schule
- Austausch und Unterstützung: Wo und wie erhalte ich Tipps und Hinweise?

**Umgang mit der Mutterrolle**
Auf der einen Seite stehen Mütter mit Behinderung vor der Aufgabe, räumliche und kommunikative Barrieren, behinderungsbedingte Schwierigkeiten, nicht nur in ihrem eigenen Interesse, sondern auch entsprechend den Bedürfnissen ihrer Kinder zu bewältigen. Auf der anderen Seite erleben sich behinderte Mütter in besonderem Maße in der Art und Weise, wie sie mit ihrem Kind umgehen, von ihrer Umwelt beobachtet und kritisiert. Ihre Behinderung gilt unter „Fachleuten", wie ErzieherInnen, ÄrztInnen etc. als (negativer) Einflussfaktor auf die Entwicklung des Kindes: Ist es sehr selbstständig, so wird von seiten der Umwelt häufig interpretiert, dass es der behinderten Mutter viel helfen muss. Hat es Defizite, kann die Interpretation lauten, dass die Mutter ihr Kind nicht optimal fördern konnte.

So erleben diese Mütter einen besonderen Druck, die Erwartungen ihrer Umwelt überdurchschnittlich gut zu erfüllen. Sie werden versuchen, die *tatsächlichen und vermeintlichen* Nachteile, die ihrem Kind durch die Behinderung entstehen, auf anderen Wegen auszugleichen.

Besonders schmerzlich ist es für Mütter mit Behinderung, dass sie mit ihren Kindern verschiedene Dinge nicht tun können, weil sie selbst dazu nicht in der Lage sind. Ebenso schmerzlich ist es für sie, dem Kind aufgrund der eigenen Behinderung etwas versagen zu müssen. Auch eine nichtbehinderte Mutter kann mit ihrem Kind nicht alles machen; sie kann sich in der Regel jedoch leichter von diesem Anspruch distanzieren.

Die Anforderungen an Mütter mit Behinderungen sind sehr groß. Obendrein haben die meisten Mütter mit Behinderung überhöhte Ansprüche an sich selbst. Diesen Erwartungen werden sie in der Regel nicht gerecht werden können, was zu Selbstzweifeln und permanent schlechtem Gewissen führen kann. Dann ist eine Beratung angebracht, die der Frau hilft, ihre Mutterrolle neu zu überdenken und ihre Erwartungen an sich selbst mit ihren Möglichkeiten in Einklang zu bringen.
Gelingt es der Mutter, die positiven Aspekte ihrer individuellen Situation anzuerkennen, kann sie eine für sich schlüssige und realisierbare Definition ihrer Rolle als Mutter finden und leben. Ein Motto für eine an ihre Möglichkeiten angepasste Definition könnte beispielsweise lauten: „Ich kann meinem Kind nicht in jeder Situation selbst helfen, aber ich kann dafür sorgen, dass jemand da ist, der ihm die Hilfe geben kann, die es braucht."

**Spezielle Alltagsschwierigkeiten behinderter Mütter**
Es ist natürlich nicht möglich, pauschal die Schwierigkeiten behinderter Mütter in der Pflege und Versorgung ihrer Kinder darzustellen. Diese variieren je nach Art und Ausmaß der Behinderung. Sie sind natürlich auch abhängig vom Alter der Kinder. So erfordern Kinder zwischen 6 Monaten und drei Jahren den größten Aufwand, was Pflege und Erziehung betrifft. Nach diesem Zeitraum sind die geistigen und motorischen Fähigkeiten des Kindes soweit gereift, dass es den Aufforderungen seiner Eltern folgen kann. Ein paar häufig auftretende Schwierigkeiten behinderter Mütter sollen hier jedoch beschrieben werden.

**Gefahrensituationen**
Jede Mutter wird Situationen vermeiden, in denen ihr Kind/ihre Kinder möglicherweise Gefahren ausgesetzt ist bzw. sind, aus denen sie diese/s nicht befreien kann.
Es erfordert ein hohes Maß an Phantasie und Vorstellungsvermögen, Situationen auf ihre mögliche Problemstruktur hin zu analysieren und im Vorfeld Lösungsstrategien zu entwickeln. Diese Leistungen müssen Mütter mit Behinderung erbringen, wenn sie beispielsweise mit ihrem Kind allein zum Kinderarzt/zur Kinderärztin gehen wollen. Sowohl der Weg als auch die räumlichen Gegebenheiten müssen bezüglich der Sicherheit des Kindes und der eigenen Kontrollierbarkeit der Situation eingeschätzt werden. Dabei muss zwischen den eigenen Fähigkeiten und der Mobilität und Intuition des Kindes abgewogen werden: Bleibt die Situation kontrollierbar und wie können kritische Situationen bewältigt werden? So können Ausflüge gerade mit sehr kleinen Kindern für Mütter mit einer Behinderung zu einer Herausforderung werden. Hier nur einige Beispiele:

Etwa der Spielplatz, den eine Mutter im Rollstuhl nicht befahren und wodurch sie ihrem Kind nicht zu Hilfe kommen kann. Eine blinde Mutter kann unter Umständen eine Gefahr für ihr Kind nicht rechtzeitig erkennen. Eine Mutter mit Anfällen fällt für diese Zeit als Bezugsperson völlig aus. Was ist, wenn gerade dann etwas passiert? Eine gehbehinderte Frau kann dem davonrennenden Kind nicht folgen. Eine gehörlose Mutter kann akustische Warnsignale nicht wahrnehmen (sich nähernde Gefahren oder auch Warn- oder Hilferufe).

Natürlich sind Gefahrensituationen auch für die Kinder nichtbehinderter Mütter gegeben. Der Unterschied liegt darin, dass die Unsicherheits- und Gefahrenquellen für Mütter mit Behinderung alltäglicher und vielfältiger sind. Zum Glück richten sich Kinder recht bald auf die Grenzen ihrer Mütter ein. Die geschilderten Situationen stellen somit die schlimmsten Befürchtungen der Mütter dar.

Die Einschätzung der Kontrollierbarkeit von Situationen hängt auch von dem Ausmaß an vergleichbaren Vorerfahrungen ab. Hierbei zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen Müttern, die von Geburt an behindert sind und solchen, die ihre Behinderung erst in letzter Zeit erworben haben. Erstere verfügen unter anderem meist über eine präzisere Einschätzung ihrer Leistungsfähigkeit. Frauen, die noch nicht lange mit ihrer Behinderung leben, oder deren Behinderung sich verändert, können ihre Leistungsfähigkeit zum Teil weniger gut einschätzen. Sie reagieren im Umgang mit ihren Kindern gelegentlich ängstlicher und vertrauen in kritischen Situationen häufiger auf die Hilfe von anderen Personen. Ein entscheidender Punkt ist natürlich auch – wie bei allen Müttern –, ob die ratsuchende Mutter bereits Erfahrung mit eigenen Babys oder Kindern hat.

**Erziehung**

Bei der Durchsetzung ihrer Erziehungsvorstellungen gegenüber ihrem Kind ergeben sich für behinderte Mütter unterschiedliche Probleme. Als Beispiel:
Sind die Einschränkungen der Mutter so groß, dass sie nur mit Worten ihr Kind beeinflussen kann, stellt sich die Frage, wie sie reagieren kann, wenn das Kind ihrer Aufforderung nicht nachkommt. Bei Kindern ab ca. drei Jahren sind Erklärungen, warum dieses oder jenes von dem Kind verlangt wird, oft ausreichend. Hilft das nicht, kann die ganze Palette der nicht körperlichen Erziehungsmethoden zum Einsatz kommen. Bei Kleinstkindern sind diese Methoden verständlicherweise nicht wirksam. Hier bleibt nur vorausschauendes Handeln und gegebenenfalls vermehrte Assistenz, auch um das Kind gegebenenfalls aus gefährlichen Situationen „herausnehmen" zu können.
Sobald ein Kind ungefähr ein Jahr alt ist, entdeckt es die Stärken und Schwächen seiner Bezugspersonen und weiß diese für sich auszunutzen. So kann das Kind einer Rollstuhlfahrerin schnell feststellen, dass seine Mutter es in bestimmten Winkeln der Wohnung nicht erreichen kann. Es wird sich in diese Winkel begeben, wenn es sich dem Einfluss der Mutter entziehen will.
Kinder von blinden Müttern können in deren Beisein „Unsinn machen": „Mama sieht's ja nicht." Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass die Kinder ihren blinden Müttern zum Teil verbal mitteilen, dass sie gerade den Tisch mit Schokolade eincremen oder die Tapete bunt anmalen. Denn schließlich wollen sie ja eine Reaktion von der Mutter haben.

Für eine Mutter mit Behinderung kann eine solche Situation sehr belastend sein. Denn zum einen kann sie nicht so Einfluss auf das Kind ausüben, wie sie es möchte und zum anderen wird sie gezwungen, sich erneut mit ihrer Behinderung auseinander zu setzen.

An dieser Stelle ist es wichtig, festzustellen, dass die „lieben Kleinen" auch bei nichtbehinderten Müttern sehr schnell deren „Schwachstellen" herausgefunden haben und diese entsprechend für sich ausnutzen. Es ist sehr häufig eine Frage des allgemeinen Umgangs und der Kommunikation miteinander. Ist diese überwiegend auf Konfrontation ausgelegt, können sich je nach Behinderung allerdings tatsächlich vermehrt Probleme für die Mutter ergeben.

**Mangel an Hilfsmitteln**
In der Regel werden die handelsüblichen Artikel des Babyfachmarktes den Bedürfnissen vieler Mütter mit Behinderung nicht gerecht. Sie sind daher sehr auf Eigeninitiative angewiesen – die meisten Mütter haben daher selbst Hilfsmittel zu Pflege, Transport, Baden und Schlafen entwickelt. Im Folgenden einige Beispiele (als Anregung):

- Eine Mutter im Rollstuhl kann ihr Kind nur schwer vom Boden aufheben. Sie kleidet ihr Kind vorzugsweise in stabile Latzhosen und hebt es an den Hosenträgern hoch.
- Eine Mutter mit Bewegungseinschränkungen in beiden Händen lässt an die Babykleidung statt Knöpfen Klettverschlüsse anbringen und erleichtert sich so das Ankleiden des Kindes.
- Eine sehbehinderte Mutter spielt „Roboter" mit ihren Söhnen; die „Roboter" geben Töne von sich, so kann die Mutter ihre Kinder im Freien leicht lokalisieren.
- Eine Mutter mit plötzlichen Bewusstseinstrübungen (Anfällen) erledigt Handlungen wie Wickeln oder Füttern „ebenerdig" auf einem dicken Teppich.
- Eine gehbehinderte Frau, die ihr Kind nicht alleine tragen kann, nimmt in der Wohnung einen Autokindersitz zur Hilfe, der auf ein fahrbares Gestell montiert werden kann.
- Rollstuhlfahrende Mütter sichern ihre Babys zum Transport unter anderem mit Hilfe von Bauchtragetaschen und Tragetüchern. Im übrigen entdecken die Kinder schnell selbst, wie sie bei der Mutter auf dem Rollstuhl mitfahren können.
- Ein Problem – besonders für Mütter im Rollstuhl – stellt das Kinderbett dar. Die nicht verstellbaren Gitter ermöglichen es nicht, das Kind in dieses Bett hineinzulegen oder herauszuholen. Außerdem kommen Rollstuhlfahrerinnen oft nicht nah genug an das Bett heran, um das Kind zu halten. Auch Wickelkommoden haben für Rollstuhlfahrerinnen ihre Tücken. Sie sind zu hoch und außerdem meist nicht unterfahrbar, so dass die behinderte Mutter zu weit von der Wickelfläche entfernt sitzt. Rollstuhlfahrende Mütter haben für dieses Problem zum Teil eine Doppellösung entdeckt, etwa ein altes Pflegebett, das höhenverstellbar ist und zur Hälfte als Kinderbett und Wickeltisch gemeinsam genutzt wird. Ein Gitterschutz wurde hier speziell montiert und mit Scharnieren versehen, um einen guten Zugriff an das Kind zu ermöglichen.

Gefragt sind in allen Fällen Einfallsreichtum und die Lust am Ausprobieren.

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

**Finanzierung von Hilfsmitteln**
Es lohnt sich, die Übernahme der Kosten für spezielle Hilfsmittel bei der Krankenkasse oder beim Sozialamt zu beantragen. Denn das Bundessozialgericht hat (im Falle einer optischen Babyrufanlage für eine gehörlose Mutter) bereits im Jahr 1988 entschieden, dass diese Hilfsmittel notwendig sind, weil „das Bedürfnis der Mutter, ihr neugeborenes Kind zu umsorgen, ein Grundbedürfnis ist. Dieses Bedürfnis ist der menschlichen Natur eigen und von existentieller Bedeutung. Es erstreckt sich darauf, das Kind vor Schaden zu bewahren und seine körperliche, geistige und seelische Entwicklung zu fördern (...) daneben sind als Bedürfnisse der Mutter anzuerkennen, ihren Haushalt in Ordnung zu halten, sich durch Erholungspausen physisch und psychisch zu regenerieren und eine von Anspannungen unbelastete Nachtruhe zu finden."(4)

**Unterstützung und Assistenz**
Viele behinderte Mütter benötigen für eine begrenzte Zeit Assistenz bei der Versorgung ihres Kindes. Gerade in den ersten drei Lebensjahren, in denen die Kinder körperlich versorgt werden müssen, ist oft eine Unterstützung durch eine dritte Person notwendig.

**Finanzierung**
Formen zur individuellen Unterstützung behinderter Menschen, die auch für behinderte Mütter übertragbar wären, gibt es reichlich. Das Problem liegt jedoch in der Finanzierung der Assistenz.

Frauen, die durch einen Unfall eine Behinderung haben, können unter Umständen Leistungen von Versicherungen, Berufsgenossenschaften etc. in Anspruch nehmen. Mütter, die ihre Behinderung von Geburt an oder durch eine Erkrankung haben, müssen hart kämpfen, um eine Assistenz außerhalb der Familie gewährt zu bekommen.

Zwar erwähnt der Arbeitsbericht „Zur Lage der Behinderten in der Rehabilitation"(3) , dass behinderte Eltern entsprechend den Maßgaben des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) im Rahmen der Eingliederungshilfe oder des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG)., z.B. im Rahmen der Tagespflege, Anspruch auf Unterstützung bei der Pflege und Erziehung ihrer Kinder haben, ausdrücklich genannt werden diese Ansprüche behinderter Eltern in den Gesetzestexten jedoch nicht. In der Praxis fühlt sich keine der Stellen zuständig, es wurden bisher lediglich Einzellösungen durchgesetzt.(5)
Auch wird oftmals die Fürsorgepflicht des Ehemannes mit als Kriterium herangezogen. So wird eine finanzielle Unterstützung nur gewährt, wenn der Ehemann aufgrund seiner Berufstätigkeit oder körperlichen Beeinträchtigung seine Frau nicht unterstützen kann.

**Wie regeln Mütter mit Behinderung ihren täglichen Unterstützungsbedarf?**
Der Unterstützungsbedarf behinderter Mütter ist individuell sehr verschieden und die Möglichkeiten, Assistenz zu organisieren sind vielfältig (sofern die Finanzierung gesichert ist). Oft müssen die Mütter selbst erst herausfinden, wobei sie Unterstützung benötigen und welche Form für sie die beste ist. Dieses gemeinsam mit der Mutter zu klären, ist häufig Thema der Beratungsarbeit.

Grundsätzlich gibt es zwei Möglichkeiten der Unterstützung. Sie kann im Rahmen der Familie geleistet werden oder durch außerfamiliäre Unterstützung.

**Innerfamiliäre Unterstützung**
Eine Unterstützung im Rahmen der Familie setzt eine entsprechende Familienstruktur sowie einen begrenzten Assistenzbedarf voraus. Der Vorteil dieser Variante liegt darin, dass keine fremden Personen in das Familienleben eindringen und dass die Hilfe eher flexibel und nach Bedarf abgerufen werden kann. Als nachteilig erleben die Mütter, dass die Umsetzung ihrer eigenen Vorstellungen bezüglich der Kindererziehung und der Haushaltsführung nicht gewährleistet ist. So ersticken die eigene Mutter oder der Lebenspartner oft den Erziehungsstil der behinderten Mutter. Ebenso werden Aufgaben im Haushalt häufig ganz im Ermessen der haushaltsführenden Verwandten, nicht aber nach den Bedürfnissen der behinderten Mutter durchgeführt.
Auch ergibt sich das Problem, immer in der nehmenden Rolle zu sein: Es wird schnell Dankbarkeit von der unterstützten Mutter erwartet.
Die zusätzliche Belastung des Lebenspartners/der Partnerin ist ein weiterer Aspekt. Recht schnell können bei dem Partner/der Partnerin das Gefühl der Überforderung und bei der Mutter Schuldgefühle entstehen. Die Folge sind ständige emotionale Spannungen in der Familie.

**Außerfamiliäre Unterstützung**
Für ein selbstbestimmtes Leben ist die Organisation der Assistenz und die klare Aufgabenverteilung von entscheidender Bedeutung. Ein weitgehend selbstbestimmtes Leben ist einer Mutter mit Behinderung erst dann möglich, wenn sie eine oder mehrere Personen ihrer Wahl einstellen und mit diesen ihr Leben und die Erziehung des Kindes/der Kinder nach ihren Vorstellungen gestalten kann. Hier eine Übersicht der unterschiedlichen Möglichkeiten der Unterstützung von außen:

- stundenweise Assistenz
- Assistenz „Rund um die Uhr"
- Unterstützung mit Erziehungsauftrag und persönlicher Beziehung der Assistenzperson
- Unterstützung ohne Erziehungsauftrag
- Unterstützung durch bezahlte Hilfen:
- Privatpersonen
- Assistenz durch professionelle Anbieter
- Unterstützung durch unbezahlte Hilfen:
- Nachbarschaftshilfen
- Tauschringe

Beispiele möglicher Kombinationen:

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

**Stundenweise Assistenz ohne Erziehungsauftrag**
Mütter mit Behinderung, die in der Regel ihre Kinder allein versorgen können, benötigen dennoch hin und wieder spontane und schnelle Hilfe, etwa wenn etwas zerbricht, und sie nicht in der Lage sind, die Scherben alleine zu beseitigen. Oder wenn das Kind plötzlich krank wird, sich beispielsweise erbricht. Ebenso kann eine sinnvolle Assistenz darin bestehen, die Mutter in jenen Dingen zu unterstützen oder ihr diese abzunehmen, die sie nur schwer bzw. unzureichend selbst erledigen kann, z. B. Zubereitung der Babynahrung, Einkauf von Kinderkleidung etc.
In diesem Rahmen ist es ebenfalls nur begrenzt nötig, eine Beziehung zwischen Assistenzperson und Kind aufzubauen.

**Stundenweise Assistenz mit Erziehungsauftrag**
Ist eine Mutter nur begrenzt körperlich und/oder psychisch belastbar, so muss sie die Möglichkeit haben, sich stundenweise zurückzuziehen, sich auszuruhen. Da die Betreuung für diese Zeit an die Assistentin/den Assistenten übergeht, wird sie oder er eine Beziehung zu dem Kind aufbauen. Hier ist es wichtig, dass die Mutter mit ihrer Assistenz generelle Erziehungsfragen und –methoden abspricht, damit diese auch in ihrem Sinne handeln kann.

**24-Stunden-Assistenz ohne Erziehungsauftrag**
Hat die Mutter selbst einen hohen Assistenzbedarf, ist im Umgang mit den benötigten Hilfepersonen einige Konsequenz und hohes Durchsetzungsvermögen nötig, um die eigene Mutterrolle zu wahren. Manche behinderten Mütter haben dieses Problem für sich so gelöst, dass sie die Assistentinnen als „verlängerten Arm" versteht. Die Assistentinnen führen Handgriffe nach Anordnung der Mutter durch. Sie handeln nicht selbstverantwortlich, sondern nur auf Aufforderung und, sofern möglich, immer in Gegenwart der Mutter. Um sicherzustellen, dass die Assistentinnen keine enge Bindung zu den Kindern aufbauen, wechseln sie täglich. Insgesamt erwartet die Mutter von ihren Hilfskräften, dass diese sich nicht in ihren Erziehungsstil einmischen. Für die Assistentinnen bedeutet das, sich immer wieder neu auf Situationen und Reaktionen einzustellen – und auch auf ähnliche Situationen nicht eigenständig, sondern nur auf Anweisung der Mutter zu handeln. Nur so ist gewährleistet, dass die Erziehung *zu jedem Zeitpunkt* entsprechend der Intuition der Mutter geschieht.

Ein möglichst ungestörtes Familienleben und Rund-um-die-Uhr-Assistenz sind dadurch zu vereinbaren, dass die AssistentInnen ein eigenes Zimmer haben, in das sie sich zurückziehen, wenn ihre Hilfe gerade nicht gebraucht wird.

**Bezahlte Hilfen**
Bezahlte Assistenz ist über professionelle Anbieter oder durch „Privatpersonen" möglich. Der Vorteil bei professionellen Anbietern liegt darin, dass sie die gesamte Organisation erledigen und bei Ausfall einer Assistenzperson für Ersatz gesorgt ist. Der Nachteil liegt in meist vorgegebenen Zeitabläufen sowie der Beliebigkeit der Assistenzperson.

Der Vorteil, wenn Privatpersonen in die Pflicht genommen werden, ist, dass die behinderte Mutter sich ihre Hilfskraft nach eigenen Vorstellungen aussuchen kann und Einfluss auf die Tageszeitstruktur hat. Der Nachteil besteht darin, selbst die gesamte Organisation leisten zu müssen. Sehr schwierig ist es auch, Ersatz zu bekommen, wenn die Hilfskraft verhindert oder krank ist. Dies ist dann weniger problematisch, wenn die Mutter mehrere Hilfskräfte beschäftigt.

**Unbezahlte Hilfen**

Nachbarschaftshilfen und Tauschringe

Seit einigen Jahren entstehen verstärkt Nachbarschaftshilfen, die unterschiedliche Alltagshilfen „im Angebot" haben. Dabei sind die Unterstützungsangebote nicht immer auf Wechselseitigkeit ausgelegt. D.h. nicht immer tauschen gebende und nehmende Personen die Rolle. Im Rahmen von Nachbarschaftshilfen können sich wechselseitige Unterstützungsmodelle – Tauschringe – entwickeln, z. B.: „Ich passe mit auf Dein Kind auf, während Du für mich mit einkaufen gehst." Bei dieser Konstruktion ist ein gleichberechtigter Austausch von Unterstützung eher gewährleistet. Diese Lösung ist allerdings nur dann möglich, wenn die Mutter mit Behinderung noch Kapazitäten frei hat, die Unterstützung also nicht in erster Linie als allgemeine Entlastung braucht.

**Alleinerziehende Mütter**

Wie auch unter nichtbehinderten Müttern, ist eine ganze Reihe von Müttern mit Behinderung alleinerziehend.

Sind bereits nichtbehinderte Mütter durch die Mehrfachbelastung von Kindererziehung, Haushalt und eventuell noch Beruf oft überfordert, so ist dies bei behinderten Müttern noch eher der Fall. Darüber hinaus belastet sie das Fehlen einer ebenso verantwortlichen Person verstärkt bei den Aufgaben, die sie selbst aufgrund von Barrieren nicht wahrnehmen können. Dies kann das Abholen von der Schule betreffen, wenn diese nicht zugänglich ist, oder das Einkaufen. Manche behinderte Mutter benötigt Assistenz, um ihrem Kind den Teil an Lebenserfahrung zu vermitteln, den sie nicht leisten kann (z.B. kann eine rollstuhlfahrende Mutter ihrem Kind nur unzureichend den Umgang mit öffentlichen Verkehrsmitteln nahebringen; dies kann aber für die Bewältigung des Schulweges erforderlich sein.)

**Fazit**

Abschließend sei bemerkt, dass sich immer mehr Frauen mit Behinderung bewusst entscheiden, Mutter zu werden, so dass dieses Thema in Zukunft an Bedeutung gewinnen wird. Auch können wir davon ausgehen, dass es weit mehr Mütter mit Behinderungen gibt, als wir gemeinhin annehmen. Ihre Situation muss stärker von der Beratung berücksichtigt werden.

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

# Pflege- oder Adoptivkinder

Susanne Lambeck

Behinderte Eltern sind heute schon nicht mehr ganz so exotisch wie noch vor ein paar Jahren.
Aber: Nicht alle Paare mit Behinderung, die sich ein Kind wünschen, haben auch die biologische Möglichkeit.
Wenn Paare ungewollt kinderlos bleiben, beginnen sie irgendwann über die Möglichkeit einer Adoption nachzudenken. Aber: Wie kommt man zu einem Adoptivkind, wer darf überhaupt Adoptivkinder vermitteln, was ist der Unterschied zu einem Pflegekind und haben wir als behindertes Bewerberpaar überhaupt eine Chance?

Auf Eltern mit Behinderung wird in der einschlägigen Literatur zu Pflege- bzw. Adoptivkindern höchstens am Rande eingegangen. Dies spiegelt auch gleich eine gesellschaftliche Realität wieder: Behinderte Eltern mit Pflege- oder Adoptivkindern sind eher selten.
Es ist nie ganz einfach, Pflege- oder Adoptiveltern zu werden. Die BewerberInnen müssen sich eine Menge Fragen zu ihrem Privatleben stellen lassen, ihre Motivation „Warum eigentlich Kinder?" sehr genau begründen können, schließlich wird ein sogenannter Sozialbericht über sie verfasst. Und wenn sie Glück haben, steht am Ende die Vermittlung eines Kindes. Nach abgeschlossenem Adoptionsverfahren gibt es keine Kontroll- und Einflussmöglichkeit der vermittelnden Stelle, um das Wohlergehen der Kinder weiter verfolgen zu können. Pflegeeltern dagegen behalten ihre Zusammenarbeit mit dem Jugendamt, d.h. jedoch in der Regel nicht, dass sie nach abgeschlossenem Vermittlungsverfahren ständig durch das Jugendamt kontrolliert werden. Daher bemühen sich die vermittelnden Stellen, die Motivation und Eignung der BewerberInnen möglichst umfassend zu ermitteln. Die Zahl der Paare, die ein Kind annehmen wollen, steigt, während gleichzeitig immer weniger Kinder zur Adoption freigegeben werden.
So verständlich das Unbehagen gegenüber dem als inquisitorisch empfundenen Vermittlungsverfahren sein mag, so wichtig ist es, den Unmut zu überwinden. Sinn des Vermittlungsverfahrens ist es eben nicht, kinderlosen Paaren zu einem Kind zu verhelfen, sondern für Kinder geeignete Eltern zu finden. Mit dieser Aussage werden alle BewerberInnen spätestens im Erstgespräch konfrontiert und müssen sich dementsprechend damit auseinandersetzen.
Wenn bei dem hoffnungsvollen BewerberInnenpaar eine Behinderung vorliegt, verkompliziert das die Sache erst einmal.
Doch unmöglich ist es auch dann nicht.

**Wer darf vermitteln?**
Grundsätzlich unterhalten die Jugendämter der Städte Adoptions- und Pflegevermittlungsstellen, die in der Regel voneinander getrennt sind. Darüber hinaus existieren zentrale Adoptions- und Pflegevermittlungsstellen bei den Landesjugendämtern.
Zur Adoption- und Pflegevermittlung sind auch die örtlichen und zentralen Stellen des Diakonischen Werks, des Deutschen Caritasverbandes, der Arbeiterwohlfahrt und der diesen Verbänden angeschlossenen Fachverbände sowie sonstige Organisationen berechtigt, wenn die Stellen von der nach Landesrecht zuständigen Behörde als Adoptionsvermittlungsstelle anerkannt worden sind.

**Adoptivkinder**
Adoptionsvermittlung ist das Zusammenführen von Kindern unter 18 Jahren und Personen, die ein Kind annehmen wollen (Adoptionsbewerber), mit dem Ziel der Annahme als Kind. Adoptieren können Einzelpersonen, wenn sie mindestens 25 Jahre alt sind, hetero-, aber auch homosexuelle Paare, wenn ein Partner mindestens 25 Jahre und der andere 21 Jahre alt ist. Das Alter des Kindes soll dem biologischen Alter der annehmenden Eltern entsprechen, so dass allgemein das 35. Lebensjahr als Grenze für die Vermittlung eines Säuglings gilt (obwohl dies im Bürgerlichen Gesetzbuch - BGB - nicht ausdrücklich festgelegt wird).
Nach dem gültigen Adoptionsrecht hat das Adoptivkind genau die gleichen Rechte in der Familie wie ein leibliches Kind. Es trägt den Nachnamen seiner Adoptivfamilie, ist erbberechtigt, besitzt das gleiche Recht auf Unterhalt und elterliche Sorge. Aber auch Adoptivkinder haben eine Geschichte in ihrer Ursprungsfamilie. Und auch wenn die Adoptivfamilie diese Tatsache vielleicht über viele Jahre verdrängen kann, bleibt auch sie nicht davon verschont, dass sich ihr Adoptivkind eines Tages mit dieser Geschichte auseinandersetzen wird.

**Pflegekinder**
„Hilfe zur Erziehung in *Vollzeitpflege* soll entsprechend dem Alter und Entwicklungsstand des Kindes oder des Jugendlichen und seinen persönlichen Bindungen sowie den Möglichkeiten der Verbesserung der Erziehungsbedingungen in der Herkunftsfamilie Kindern und Jugendlichen in einer anderen Familie eine zeitlich befristete oder eine auf Dauer angelegte Lebensform bieten." (§33 Kinder- und Jugendhilfegesetz - KJHG) Für ihren Betreuungsaufwand erhalten Pflegeeltern ein Pflegegeld vom Jugendamt. Kinder aus schwierigen Situationen zu betreuen, bedeutet einen erheblich größeren Zeitaufwand. Das *Pflegegeld* soll die Einbußen in der Erwerbstätigkeit der Pflegefamilie ausgleichen helfen.
Bei den Pflegestellen gibt es eine Reihe verschiedener Konstruktionen, die rechtlich im KJHG verankert sind. Pflegekinder können für kurze Zeit bis zur Klärung der häuslichen Situation (Kurzzeitpflege) oder auch dauerhaft in einer Pflegefamilie untergebracht werden („normale Pflegestellen"). Darüber hinaus existieren bei einigen Vermittlungsstellen Fachvermittlungsstellen, die für behinderte und misshandelte Kinder die Betreuungsform der *„Sozialpädagogischen Pflegestellen"* anbieten.
Ferner gibt es *professionelle Pflegestellen*, sogenannte Erziehungsstellen, die eine entsprechende pädagogische Ausbildung bei den Pflegeeltern voraussetzen. Der Elternteil, der die professionellen Voraussetzungen mitbringt und das Kind überwiegend betreut, bekommt zusätzlich einen wesentlich höheren Erziehungsbeitrag als die „normale Pflegestelle".
Darüber hinaus gründen sich zunehmend Betreuungsvereine. Diese vermitteln – in Kooperation mit den Jugendämtern – ebenfalls ältere Kinder aus schwierigen sozialen Situationen in sogenannte Erziehungsstellen – und erwarten auch eine entsprechende pädagogische Ausbildung von den Pflegeeltern.

Zur Vermittlung stehen wesentlich mehr Pflegekinder als Adoptivkinder an. Die Chance, ein Pflegekind vermittelt zu bekommen, ist also erheblich größer. Es handelt sich jedoch bei einer Pflegestelle um eine Maßnahme zur Erziehung, die dem Kindeswohl dienen soll, aber an den Möglichkeiten der Ursprungsfamilie orientiert ist. Bei einem Pflegekind muss den BewerberInnen klar sein, dass eine Rückführung in die Ursprungsfamilie zumindest theoretisch immer möglich ist.

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

Ebenso haben die biologischen Eltern in Pflegeverhältnissen häufig Besuchskontakte, so dass man/frau nicht nur mit dem Kind, sondern ein Stück auch mit der Ursprungsfamilie lebt. Hier ist Verständnis und Offenheit für die biologischen Eltern gefordert – ein wichtiger Unterschied zu einer Adoption, die ja in der Regel inkognito verläuft.

**Was bringen die Kinder mit ...**

Egal zu welchem Zeitpunkt ein Kind in eine Pflege oder Adoptivfamilie kommt, es hat schon seine eigene Geschichte, die es sein Leben lang prägen wird. Es hat vielleicht schon einen Mangel an Nahrung, an Fürsorge, an altersgemäßer Anregung, sicher aber durch die Herausnahme aus der Ursprungsfamilie einen Beziehungsabbruch erlebt.

Viele Pflegekinder zeigen die typischen Verhaltensweisen eines vernachlässigten und eventuell misshandelten Kindes: Sie sind in ihrer gesamten Entwicklung verzögert, haben Schwierigkeiten in der Kontaktaufnahme und mit ihrer Impulskontrolle, sprechen später als andere Kinder, sind unkonzentriert und unruhig oder sie ziehen sich im Gegenteil sehr in sich selbst zurück.

Kinder sind sehr unterschiedlich in ihrer Verletzbarkeit. Während das eine Kind seine *Bindungsfähigkeit* auch durch traumatisierende Situationen retten kann und in seiner neuen Familie unauffällig aufwachsen kann, reagiert ein anderes Kind mit zahlreichen Verhaltensauffälligkeiten auf die Wunden der Vergangenheit.

Auch chronisch kranke und behinderte Kinder brauchen Adoptiv- und Pflegeeltern.

Selbst wenn Kinder mit Behinderung nicht so „begehrt" sind, ist ihre Vermittlung nicht unbedingt einfacher. Denn behinderte Kinder stehen häufig erst gar nicht zur Vermittlung an. Immer wieder liegen behinderte und chronisch kranke Säuglinge, die aus unterschiedlichen Gründen nicht in ihrer Familie aufwachsen können, in Kinderkliniken. Dort kann sich dann keiner vorstellen, dass es Familien gibt, die „so ein Kind" aufnehmen würden. Werden sie dann dem Jugendamt gemeldet, wird dort häufig sofort nach einem Heimplatz gesucht. Nicht zuletzt spielt Geld bei dieser Entscheidung eine Rolle. Heimplätze für behinderte Kinder werden vom überörtlichen Träger der Sozialhilfe bezahlt und belasten daher nicht den Etat der Städte.

Kein Kind sollte mit dem Ziel auf die Welt kommen, unglückliche Eltern glücklicher zu machen. Schon gar nicht sollte aber eine Adoption oder Inpflegenahme mit diesem Ziel angestrebt werden. Nur wer mit seinem eigenen Leben zufrieden ist und noch Kraft und Lebensfreude über hat, wird auf Dauer in der Lage sein, sich um Kinder aus schwierigen Situationen zu kümmern. Denn diese haben in der Regel keine Reserven übrig, ihre Eltern glücklich zu machen. Eine unkomplizierte „nette, kleine Normfamilie" ist mit diesen Kindern eher selten möglich.

Aber gerade hierin liegt ein möglicher Vorteil behinderter BewerberInnen, die ja sowieso nicht dem Bild der *„netten, kleinen Normfamilie"* entsprechen können. Sie sind vielleicht eher in der Lage, ein Kind zu haben mit dem man/frau auffällt, das einfach nicht in der Lage ist, den Anforderungen seiner Altersgruppe zu entsprechen.

**Vor dem ersten Gespräch ...**

Hilfreich ist es sicherlich, den hoffnungsvollen Eltern in spe vor der ersten Kontaktaufnahme mit der Vermittlungsstelle zu empfehlen, sich zunächst über Literatur zu informieren. Sie können dann den Adoptions-/Pflegeprüfungsablauf besser verstehen.

Adoptions- bzw. Pflegevermittlung sind zwei von einander getrennte Verfahren Es ist sinnvoll, mit den Ratsuchenden erst einmal zu erarbeiten, welches Verfahren sie anstreben. Können sie sich vorstellen, Kinder nur für eine bestimmte Zeit zu begleiten, oder brauchen sie die Sicherheit, dass ein Kind auf Dauer in ihrer Familie verbleibt. Dauerhafte Unterbringungen gibt es auch bei vielen Pflegekindern. BewerberInnen, die eine klare Perspektive brauchen, sollten sich dann aber z. B. nicht für Kurzzeitpflege bewerben, in der trügerischen Hoffnung, dass das Kind vielleicht doch bleiben wird – damit werden sie niemandem gerecht.

Auf ihren ersten Kontakt zu der Vermittlungsstelle müssen BewerberInnen gut vorbereitet sein. Sie sollten vorher ihre eigene Motivation ergründen und ebenso überlegen, welche Hilfen sie für die Betreuung eines Kindes vielleicht brauchen. Wenn z.B. persönliche Assistenz notwendig ist, ist es sehr von Vorteil, wenn es diese Unterstützung schon konkret gibt.
Auch ist es sinnvoll, mit den eigenen Grenzen und Möglichkeiten offensiv umzugehen, statt zu suggerieren, dass alles kein Problem sei. Genauso wichtig ist es aber, die persönlichen Stärken selbstbewusst darzustellen. Hierzu gehört auch, sich zu Alter und eventuellen spezifischen Bedürfnissen eines Kindes konkrete Gedanken zu machen.
Die Vermittlung eines Kindes ist ja nicht wie bei der Geburt einfach „Schicksal", sondern es ist eine bewusst eingegangene Entscheidung.

BewerberInnen mit einer Behinderung sollten sich eingehende Gedanken dazu machen, welche *Besonderheiten* sie sich *bei ihrem zukünftigen Adoptiv-/Pflegekind* vorstellen können. Es geht nicht darum festzulegen, welche besonderen Bedürfnisse sie bei einem Kind grundsätzlich akzeptabel fänden und welche nicht. Es ist jedoch hilfreich, bestimmte ungünstige Kombinationen zu vermeiden. Eine Rollifahrerin, die einem fortlaufenden Kind nicht nachrennen kann, sollte ihm wenigstens hinterherbrüllen können. Bei einem gehörlosen Kind wäre das jedoch zwecklos. Auch ein Kind mit einem auf Dauer sehr hohen Pflegebedarf kann in Kombination mit der eigenen Behinderung problematisch werden. Mit zunehmendem Alter des Kindes wird die körperliche Pflege schwieriger. Es kann der Punkt kommen, an dem sie dem Kind (und sich selbst) nicht mehr gerecht werden.
Die BewerberInnen sollten auch darin unterstützt werden, sich Gedanken zu machen, mit welchen unterschiedlichen Auswirkungen seelischer Verletzungen bei Kindern sie persönlich gut umgehen könnten. Könnten sie auf Dauer ein sehr ängstliches und klammerndes Kind begleiten, würde ein sehr aktives, impulsives Kind in ihr Leben passen usw.?
Schließlich ist noch das Alter des Kindes ein wichtiger Punkt. Die meisten BewerberInnen stellen sich vor, dass es für ein Kind unter einem Jahr am einfachsten sein würde, die Behinderung der Eltern als Normalität seines Alltags zu erleben. Das muss allerdings nicht für jedes Paar richtig sein. Ein Säugling ist immer eine Wundertüte. Besonders frühe *Traumatisierungen haben einen*

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

*erheblichen Einfluss auf die Entwicklungsmöglichkeiten* eines Kindes. Bei der Vermittlung eines Säuglings oder Kleinkindes ist häufig nicht vorhersehbar, wie sich seine Erfahrungen in Kombination mit seinen genetischen Vorgaben langfristig auswirken werden. Bei einem älteren Kind sind Temperament und Wesen schon vorhersehbarer, ob es sich z.B. um ein eher ruhiges oder sehr lebhaftes Kind handelt. Auch die Betreuung stellt ganz andere Anforderungen – psychische und körperliche. So ist ein Kind, das nicht mehr gewickelt werden muss und sich selbst anziehen kann, natürlich körperlich lange nicht so anstrengend.

**Womit müssen behinderte BewerberInnenpaare in der Vermittlung rechnen ...**

BewerberInnenpaare mit Behinderung müssen damit rechnen, dass sie bei der zuständigen Vermittlerin, dem zuständigen Vermittler auf die gleichen Vorurteilsstrukturen treffen, was ein Leben mit Behinderung bedeutet, wie im Alltag auch. Die VermittlerInnen halten sich zunächst wahrscheinlich an formalen Fragen fest, wie die behinderten BewerberInnen die Betreuung eines Kindes überhaupt schaffen wollen. Nachdem diese Fragestellung ausführlich geklärt wurde, kommen sie dann ihrer eigentlichen Befürchtung etwas näher. Die da lautet: Ein Kind wird unter der Behinderung der Eltern auf jeden Fall leiden müssen. Ein Teil der VermittlerInnen wird die Antragstellung rigoros ablehnen – was aber auch Klarheit bedeutet. Kompliziert wird die Sache jetzt dadurch, dass viele VermittlerInnen sich einerseits nicht vorstellen können, dass es einem Kind bei behinderten Eltern wirklich gut gehen könnte, sie andererseits aber ein Bewerberpaar nicht nur aufgrund einer Behinderung ablehnen möchten. Also entscheiden sie erst einmal gar nicht, in der Hoffnung, dass das Bewerberpaar von sich aus das Interesse verliert. Der weitere Ablauf bleibt häufig für die BewerberInnen diffus.
Diese Hinhaltetaktik erleben aber auch viele Paare ohne Behinderung, wenn sie aus anderen Gründen für die Vermittlung eines Kindes nicht geeignet scheinen. Eher wenige VermittlerInnen scheinen die Fähigkeit zu besitzen, eindeutige Entscheidungen zu treffen und diese den Betroffenen dann auch mitzuteilen.

**Wenn eine Bewerbung unbefriedigend verläuft ...**

Natürlich gibt es behinderungsspezifische Vorurteile und Probleme, die die VermittlerInnen aber häufig nur andeuten. Die BewerberInnen sollten versuchen, diese Andeutungen im Gespräch mit der Vermittlerin/dem Vermittler konkret anzusprechen. Eine klare Entscheidung seitens der Vermittlungsstelle, ob die BewerberInnen als Pflege-/Adoptiveltern in Frage kommen, steht allen zu. Die Entscheidung sollte nach Ablauf der üblichen Formalitäten (Fragebögen, BewerberInnenseminare etc.) fallen.
Bleibt diese Entscheidung aus, sollten die AntragstellerInnen von sich aus auf eine Klärung drängen. Eine lange Ungewissheit ist auf Dauer wesentlich belastender als eine eventuell negative Antwort. Ungewissheit macht handlungsunfähig. Dagegen können die BewerberInnen nach einer Absage wieder selbst entscheiden, ob sie bei einer anderen Vermittlungsstelle eine Bewerbung versuchen. Eine gute Portion Ausdauer und Frustrationstoleranz gehören allerdings dazu.

Wenn BewerberInnen durch eine Behinderung aus dem üblichen Rahmen fallen, ist es für eine Vermittlung sicher von Vorteil, wenn sie die üblichen Vor-

aussetzungen wie gesichertes Einkommen, angemessene Wohnungsgröße etc. erfüllen.
Ob die Zusammenarbeit mit VermittlerInnen klappt, hängt nicht nur von objektivierbaren Kriterien wie dem passendem Einkommen, der Wohnungsgröße oder dem richtigen Alter ab, sondern auch ganz simpel von gegenseitiger Sympathie sowie Berufs- und Lebenserfahrung der VermittlerInnen. Was VermittlerInnen für angemessenes Einkommen, Wohnumfeld und persönliche Voraussetzungen der Bewerberpaare halten, ist einfach sehr unterschiedlich. Eine Vermittlerin/ein Vermittler mit einem sehr traditionellen Hausfrauen- und Mutterbild kann sich eben nur schwer eine Mutter im Rollstuhl vorstellen. Die eine Vermittlerin sieht in einer Behinderung der Eltern nur eine zusätzliche Belastung für das angenommene Kind. Die andere vermittelt mit der Philosophie „besondere Kinder brauchen besondere Eltern".

**... konkrete Möglichkeiten**
Der Ablauf einer Vermittlung kann durchaus auch schon mal frustrierend sein. Dies ist jedoch eine Erfahrung, die viele BewerberInnen erleben und in dieser Situation keinesfalls behinderungsspezifisch. Um das eigene Weltbild in diesem Punkt wieder gerade zu rücken, ist die Teilnahme an einer Pflege-/Adoptivelterngruppe eine gute Möglichkeit. Hier erhalten BewerberInnen einerseits Rückenstärkung, frustrierende Phasen in ihrem Bemühen um ein Pflege- oder Adoptivkind besser zu überstehen, andererseits aber auch konkrete Informationen über Auswahlverfahren und Vermittlungsphilosophie der verschiedenen Stellen.
Übrigens lohnt sich der Gruppenbesuch schon, bevor die BewerberInnen zum ersten Mal Kontakt zu einer Vermittlungsstelle aufnehmen. Es geht doch nichts darüber, schon einmal live zu hören, auf welches Abenteuer sie sich da eigentlich einlassen.

Die Adressen der Ortsgruppen der jeweiligen *Pflege-/Adoptivelterngruppen* sind über die Landesverbände zu erfahren.

**Ziel der Beratung durch die Beraterin**
Ich habe in meinen Ausführungen Fragen und Aufgaben der Adoptiv- bzw. PflegevermittlerInnen vorweggenommen. Natürlich ist es Aufgabe der VermittlerInnen der Vermittlungsstellen, Motivation, Perspektive, Voraussetzungen der BewerberInnen zu klären.
Aber für die hoffnungsvollen Eltern in spe ist es tatsächlich eine Bewerbungssituation, in der sie ihre Vorteile als Eltern möglichst gut verkaufen müssen. Und auf eine Bewerbung können sie sich dann am besten vorbereiten, wenn sie wissen, was auf sie zukommt.
.

Meines Erachtens ist es daher im Beratungsprozess wichtig, das eigentliche Vermittlungsverfahren transparent und den BewerberInnen ihre persönlichen Stärken und Grenzen bewusst zu machen – denn **besondere Kinder brauchen besondere Eltern**

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

# Die berufliche Perspektive von Mädchen mit Behinderungen – Drohung oder Versprechen?

Claudia Franziska Bruner

Die Datenlage zur Arbeitsmarktsituation zeigt, dass Frauen mit Behinderung in weit höherem Maße als (behinderte) Männer und nicht behinderte Frauen von Arbeitslosigkeit betroffen sind.
Auch für die sogenannte ausbildungsadäquate Beschäftigung gilt, dass Schwerbehinderte insgesamt häufiger als Nichtbehinderte einen ausbildungsinadäquaten Arbeitsplatz innehaben, dass sich berufstätige behinderte Frauen im Vergleich zu behinderten Männern häufiger mit Arbeitsplätzen begnügen müssen, die ihren Qualifikationen nicht entsprechen, die kaum Aufstiegschancen bieten und deren Bezahlung oftmals unter dem Durchschnitt liegt. Laut einer repräsentativen Umfrage zur beruflichen Eingliederung sind 38% der Frauen mit Behinderung nicht qualifikationsadäquat im Betrieb beschäftigt; bei Männern sind es 28%.(1) Der 1993 von einer Arbeitsgruppe beim Landeswohlfahrtsverband Hessen vorgelegte Bericht zur Benachteiligung behinderter Frauen belegt, dass Frauen an Rehabilitationsmaßnahmen trotz rechtlicher Gleichstellung seltener teilnehmen als Männer.

In der Studie „Frauen in der beruflichen Rehabilitation"(2) werden geschlechtsspezifische Probleme im Verlauf der Beratung beziehungsweise bei einzelnen Teilschritten des Beratungsprozesses zur beruflichen Rehabilitation herausgearbeitet. Behinderte Frauen haben trotz rechtlicher Gleichstellung geringere Chancen, dass ihrem Antrag zur beruflichen Rehabilitation entsprochen wird. Der relativ geringe Anteil von Mädchen und Frauen in Rehabilitations-Maßnahmen ist nicht in fehlenden Bildungsvoraussetzungen zu suchen. Dies belegen die 1983 von Saskia Hülsmann im Rahmen des Projekts „Berufliche Bildung Behinderter" vorgelegten Daten zu den Bildungsabschlüssen behinderter Mädchen und Jungen. Demnach hatten 46% der weiblichen, aber nur 35% der männlichen Auszubildenden mit Behinderungen einen Hauptschulabschluss. 23% der jungen Frauen, jedoch nur 10% der jungen Männer mit Behinderung verfügten über einen mittleren oder höheren Bildungsabschluss.
Berufsrückkehrerinnen mit Behinderung müssen ebenfalls verstärkt mit Problemen rechnen. Für sie kommen zu den allgemeinen Schwierigkeiten von Berufsrückkehrerinnen noch andere Einstellungshemmnisse hinzu. Zum Beispiel wird ihnen wegen ihrer Behinderung die Leistungsfähigkeit abgesprochen.

## Beratungsthemen in der Arbeit mit behinderter Mädchen und Frauen

Die Bedingungen für die Ausbildungs- und Berufssituation von Mädchen und Frauen mit Behinderungen müssen vor dem Hintergrund des bundesdeutschen Sondersystems der Ausbildung und Beschäftigung Behinderter beleuchtet werden. So findet die Berufsausbildung von Jugendlichen und Erwachsenen mit Behinderungen meist in Sondereinrichtungen statt. In Berufsbildungswerken (BBW) wird die Erstausbildung, in Berufsförderungswerken (BFW) werden Umschulungen für Spätbehinderte durchgeführt. Mädchen mit Behinderungen besuchen als sogenannte Frühbehinderte meist eine der neun Sonderschultypen, da sich eine Regelschulausbildung nach wie vor nur selten realisieren lässt – zum einen lassen sich die Gründe hierfür am vehementen Widerstand der Schulbehörden, zum anderen aber auch an architektonischen Barrieren ausmachen. Mit einem Sonderschul-Hauptschulabschluss besteht jedoch kaum eine Chance auf einen qualifizierten Ausbildungsplatz auf dem freien Arbeitsmarkt. In den Berufsbildungswerken, in denen frühbehinderte Menschen in der Regel ihre Berufs-Erstausbildung absolvieren, sind junge Frauen mit Behinderung mit 34% anteilig deutlich weniger als noch in den Sonderschulen (50%) zu finden.(3) Diese Entwicklung lässt sich sicher im geschlechtsspezifischen Angebot der Berufszweige in den Berufsbildungswerken ausmachen, die zwar offiziell für Jungen und Mädchen durchschnittlich 20 Berufe anbieten, von denen aber den Mädchen und jungen Frauen in der Realität nur ein kleines, geschlechtstypisches Spektrum zur Verfügung steht. Mädchen und junge Frauen mit Behinderung erfahren darüber hinaus eine weitere Einschränkung ihrer Wahlmöglichkeiten, da sie viele der typischen Frauenberufe, wie beispielsweise Krankenschwester, Friseurin, Verkäuferin, aufgrund ihrer behinderungsbedingten Bewegungs- und/oder Mobilitätseinschränkungen nicht ausüben können. So finden sich die Rehabilitandinnen entweder in kaufmännischen oder (überwiegend!) in hauswirtschaftlichen Ausbildungsgängen wieder, wobei die Mehrzahl in hauswirtschaftlichen Sonderausbildungsgängen mit nicht anerkanntem Berufsabschluss, das heißt niedrig qualifiziert, abschließen. Zum anderen stellt sich bei Mädchen und jungen Frauen mit Behinderung bei der Berufsberatung das Problem einer einseitigen Ausrichtung auf frauenspezifische Berufe in einer besonderen Weise. Der Wunsch nach einer Ausbildung in einem „Männerberuf" wird gelegentlich als Indiz für eine Verhaltensstörung gewertet: „Nach den bisherigen Erfahrungen der Berufsberater und Pädagogen werden von verhaltensgestörten Jugendlichen häufig Kompensationswünsche genannt (...) verhaltensgestörte Mädchen wünschen sogenannte ‚Männerberufe', zum Beispiel Kfz-Mechaniker, Tischler, Schlosser, Elektroniker."(4) Gisela Hermes vermutet wohl zu Recht, dass sich diese Einstellung bis heute nicht grundlegend geändert hat.(5)

In den (eher seltenen) Fällen, in denen frühbehinderte Mädchen eine Regelschule mit einem höheren Bildungsabschluss absolvieren können, ergibt sich für sie die Möglichkeit, durch ein Studium an einer Präsenz- oder Fernuniversität(6) einen hochqualifizierten Berufsabschluss zu erreichen. Beim Berufseinstieg sehen sich die behinderten Frauen dann allerdings häufig mit der Tatsache konfrontiert, dass sie einen ausbildungsinadäquaten Arbeitsplatz zugewiesen bekommen.

Wer auf dem freien Arbeitsmarkt nicht vermittelbar ist, das heißt, wer dort weder einen Ausbildungs- noch einen Arbeitsplatz finden kann, sieht sich entweder mit dem Problem der Arbeitslosigkeit konfrontiert oder muss den Weg in die Werkstätten für Behinderte (WfB) antreten. Die behinderten MitarbeiterInnen können sich in diesen Institutionen auf keinerlei ArbeitnehmerInnenrechte berufen, sie

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

haben schon aufgrund der desolaten Lohnsituation(7) in den Werkstätten für Behinderte keine Chance zu einer selbstbestimmten Lebensführung, da abzusehen ist, dass sie ein Leben lang von Eltern und Sozialhilfe abhängig sein werden. Wie zu erwarten, sind in den WfB Frauen mit Behinderung – im Vergleich zur geschlechtsspezifischen Arbeitsplatzverteilung auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt – überdurchschnittlich häufig vertreten.(8)

# Ausbildung und Arbeit

Anita Grießer

Die Integration behinderter Frauen (und Männer) in die Gesellschaft derer, die nicht behindert sind, vollzieht sich theoretisch und auch praktisch in den Phasen der medizinischen, schulischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation. Die Übergänge zwischen den Phasen sind fließend und verlaufen nicht geradlinig. Vielmehr kann es sein, dass unterschiedliche Maßnahmen zu verschiedenen Zeitpunkten im gesamten Rehabilitationsprozess notwendig und erforderlich werden. Welche Maßnahmen wann, wie, wo und von wem erbracht werden, ist seit 01.07.2001 geregelt im *9. Sozialgesetzbuch (SGB IX)) sowie in den entsprechenden Spezialgesetzen wie Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V), Gesetzliche Renten- und Unfallversicherung (SGB VI und VII), Arbeitsförderungsreformgesetz (SGB III)und Bundessozialhilfegesetz (BSHG)*. Das Schwerbehindertenrecht, bislang in einem eigenen Gesetz geregelt, wurde nun in das SGB IX aufgenommen.

Mit der *Rehabilitation bzw. Teilhabe und Integration* behinderter Frauen (und Männer) werden verschiedene Ziele verfolgt: So sollen die mit der Behinderung einhergehenden Folgen und Auswirkungen gemildert, verbessert und beseitigt und eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung ermöglicht werden. Wichtig ist aber vor allem auch das Ziel der dauerhaften Eingliederung in Arbeit und Gesellschaft.

Bevor ich auf die Beratungsthemen zu sprechen komme, hier ein paar statistische Zahlen zur Situation behinderter Frauen, sowie zur Arbeitssituation von Menschen mit Behinderung insgesamt.

Basierend auf den statistischen Erhebungen von 1995 gibt es bundesweit 6.496.533 registrierte schwerbehinderte Menschen. Diese verteilen sich in Westdeutschland auf 46% Frauen und 54% Männer (Ostdeutschland 50%: 50%). Frauen und Männer mit gesundheitlichen Einschränkungen sind hierbei nicht berücksichtigt.(1)

1995 waren laut Mikrozensus(2)
13,3% der Frauen mit Behinderung (19,7 % der Männer) erwerbstätig.

Von den Frauen mit Behinderung hatten:
33% ein Einkommen von 1000 - 1800 DM
22,7% ein Einkommen unter 1000 DM
11% gar kein Einkommen

Demnach hatten insgesamt rund 67% der erwerbstätigen Frauen mit Behinderung ein Einkommen bis maximal 1800 DM. Sie sind somit weitestgehend auf die Versorgung durch die Familie (Eltern, LebenspartnerIn) oder das Sozialamt angewiesen.

Seit Jahren wächst die Zahl der Arbeitslosen. Hiervon sind vor allem Frauen mit Behinderung betroffen. Ihre Anzahl erhöhte sich prozentual stärker als die behinderter Männer sowie nichtbehinderter Frauen.
Rund 2.000.000 schwerbehinderte Personen gehörten 1995 in den alten, und rund 335.000 in den neuen Bundesländern, zur Gruppe der 15- bis unter 60jährigen Personen, die potentiell dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen.

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

Tatsächlich waren 1995 davon nur rund 1.160.000 Menschen erwerbstätig (~42%) bzw. arbeitssuchend (7,8% bzw. 6%).(3)
Die verbleibende Million wird nicht näher definiert. Es lässt sich aber vermuten, dass sie sich unter anderem auf folgende Personengruppen verteilen: Auszubildende, RentenbezieherInnen, Hausfrauen, behinderte Menschen, die in Werkstätten für Behinderte gefördert oder beschäftigt werden.

**Beratung**
Die Beratung behinderter Frauen durch behinderte Frauen (Peer Counseling) zum Themenkomplex „Erwerbstätigkeit" ist meiner Meinung nach ein wichtiges Unterstützungsangebot.

> Im Beratungskontakt können Frauen erleben, dass es durchaus möglich ist, als Frau mit Behinderung und/oder gesundheitlicher Einschränkung aktiv am Erwerbsleben teilzunehmen. In vielen Beratungsgesprächen habe ich die Erfahrung gemacht, dass es gerade für Frauen, die im Vorfeld noch keinen oder sehr wenig Kontakt zur Selbstbestimmt Leben-Bewegung hatten, erst einmal verwirrend ist, wenn sie von einer ebenfalls behinderten Frau beraten werden. Ihre Zweifel bezüglich ihrer eigenen Erwerbstätigkeit übertragen sie auf die Beraterin – nach dem Motto: „... Die ist ja selbst behindert, wie kann die mir denn helfen?". Mit der Zeit ist dann ein Wandel dieses Bildes zu beobachten. Die Frauen erkennen, dass es durchaus möglich ist, erwerbstätig zu sein, wenn bestimmte Rahmenbedingungen erfüllt sind. Es kann auch sein, dass sie erkennen, dass sie wertvolle Arbeit leisten, auch wenn sie in keinem bezahlten Beschäftigungsverhältnis stehen.

In meinen Ausführungen möchte ich neben rechtlichen und organisatorischen Fragen auch auf die Themen eingehen, die sich mit dem Prozess der Auseinandersetzung „Was kann ich denn überhaupt noch als behinderte Frau leisten?" beschäftigen.
Ich möchte Themen/Fragen/Probleme nennen, die immer wieder auftauchen und die es im Beratungsprozess zu klären gilt, so dass die Ratsuchende mehr Informationen über sich gewinnen kann und somit nach und nach in die Lage versetzt wird, ihren eigenen individuellen Weg zu finden.

Für diesen Klärungs- und Unterstützungsprozess können allgemein folgende Fragen wichtig sein:

- Was ist das Problem?
- Welche Geschichte (Hintergrund) liegt diesem Problem zugrunde?
- Welche Personen sind beteiligt?
- Welche Bedeutung kommt den Aspekten „Behinderung" und „Frau" zu?
- Was ist das Ziel der Beratung?
- Welche weiteren Schritte sind erforderlich?
- Welche KooperationspartnerInnen können/müssen mit einbezogen werden?

Viele Frauen wünschen sich Begleitung zu Ämtern, Behörden, Antrags- und Auskunftsstellen durch die Beraterin. Zwar wird dadurch, streng genommen, der Rahmen der Beratung verlassen. Doch diese Begleitung ist gerade am Anfang nicht nur hilfreich, sondern oft notwendig, um eine Fortdauer der Beratungsarbeit zu gewährleisten.

**Wer kommt in die Beratung?**
Wenn es um die Themen Ausbildung und Beruf geht, so begegnen uns Frauen im Alter von ca. 16 bis 65 Jahren mit jeder nur erdenklichen Behinderung oder körperlichen Einschränkung. In der Praxis sind es aber am ehesten die Frauen im Alter von 25 bis 50 Jahren – denn sowohl die jüngeren Frauen als auch die Frauen über 50 Jahren nehmen eher selten diese Beratung in Anspruch. Eine mögliche Erklärung könnte sein, dass die jüngeren Frauen entweder noch in institutionelle Zusammenhänge eingebunden sind und/oder die Erziehungsberechtigten einen maßgeblichen Einfluss auf die berufliche Planung ausüben, und die älteren Frauen sich bereits aus dem Erwerbsleben zurückziehen, weil sie für sich keine Arbeits-Perspektive mehr sehen und glauben, dass sie für den Arbeitsmarkt ungeeignet sind. Viele ältere Frauen müssen sich somit zwangsläufig mit dem Thema Rente bzw. Sozialhilfe auseinandersetzen. Mit diesen Fragen wenden sich die älteren Frauen jedoch selten an eine Beratungsstelle für Frauen mit Behinderung.

**Schule/Ausbildung**
Mädchen und junge Frauen, die gerade ihren Schulabschluss absolviert haben, befinden sich in einer Orientierungsphase, wenn sie in die Beratungsstelle kommen. Oftmals sind sie bereits mit beruflichen Aspekten konfrontiert worden, da in allen Schulen BerufsberaterInnen des Arbeitsamtes erste Informationsgespräche durchführen. Zum Teil haben sie auch erste berufliche Erfahrungen in einem Berufspraktikum gesammelt.

Aufbauend auf dem vorhandenen oder zu erwartenden Schulabschluss bewegen sich die Beratungsthemen weitestgehend um die Fragen:

1. Lässt sich der erwünschte Beruf realisieren?
2. Wo kann eine Ausbildung, ein Studium absolviert werden?
3. Welche Hilfen (Hilfsmittel, Arbeitsplatzassistenz, Kfz etc.) werden bei der Ausbildung und der späteren Ausübung des Berufes benötigt?
4. Welche Rahmenbedingungen müssen erfüllt sein?

**Beispiel: Susanne, 19 Jahre alt, Rollstuhlfahrerin.**
Susanne kam in die Beratungsstelle, weil sie sich unsicher war, welchen Beruf sie erlernen sollte. Sowohl ihre Eltern als auch der Berufsberater in der Schule haben ihr geraten, eine kaufmännische Ausbildung zu absolvieren. Sie selbst hatte kein großes Interesse an einem verwaltenden Beruf. Im Verlauf der Beratung wurde recht schnell klar, dass sie viel lieber einen Beruf erlernen möchte, in den sie ihre Fähigkeit, Sprachen zu erlernen, einbringen kann. Berufe wie Dolmetscherin, Fremdsprachensekretärin und Übersetzerin wurden anschließend auf ihre Realisierung hin überprüft.
Als Susanne klar war, dass sie am liebsten Dolmetscherin werden wollte, wurde auch deutlich, dass ihre erworbene Mittlere Reife nicht ausreichte, um an der Hochschule zu studieren. Um ihren Berufswunsch zu erreichen, war sie bereit,

den erforderlichen Fachschulabschluss zu machen. Im weiteren Verlauf trat die Realisierung des Fachschulabschlusses in den Vordergrund.

**Zu 1: Lässt sich der erwünschte Beruf realisieren?**

Im Beratungskontakt begegnen uns in der Regel junge Frauen, die entweder noch gar keine oder lediglich eine recht vage Vorstellung haben, welche berufliche Laufbahn sie antreten wollen. Um herauszufinden, welche Interessen, Fähigkeiten und Kenntnisse vorliegen, sollte frau viel Zeit einplanen. Schließlich ist es eine wichtige Entscheidung, die getroffen werden muss.
Schaut frau sich die Berufsbilder an, die von Seiten des Arbeitsamtes angeboten werden, so finden sich Mädchen und junge Frauen mit Behinderung in den „klassischen" Berufen wieder. Immer noch ist zu beobachten, dass in dem Beruf der Bürokauffrau vor allem körperbehinderte junge Frauen ausgebildet werden und blinden Frauen der Beruf der Telefonistin empfohlen wird. Die Ursache hierfür könnte darin liegen, dass es nichtbehinderten Beraterinnen an Phantasie, Vorstellungskraft und an Experimentierfreude mangelt, was die beruflichen Fähigkeiten von Frauen mit Behinderung angeht. Ebenso wird Frauen insgesamt weniger zugetraut.
Ein Ziel innerhalb einer Beratung sollte von daher sein, alternative Berufsbilder vorzustellen. Die Vielzahl beruflicher Tätigkeitsfelder kann allerdings sehr verwirrend sein. Deshalb hilft es, wenn der Bereich grob abgesteckt wird. Kommen zum Beispiel Berufe im Gesundheits,- im sozialen,- hauswirtschaftlichen,- pädagogischen, kaufmännischen,- naturwissenschaftlich- technischen Bereich in Frage? Um möglichst umfangreiche Informationen zu sammeln, empfiehlt es sich durchaus, gemeinsam zum Arbeitsamt zu fahren und sich dort im Berufsinformationszentrum (BIZ) zu informieren.
Kristallisiert sich ein konkreteres Berufsziel heraus, so können im Folgenden die Voraussetzungen geprüft werden.
Die Konkretisierung oder Veränderung von Berufswünschen ist nicht immer einfach. Die eigene Behinderung wird oft über- oder unterschätzt, worüber innerhalb von mehreren Stunden im Detail gesprochen werden sollte. In vielen Fällen ist es ratsam, ein Praktikum in einem gewünschten Tätigkeitsfeld vorzuschlagen. Hierbei ist eine aktive Unterstützung bei der Suche hilfreich.
Nicht zu unterschätzen ist der Einfluss von Eltern und LehrerInnen, die glauben, dass sie viel besser wüssten, was gut ist. Die Einbeziehung der engsten Bezugspersonen ist somit meist nicht zu umgehen und es kann nötig sein, sie in den Beratungsprozess zu integrieren.

**Zu 2: Wo kann eine Ausbildung/ein Studium absolviert werden?**

Prinzipiell kann eine Ausbildung oder ein Studium dort absolviert werden, wo jede andere Frau dieses auch tut.
Tatsache aber ist, dass die meisten Auszubildenden mit Behinderung in ein Berufsbildungswerk (BbW) vermittelt werden, weil Eltern, LehrerInnen oder BerufsberaterInnen glauben, dass nur dort den Bedürfnissen von „Behinderten" Rechnung getragen wird.
Ein Berufsbildungswerk ist eine Erst-Ausbildungsstätte für Jugendliche mit Behinderung – verbunden mit einer meist vollstationären Unterbringung. Im Beratungsgespräch sollten die Vorteile (hohe Versorgungsstruktur, Flucht aus dem Elternhaus, frau ist eine unter vielen) und Nachteile (Verlassen des vertrauten Umfeldes, eingeschränktes Selbstbestimmungsrecht, Heimstruktur, eingeschränktes Berufsangebot) deutlich formuliert und diskutiert werden.

Sofern dies möglich ist, kann eine Besichtigung des in Frage kommenden Berufsbildungswerkes hilfreich sein, um sich zu entscheiden.

Die Auseinandersetzung mit der Suche nach einer wohnortnahen, zentral gelegenen Ausbildungsstätte erfordert ebenso viel Aufmerksamkeit. Die Bereitschaft, Frauen mit Behinderung auf dem ersten Arbeitsmarkt auszubilden und sie später in den Betrieb fest zu übernehmen, ist sehr gering. Es ist viel Unterstützung und viel Motivationsarbeit von Seiten der Beraterin erforderlich, um diesen eher frustrierenden Teil der Ausbildungssuche zu bewältigen.

Die Situation für behinderte Studentinnen hat sich in den vergangenen Jahren stark verbessert. Viele Hochschulen haben sich auf die Belange von Menschen mit Behinderung eingerichtet. Auch hier empfiehlt es sich, die in Frage kommende Hochschule zu besichtigen, Kontakt zum Behindertenreferat aufzunehmen oder sich an das Deutsche Studentenwerk zu wenden.

**Zu 3: Welche Hilfen werden bei der Ausbildung und der späteren Ausübung des Berufes benötigt?**
Wenn es um die Konkretisierung eines Berufes geht, dann müssen - je nach Art der Behinderung oder Einschränkung - die Wahl von Hilfsmitteln, der Einsatz von Arbeitsplatzassistenz, von GebärdensprachdolmetscherInnen, die Bereitstellung einer Höranlage oder die Beschaffung eines Pkw etc. ausführlich besprochen werden. *Der Erfolg einer Ausbildung kann von der optimalen Versorgung von Hilfsmitteln abhängen.* In dem Beispiel von Susanne war es erforderlich, mögliche Fachschulen auf ihre Zugänglichkeit (ebenerdiger Eingang, Aufzug, Toilette, Tischhöhe, Zugang zur Bibliothek) hin zu überprüfen.

Bevor allerdings ein Antrag gestellt wird, muss geprüft werden, welcher Kostenträger zuständig ist. Dies ist Aufgabe der gemeinsamen Servicestellen, die nach § 22 SGB IX derzeit eingerichtet werden. Bei Erstausbildung sind dies die Arbeitsämter, Integrationsämter oder die überörtlichen Sozialhilfeträger. Der Kostenträger, bei dem der Antrag eingereicht wird, hat innerhalb von zwei Wochen festzustellen, ob er zuständig ist und gegebenenfalls den Antrag an den richtigen Träger weiterzuleiten. Über den Antrag muss dann innerhalb von drei Wochen entschieden werden. Diese Frist gilt nicht, wenn vor der Entscheidung zunächst ein Gutachten über die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs eingeholt werden muss (§ 14 SGB IX). Wird diese Frist nicht eingehalten, kann dem Kostenträger laut Gesetz eine angemessene Frist gesetzt werden, mit der Androhung, dass man sich nach erfolglosem Ablauf die erforderliche Leistung selbst beschaffen und die Erstattung der Aufwendungen verlangen wird.
Diese Erstattungspflicht besteht aber nicht, wenn der Kostenträger die Leistung gar nicht erbringen muss. *Deshalb ist es riskant, etwas zu kaufen oder mit einem Umbau zu beginnen, bevor ein positiver Bescheid vorliegt.* Eine Unterstützung bei der Ausformulierung des Antrages ist – gerade bei Schulabgängerinnen – unumgänglich, da Erfahrungen in diesem Bereich nicht zu erwarten sind.

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

**Zu 4: Welche sonstigen Rahmenbedingungen müssen erfüllt sein?**
Der Übergang von der Schule in eine Ausbildung oder ein Studium ist gleichzeitig ein Übergang vom *Jugenddasein ins Erwachsenendasein*. Damit verbunden ist die Loslösung vom Elternhaus, die Überlegung, ob ich im In- oder Ausland leben will, welche Wohnform die richtige ist, ob ich eine Familie gründen oder mich erst der Karriere widmen will etc.
Der Beratungsprozess wird immer wieder von diesen Themen mitbestimmt sein; sie nehmen somit Einfluss auf die Rahmenbedingungen einer Ausbildung/eines Studiums.
Zu den Rahmenbedingungen gehören im weitesten Sinne: Aufbau von sozialen Kontakten, Planung eines Umzuges, Absicherung des Lebensunterhaltes usw. Aber auch konkrete behinderungsspezifische Bedürfnisse, wie Zeitverlängerung bei Prüfungen, das Aufstellen eines selbst mitgebrachten Computers, die Möglichkeit sich zwischenzeitlich hinzulegen, optimale Lichtverhältnisse etc. zählen dazu.
Je genauer diese Art von Bedürfnissen definiert und umgesetzt werden kann, umso besser kann sich jemand auf die Inhalte der Ausbildung konzentrieren.

Auch kann es erforderlich sein, in den ersten Wochen des Überganges begleitende Beratungsgespräche anzubieten. Dabei kann die sachliche Informationsvermittlung in den Hintergrund treten und der Schwerpunkt mehr auf einer emotionalen Unterstützung liegen.

**Werkstatt für Behinderte (WfB)**
Eigentlich müssten die folgenden Ausführungen mit in den Teil der Rehabilitation eingearbeitet werden, da die Werkstatt für Behinderte eine Einrichtung der beruflichen Rehabilitation ist (neben den Berufsbildungswerken und Berufsförderungswerken).
Ich habe die Ausführungen bewusst zwischen den Block Ausbildung und Berufstätigkeit gesetzt, da ich selbst – und ich bin sicher, zahlreiche andere LeserInnen auch – darüber verwundert bin, dass eine WfB in die Kategorie „berufliche Rehabilitation" fällt. In meiner Praxis erfahre ich eher, dass die Wiedereingliederung in weite Ferne rückt, wenn frau erst mal drin ist, in der WfB.

**Auftrag**
Laut §136 SGB IX ist das Ziel einer WfB, „denjenigen behinderten Menschen, die wegen Art oder Schwere der Behinderung nicht, noch nicht oder noch nicht wieder ***auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt*** (Hervorhebung durch die Autorin) beschäftigt werden können,

1. eine angemessene berufliche Bildung und eine Beschäftigung zu einem ihrer Leistung angemessenen Arbeitsentgelt aus dem Arbeitsergebnis anzubieten
2. und zu ermöglichen, ihre Leistungsfähigkeit zu entwickeln, zu erhöhen oder wiederzugewinnen und dabei ihre Persönlichkeit weiterzuentwickeln."

Damit dies gelingen kann, sollen in den WfBs zahlreiche entsprechende Angebote entwickelt und durchgeführt werden. Meiner Erfahrung nach müssten jedoch genau diese Bereiche innerhalb der WfB mehr Gewicht bekommen.

Bevor frau endgültig in einer WfB in den Arbeits/Produktionsbereich(4) aufgenommen wird, durchläuft sie in der Regel zwei Stationen:

**Eingangsverfahren**

Zuerst gibt es ein Eingangsverfahren, welches 4 Wochen (mit der Verlängerungsoption auf 12 Wochen) dauert. Im Eingangsverfahren werden die Aufnahmekriterien für das Arbeitstraining (siehe unten) überprüft. An diesem Prozess ist der ***Fachausschuss*** beteiligt, der sich aus VertreterInnen der WfB, der Bundesanstalt für Arbeit und des überörtlichen Sozialhilfeträgers zusammensetzt. Der Fachausschuss muss auf Vorschlag der WfB und nach einer Befragung der behinderten Person (sowie weiterer Personen, die erforderlich sein könnten) darüber entscheiden, ob diese zum Personenkreis der WfB gehört.

**Arbeitstraining**

Kommt der Fachausschuss zu dem Ergebnis, dass die geforderten Voraussetzungen von der behinderten Person erfüllt werden, schließt sich das Arbeitstraining (AT) an.
Das AT dauert in der Regel zwei Jahre und ist an die WfB angeschlossen. Kostenträger ist das Arbeitsamt. In diesen zwei Jahren soll darauf hingewirkt werden, dass die Eingliederung in die WfB oder auf den allgemeinen Arbeitsmarkt erfolgen kann. Hierzu muss die WfB berufs- und persönlichkeitsfördernde Bildungsmaßnahmen durchführen.

Gegen Ende des Arbeitstrainings schreibt die WfB einen Entwicklungsbericht und spricht eine Empfehlung aus. Das folgende Prüf-Verfahren für eine Wiedereingliederung auf den ersten Arbeitsmarkt oder eine Übernahme in den Arbeits/Produktionsbereich der WfB entspricht dem im Eingangsverfahren.
Meine Erfahrung ist, dass im AT noch am ehesten eine Wiedereingliederung erreicht werden kann. Das Arbeitsamt ist zuständiger Kostenträger und somit Ansprechpartner, wenn weitere Berufsziele besprochen werden müssen. Kein Weg führt allerdings an den jeweils zuständigen MitarbeiterInnen der WfB vorbei, die die Stellungnahme für den Fachausschuss schreiben.

**Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt**

Aus meiner Praxis weiß ich, dass es eine ziemlich schwierige Aufgabe ist, eine Frau dabei zu unterstützen, sich dem System der WfB zu entziehen. In der Zusammenarbeit mit WfB-MitarbeiterInnen kommt es mir oft so vor, dass es für sie schwer vorstellbar ist, dass behinderte Menschen den Leistungsanforderungen „draußen" gewachsen sind. Es ist viel Überzeugungsarbeit, Ausdauer und Hartnäckigkeit erforderlich.
In Hessen gibt es in den WfBs Fachkräfte, die für die Vermittlung auf den allgemeinen Arbeitsmarkt zuständig sind. Diese werden allerdings erst aktiv, wenn die Aufnahme der behinderten Person in den Arbeits/Produktionsbereich der WfB bereits erfolgt ist. Mit dieser Aufnahme bekommen bundesweit rund 80 % einen Dauerarbeitsplatz in der WfB. Weniger als 5% erhalten die Möglichkeit, in den allgemeinen Arbeitsmarkt zu wechseln.

Mit dem Wechsel in den Arbeits/Produktionsbereich ändert sich auch der Kostenträger. Es ist nunmehr das Integrationsamt. Das heißt, das Arbeitsamt fällt erst einmal als Ansprechpartner für den weiteren beruflichen Werdegang aus.(5)

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

**Kündigung – Konsequenzen**

Wenn Frauen mit Behinderung zum Thema WfB in die Beratung kommen, dann sind sie meist schon in dieser Einrichtung und wollen diese verlassen. In seltenen Fällen steht die Aufnahme in eine WfB noch bevor.

Im Beratungskontakt sollte über den bisherigen Werdegang, über berufliche Zukunftspläne und wie diese realisiert werden können, gesprochen werden.

Als Beraterin muss ich unbedingt darauf achten, dass ausführlich darüber geredet wird, welche Konsequenzen mit einer Kündigung gegebenenfalls verbunden sind. Denn in der Regel ist die Rückkehr in die WfB, wenn frau sie erst einmal verlassen hat, unheimlich schwer. Auch die sozialen Kontakte, die in der WfB aufgebaut wurden, entfallen bzw. sind als Außenstehende schwer aufrechtzuhalten. Sofern die Frau in einem angeschlossenen Wohnheim lebt, wird ein Umzug unvermeidbar sein.

Welche weitere Unterstützung neben der Beratung hilfreich sein kann, sollte ebenfalls besprochen werden.

Ein weiterer wichtiger Gesichtspunkt ist die Aufklärung über den Rentenanspruch. Dieser besteht in der WfB bereits nach 20 Jahren. Sofern die WfB vor Ablauf von 20 Jahren verlassen wird, geht der Anspruch auf Auszahlung einer Erwerbsminderungsrente (siehe Rente) verloren. Die eingezahlten Beiträge bleiben erhalten, aber die Person muss dann – wie jede andere Arbeitnehmerin auch – bis zum gesetzlichen Rentenalter arbeiten.

Der Wunsch nach einem Arbeitsplatz außerhalb der WfB ist zur Zeit schwer zu realisieren, da Unterstützungsangebote in Form von Arbeitsassistenz oder „Unterstützte Beschäftigung am Arbeitsplatz" nicht in ausreichendem Maße finanziert werden.

Gerade die „Unterstützte Beschäftigung am Arbeitsplatz" hilft Menschen, die auf eine umfangreichere Unterstützung angewiesen sind, sich in einem neuen Arbeitsumfeld zu orientieren. Informationen zu dieser Unterstützungsform und dem Anspruch auf die Finanzierung von Arbeitsassistenz nach §§33 Abs.VIII Nr.3 und 102 Abs. IV SGB IX bietet die Bundesarbeitsgemeinschaft Unterstützte Beschäftigung - BAG UB.

**Berufstätigkeit**

Ist eine Frau mit Behinderung oder gesundheitlichen Einschränkungen erwerbstätig, so wird sie Kontakt zu einer Beratungsstelle aufnehmen, wenn sie mit einem oder mehreren der folgenden Probleme belastet ist: Stress, körperliche Überforderung, Vereinbarkeit von Familie und Beruf, Auseinandersetzung mit KollegInnen, Karriere, anstehende Kündigung, Mobbing, sexuelle Belästigung, psychische Belastungen, rechtliche Fragestellungen (wie die Beantragung eines Schwerbehindertenausweises und dessen Konsequenzen), Beantragung anderer Hilfsmittel, Existenzgründung, Weiterbildung/Qualifizierung etc.

Im ersten Kontakt wird es darum gehen, herauszufinden, worin genau das Problem/der Auftrag liegt. Je mehr Informationen ich habe, umso eher lässt sich abschätzen, ob die eigene Erfahrung und Kompetenz als Beraterin ausreicht oder ob KooperationspartnerInnen gesucht werden müssen.

**Beispiel 1:** Anke K. hat eine tolle Geschäftsidee und möchte sich gerne selbstständig machen, weiß aber nicht, ob sie dies „alles" schafft.
Hinter dem Wort „alles" lag eine Unsicherheit bezüglich der Umsetzung dieser Idee, aber auch, ob sie als Frau mit Behinderung dieser Herausforderung körperlich gewachsen ist und ob sie respektiert wird.
Im Beratungsverlauf war es möglich, grobe Vorüberlegungen anzustellen, wie diese Idee umgesetzt werden könnte. Ebenso wurde darüber gesprochen, welche Assistenzleistungen und Hilfsmittel erforderlich wären. Für die Detailklärung wurde Kontakt zu einem Existenzgründungsverein aufgenommen.

**Beispiel 2:** Gabi S. hat einen starken Herzfehler und ist von ihrem Hausarzt auf die Möglichkeit eines Schwerbehindertenausweises hingewiesen worden. Sie wollte sich darin beraten lassen, wie die Verfahrensweise der Beantragung ist. Im Gespräch wurde dann aber klar, dass es neben den formalen Aspekten auch um ihre eigene Anerkennung als behinderte Frau ging. Bislang hatte sie sich als nichtbehindert definiert.
Ob ein Ausweis schließlich beantragt wird, hängt von vielen Faktoren ab. Ich überlasse es den Frauen letztlich selbst, nachdem sowohl die Vorteile als auch die Nachteile diskutiert sind.
Gabi S. hat sich entschlossen, einen Ausweis zu beantragen. Bereits bei Antragstellung muss die/der Vorgesetzte darüber informiert werden, da ab Antragstellung bereits der besondere Kündigungsschutz gilt.
(**Hinweis**: Liegt ein Schwerbehindertenausweis oder eine Gleichstellung vor, so muss dies spätestens während des Vorstellungsgespräches offengelegt werden!)

In beiden Beratungsgesprächen war neben dem sachlichen Aspekt „Existenzgründung" oder „Schwerbehindertenausweis" die Auseinandersetzung mit der eigenen Behinderung Thema. Herauszufinden, an welchem Punkt die Ratsuchende steht und welche Unterstützung und Begleitung im weiteren Beratungskontakt hilfreich ist, erfordert genaue Absprachen. Grenzgängerinnen wie Gabi S. gehören oftmals in die Gruppe der chronisch kranken oder gesundheitlich eingeschränkten Frauen, die sich bislang als nichtbehindert definierten und sich „plötzlich" mitten in der Auseinandersetzung befinden. Meiner Meinung nach braucht es Geduld und viel Unterstützung, da hier Lebensrealitäten zusammenbrechen, die es wieder neu zu ordnen gilt. Es kann für den Beratungsverlauf hilfreich sein, wenn eigene Erfahrungen der Beraterin mit einfließen. Dies setzt allerdings voraus, dass die eigene Entwicklungsgeschichte verarbeitet ist.

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

**Weitere Beratungs- und Unterstützungsangebote:**

Erfahrung in der Vermittlung von behinderten Personen in Ausbildung oder Arbeit bieten die Integrationsfachdienste - IFD -, die zusätzlich zu den gemeinsamen Servicestellen, Arbeitsämtern und Integrationsämtern Beratung, Betreuung und Vermittlung anbieten, um die Arbeitsaufnahme zu erleichtern. Ihr Ziel ist die dauerhafte Beschäftigung von Menschen mit Behinderung in einer regulären sozialversicherungspflichtigen Erwerbstätigkeit.
Die Kontaktaufnahme erfolgt entweder über eine Zuweisung des Arbeitsamtes oder des Integrationsamtes an den IFD. Oder die schwerbehinderte Frau wendet sich direkt an den IFD und dieser holt sich einen Integrationsauftrag beim Arbeitsamt oder dem Integrationsamt.

Meine Erfahrung ist, dass es viele gute Ansätze für nichtbehinderte Frauen gibt, die speziell die Zielgruppe der Erwerbstätigen ansprechen. Frauen mit Behinderung sind dabei aber in der Regel nicht mitbedacht. Eine Aufgabe der Beraterin könnte sein, einen solchen Kontakt - zum Beispiel zu einem Verein für Existenzgründerinnen - herzustellen und dort spezifische Bedürfnisse von Frauen mit Behinderung einzubringen. Um diesen Schritt zu gehen, sollte im Vorfeld geklärt sein, auf welche unterschiedlichen Bedürfnisse genau geachtet werden muss.
Wenn nicht klar ist, welche Vereine es im Umfeld gibt, kann frau die Frauenbeauftragte der Stadt oder des Landkreises ansprechen und sie um Adressen oder Ansprechpartnerinnen bitten.

Eine weitere wichtige Anlaufstelle für behinderte Frauen, die Probleme im Berufsalltag haben, sind die Psychosozialen Dienste (PSD), welche im Auftrag der Integrationsämter arbeiten.

Meiner Erfahrung nach nehmen viele Frauen dieses Beratungs- und Unterstützungsangebot nicht in Anspruch, da das Wort „psychosozial" zu dem Missverständnis führt, nur Menschen mit psychischen Einschränkungen könnten sich an die MitarbeiterInnen des PSD wenden. Bei der Gründung der Dienste war dies wohl auch die Intention. Mittlerweile bieten die PSD folgendes Angebot: „Durch Beratung und Betreuung der Schwerbehinderten sowie Information und Beratung der Betriebe und Dienststellen soll erreicht werden, dass bestehende Arbeits- und Ausbildungsverhältnisse in ihrem Bestand gesichert und ggf. neue Beschäftigungsmöglichkeiten erschlossen werden. Die psychosoziale Betreuung umfasst auch Hilfen bei außerbetrieblichen Schwierigkeiten, jedoch nur, soweit diese zu einer konkreten Beeinträchtigung des Beschäftigungsverhältnisses führen."(6)

Ebenso kann bei betriebsbezogenen Schwierigkeiten auf die Möglichkeit einer begleitenden Supervision hingewiesen werden.

Da Mobbing gerade auch für Frauen ein zunehmendes Problem darstellt, entstehen auch für diesen Bereich erste Beratungsangebote.

**Kündigung**
Droht einer Frau mit Behinderung, die einen Schwerbehindertenausweis hat oder gleichgestellt ist, die Kündigung, so muss der Arbeitgeber/die Arbeitgeberin dies dem Integrationsamt melden. Dieses muss darauf hin nach einem genauen Zeitplan prüfen und entscheiden, ob es der Kündigung zustimmt oder nicht. Erfolgt keine Entscheidung, kommt dies einer Zustimmung gleich!
In Kapitel 4 des SGB IX (früher Schwerbehindertengesetz) ist der besondere Kündigungsschutz für schwerbehinderte ArbeitnehmerInnen geregelt. Einer Kündigung wird zugestimmt, wenn *die Gründe nicht auf behinderungsbedingte Ursachen zurückzuführen sind*, zum Beispiel: permanente Unpünktlichkeit, Diebstahl, Verletzung der Schweigepflicht, grob fahrlässige Handlungen oder wenn der Betrieb/die Dienststelle geschlossen wird. Ist die Kündigung eingereicht worden, weil die betroffene Person den Leistungsanforderungen aufgrund körperlicher, geistiger oder seelischer Einschränkungen nicht mehr gerecht wird, dann werden – bevor es zur Kündigung kommt – Stellungnahmen vom Arbeitsamt, dem/der SchwerbehindertenvertreterIn, dem Betriebsrat/Personalrat, der schwerbehinderten Person und dem zuständigen Arbeitsamt eingeholt. In einem gemeinsamen Gespräch wird versucht, die Kündigung abzuwenden - indem zum Beispiel über einen alternativen Arbeitsplatz im Betrieb nachgedacht wird oder notwendige Hilfsmittel bereitgestellt werden.
Eine Zustimmung durch das Integrationsamt ist nicht erforderlich, wenn beispielsweise das Arbeitsverhältnis weniger als 6 Monate dauert. Weitere Ausnahmen regelt § 90 SGB IX.
Zu guter Letzt möchte ich die *außerordentliche Kündigung* nach § 91 SGB IX erwähnen. Diese ist bei schwerwiegenden Gründen möglich. Hier muss das Integrationsamt innerhalb von *zwei Wochen* der Kündigung zustimmen oder nicht zustimmen. *Wenn keine Entscheidung erfolgt, kommt dies wiederum einer Zustimmung gleich!*

**Rehabilitation/Teilhabe**
Wenn von Rehabilitation, neuerdings im SGB IX auch Teilhabe genannt, die Rede ist, dann hat jede/jeder etwas anderes im Sinn. Es ist ein umfassender Begriff, der die Gesamtheit der Aktivitäten beschreibt, „die notwendig sind, um dem Behinderten bestmögliche körperliche, geistige oder soziale Bedingungen zu sichern, die es ihm erlauben, mit seinen eigenen Mitteln einen möglichst normalen Platz in der Gesellschaft einzunehmen."*(7)*

**Ziele der Teilhabe**
Das Ziel der Teilhabe wird in §10 SGB I definiert:

„Menschen, die körperlich, geistig oder seelisch behindert sind oder denen eine solche Behinderung droht, haben unabhängig von der Ursache der Behinderung zur Förderung ihrer Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe ein Recht auf Hilfe, die notwendig ist, um

1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu bessern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern,
2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug von Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern,
3. ihnen einen ihren Neigungen und Fähigkeiten entsprechenden Platz in der Gemeinschaft, insbesondere im Arbeitsleben zu sichern."

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

4. ihre Entwicklung zu fördern und ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft und eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern sowie
5. Benachteiligungen auf Grund der Behinderung entgegenzuwirken.

**Frauen in der beruflichen Rehabilitation**

Frauen mit Behinderung sind in der beruflichen Rehabilitation immer noch unterrepräsentiert. Hierfür gibt es eine Vielzahl von Gründen:

- Berufsfördernde Leistungen sind seit 1997 reine Ermessensleistungen.
- Es gibt keinen Kostenträger, der für die Rehabilitation von „Hausfrauen" zuständig ist.
- Frauen wird eine berufliche Rehabilitation seltener angeboten.
- Die bestehenden Berufsangebote orientieren sich an „männlich-geprägten" Berufsbiografien oder sind auf die „klassischen Frauenberufe" begrenzt.
- Es gibt nur eine recht begrenzte Anzahl von wohnortnahen Rehabilitationsmaßnahmen.

Diese Faktoren sind in der Beratung und Begleitung von Frauen – auch von den Kostenträgern - zu berücksichtigen. In §33 Abs. II SGB IX heißt es: „Behinderten Frauen werden gleiche Chancen im Erwerbsleben gesichert, insbesondere durch in der beruflichen Zielsetzung geeignete, wohnortnahe und auch in Teilzeit nutzbare Angebote." Der § 19 SGB IX bestimmt, dass Leistungen, soweit die Ziele nach Prüfung des Einzelfalls mit vergleichbarer Wirksamkeit erreichbar sind, „unter Berücksichtigung der persönlichen Umstände in ambulanter, teilstationärer oder betrieblicher Form und gegebenenfalls unter Einbeziehung familienentlastender und – unterstützender Dienste" zu erbringen sind. Diese Bestimmungen wurden aufgenommen, um Frauen mit Behinderung eine gleichberechtigte Teilhabe zu sichern. Diese erst zum 01.07.2001 eingeführten Regelungen müssen nun durch die Kostenträger realisiert werden. Konkret sind folgende Maßnahmen dringend erforderlich:

- Erweiterung der Berufsangebote
- Erweiterung wohnortnaher beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen
- Erweiterung der Kinderbetreuung während einer stationären Maßnahme
- Information und Öffentlichkeitsarbeit zu den spezifischen Problemen von behinderten Frauen in der beruflichen Rehabilitation, besonders auch innerhalb der mit diesem Thema beschäftigten Fachkreise
- frauenbezogene Beratung im Vorfeld einer möglichen Maßnahme, die auch das soziale Umfeld, sowie eventuell nötige weitere Unterstützung einbezieht. Die gemeinsamen Servicestellen sind nun nach §22 Abs.1 SGB IX verpflichtet, die Interessenvertretungen behinderter Frauen in die Beratung von Frauen mit einzubeziehen.

Nicht durchgesetzt werden konnte hingegen die Wiederherstellung des 1997 entfallenen Rechtsanspruches auf berufliche Rehabilitation der dringend notwendig wäre, um sicherzustellen, dass die vorbenannten Ziele wirklich realisiert werden: Denn wie soll eine Frau Ansprüche an die Art und Weise einer beruflichen Rehabilitationsmaßnahme stellen, wenn es im Ermessen des Kostenträgers steht, ob er ihr überhaupt eine Maßnahme finanziert?

**Neue Ansätze**

Vereinzelt gibt es mittlerweile Einrichtungen, die der Notwendigkeit einer Kinderbetreuung Rechnung tragen.
Ebenso wurde 1997/98 ein Modellversuch „Wohnortnahe berufliche Rehabilitation" gestartet, in dem Rehabilitandinnen in Anlehnung an das duale System[8] wohnortnah umgeschult werden. Das Konzept wurde entwickelt von der Bundesarbeitsgemeinschaft Deutscher Berufsförderungswerke, von betroffenen Frauen mit Behinderung sowie dem Träger der beruflichen Rehabilitation. Nähere Informationen hierzu sind zu beziehen über: das Berufsförderungswerk Frankfurt am Main, die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) und die Universität Oldenburg, Frau Dr. Niehaus.

Des Weiteren hat die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation in enger Zusammenarbeit mit der Bundesanstalt für Arbeit, den Netzwerken behinderter Frauen und PraktikerInnen der Rehabilitationsberatung ein Fortbildungskonzept „Reha-BeraterInnen in frauenspezifischer Rehabilitationsberatung" entwickelt und durchgeführt. Im Rahmen dieser Veranstaltung sollten die Berater und Beraterinnen für die Situation behinderter Frauen im Rehabilitationsprozess sensibilisiert werden.
Nähere Informationen hierüber sind zu beziehen über die Bundesanstalt für Arbeit in Frankfurt/Main.

**Träger und Leistungen**

Zurück zur Beratungsarbeit:
Um konkrete Leistungen abzufragen, ist es unumgänglich, sich in den geltenden Gesetzen und Rechtsverordnungen die Definition von Behinderung und somit der Zielgruppe anzuschauen.

So unterscheidet die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation:[9]

| | |
|---|---|
| Medizinische Rehabilitation | Durch die medizinische Rehabilitation soll das vorliegende Leiden bzw. der Gesundheitszustand – soweit möglich – ausgeheilt und eine optimale Wiederherstellung der Gesundheit erreicht werden, um die Behinderten in Arbeit, Beruf und Gesellschaft einzugliedern. |
| Schulische Rehabilitation | Durch die schulische Rehabilitation soll behinderten Kindern und Jugendlichen eine im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht oder einer weiterführenden Schule üblicherweise erreichbare Bildung ermöglicht werden. |
| Berufliche Rehabilitation | Durch die berufliche Rehabilitation und die begleitende Hilfe im Arbeits- und Berufsleben sollen die Behinderten möglichst auf Dauer in Arbeit und Beruf eingegliedert werden. |
| Soziale Rehabilitation | Durch die soziale Rehabilitation soll den Behinderten ein angemessener Platz in der Gesellschaft gewährleistet werden. |

Das SGB IX erweitert diese Ziele nun um die Möglichkeit, eine möglichst selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern (§4 SGB IX).

**Träger**
von Rehabilitationsleistungen sind:

- Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (d.h. die Krankenkassen)
- Träger der Rentenversicherung
- Bundesanstalt für Arbeit
- Träger der gesetzlichen Unfallversicherung
- Träger der sozialen Entschädigung bei Gesundheitsschäden
- Träger der Sozialhilfe
- Träger der öffentlichen Jugendhilfe

**Leistungsangebote**:
- medizinische Leistungen
- berufsfördernde Leistungen
- Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft
- unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen

In der Praxis greifen Leistungsangebote der verschiedenen Rehabilitationsträger ineinander. Die gemeinsamen örtlichen Servicestellen der Träger informieren über die Zuständigkeiten und nehmen auch Anträge entgegen um sie an die zuständigen Leistungsträger weiterzuleiten.

**Antrag**
Grundsätzlich werden Leistungen zur Rehabilitation nur dann erbracht, wenn die betroffene Person einen schriftlichen Antrag gestellt hat. Ein Antrag kann bei jedem Träger abgegeben werden. Diese sind verpflichtet, ihn an den jeweils zuständigen Leistungsträger weiterzuleiten.

**Auskunft**
Sich im Wirrwarr der Rehabilitationsleistungen zurechtzufinden, ist eine Herausforderung. Wer sich beraten lassen will, kann dies bei allen Trägern der Rehabilitation tun oder bei deren gemeinsamer Servicestelle. Hier kann frau sich beraten lassen, einen Antrag abgeben und Unterstützung bei der Antragstellung erbitten - und zwar unabhängig davon, ob der Träger für das vorgetragene Problem zuständig ist.

**Erwerbstätigkeit versus Nichterwerbstätigkeit**
Beruflich aktiv zu sein nimmt in einer Zeit, in der die Arbeitslosigkeit immer mehr ansteigt, einen zunehmend hohen Stellenwert ein. Sowohl in meiner Arbeit als auch in meinem privaten Umfeld beobachte ich, dass es ein wichtiges Ziel in der persönlichen Lebensplanung ist, einer wie auch immer gestalteten Erwerbstätigkeit nachzugehen. In heutiger Zeit wird Arbeit mit zunehmenden Arbeitsanforderungen und mit einem sich steigernden Maß an Leistungserbringung verknüpft. Die gesellschaftliche Forderung nach steigender Leis-

tungsfähigkeit setzt einen Prozess in Gang, dem frau sich schwer entziehen kann. Für viele Frauen mit Behinderung ist dies ein Dilemma. Einerseits werden sie schon als Mädchen darauf getrimmt, Leistung zu erbringen und so sind sie bemüht, auch als erwachsene Frau den gesellschaftlichen Anforderungen gerecht zu werden. Andererseits sind viele von ihnen - aufgrund körperlicher, seelischer oder psychischer Einschränkungen - dazu nicht in der Lage. Bedenklich wird es meiner Meinung nach, wenn immer mehr Menschen - und ich wage mal zu behaupten, verstärkt Frauen (mit Behinderung und/oder chronischen Erkrankungen) - ihren Selbst-Wert ausschließlich über ihren beruflichen Erfolg definieren. Je mehr Anerkennung, je höher die Gehaltsstufe, je größer der Erfolg, desto größer das Selbstwertgefühl.

In der Beratungsarbeit begegnet frau Frauen, die eine Erwerbsunfähigkeitsrente beziehen, Arbeitslosengeld/-hilfe erhalten, einer ehrenamtlichen Tätigkeit nachgehen, als Hausfrau arbeiten oder geringfügig beschäftigt werden und die an diesem Status etwas verändern wollen.

Rita Z., 33 Jahre, ist Frührentnerin und lebt mit ihrer Partnerin auf dem Land. Ihre Partnerin arbeitet 30 Stunden und trägt den größten Anteil der Lebens- und Unterhaltungskosten. Rita Z. kümmert sich um den Haushalt, den kleinen Garten und engagiert sich ehrenamtlich im örtlichen Naturschutzverein. Als Rita Z. zu mir in die Beratung kommt, formuliert sie den Wunsch, dass sie gerne etwas zu ihrer Rente hinzu verdienen möchte, da sie noch mehr für das Zusammenleben beitragen möchte. Sie hat ein schlechtes Gewissen, da sie den ganzen Tag zu Hause ist und ihre Rente ihrer Meinung nach nur einen kleinen Beitrag zum Leben darstellt. Auf Nachfragen meinerseits wird deutlich, dass sie mit der Organisation des Haushaltes und ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit im Prinzip voll ausgelastet ist. Beides macht ihr Spaß und bietet ihr Gelegenheit, sich die Zeit nach ihrem persönlichen Befinden einzuteilen. Im Beratungsprozess wird deutlich, dass sie sich selbst und ihren Beitrag zum Zusammenleben negativ bewertet und somit immer das Gefühl hat, nicht genügend zu leisten.

Dieses Beispiel zeigt, dass andere Fähigkeiten, Kenntnisse, Tätigkeiten oder Begabungen im Vergleich zur Erwerbsarbeit negativ bewertet werden. Rita Z. glaubt, dass sie nicht genügend leistet und sie hat deswegen ein schlechtes Gewissen. Vielen Frauen geht es ähnlich. Sie erleben sich zunehmend als Außenseiterin, wenn niemand nach ihren Aktivitäten fragt bzw. diese eine geringere Wertschätzung erfahren. Bemerkungen wie „So schön möchte ich es auch mal haben" machen deutlich, dass nicht die Aktivität allein, sondern auch die Person selbst abgewertet wird.
Ich möchte an dieser Stelle ausdrücklich betonen, dass es nicht falsch ist, wenn Erfolg, berufliche Anerkennung und finanzielle Unabhängigkeit ein Gefühl des Stolzes auslösen. Schließlich hat frau viel hierfür getan. Mir kommt es in der Beratung darauf an, ein „kritisches Ohr" für die Motivationsgründe zu haben. Also der Frage nachzugehen: Weshalb möchte/muss die Ratsuchende arbeiten? Was sind ihre Beweggründe? Wie fühlt sie sich in ihrem jetzigen Status als zum Beispiel Frührentnerin oder Mutter? Wie sieht es mit ihrem Leistungsanspruch aus, mit dem Gefühl nicht zu genügen? Wodurch wird ihr *Selbst-Wert-Gefühl* gestärkt/geschwächt?

Mir erscheinen die Themen *„Erwerbsminderungsrente"* und *„Arbeitslosigkeit"* als zentrale Schwerpunkte im Bereich der Nichterwerbstätigkeit. Zu beiden Themen werde ich noch einige Sachinformationen liefern. Wie eingangs

erwähnt, kann ich nicht auf alle Einzelheiten eingehen. Es ist empfehlenswert, bei spezifischen Fragestellungen Kontakt zu den zuständigen Kostenträgern aufzunehmen.

**Rente**

**Rente wegen voller Erwerbsminderung**
Voll erwerbsgemindert ist, wer durch Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande ist, mindestens drei Stunden pro Tag auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt zu arbeiten (medizinische Gründe).

Im Beratungsverlauf sollte darüber gesprochen werden, was sich verändert bei:

- einer Stundenreduzierung
- einem Wechsel des Fachbereiches
- einer Kur
- einer Rehabilitationsmaßnahme

**WfB**
Alle Menschen mit Behinderung, die in einer Werkstatt für Behinderte versicherungspflichtig arbeiten, sind im Sinne des Gesetzes erwerbsunfähig.
Für die betroffene Frau bedeutet es, dass sie sich nach einer Arbeitszeit(10) von 20 Jahren entweder eine EU- Rente auszahlen lassen, oder weiterhin in der WfB arbeiten kann.
Seit 1992 wird zur Berechnung der Rente ein fiktives Einkommen zugrunde gelegt. Dieses wird berechnet aus 75% des durchschnittlichen Einkommens aller versicherten Personen, die in die Rentenkasse einzahlen. Der so ermittelte Betrag soll sicherstellen, dass die RentnerInnen unabhängig von Sozialhilfe leben können.(11)
Fraglich bleibt, ob diese Summe für eine eigenständige, selbstbestimmte Lebensführung ausreicht. Zur Zeit jedenfalls leben viele der RentnerInnen bei den Eltern oder im Betreuten Wohnen (und leider auch gar nicht so wenige in der Psychiatrie).

**Der Rentenantrag**
Was ist bei der Beantragung zu beachten:

Antragsberechtigt sind:

- Versicherte, die das 15. Lebensjahr vollendet haben
- gesetzliche VertreterInnen
- Bevollmächtigte
- BetreuerInnen

Schriftliche Antragsunterlagen gibt es beim örtlichen Rathaus (am besten gleich zwei Exemplare mitnehmen), sowie bei der gemeinsamen Servicestelle, der Bundesversicherungsanstalt für Arbeit (BfA) und den Landesversicherungsanstalten für Arbeit (LVA).

*In dem Antrag, sowie auch in der Vorbereitung und in den kommenden Befragungen und Untersuchungen, muss durchgängig ersichtlich sein, dass frau nicht mehr erwerbstätig sein kann.*

*Wenn nur ein kleiner Rest einer möglichen Erwerbstätigkeit sichtbar ist, dann ist frau fix bei einer Reha-Maßnahme, wieder am Arbeitsplatz oder aber bei der Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung.*

*Prüfe:*
*Welche Gutachten können herangezogen werden?*
*Wie formuliert die ratsuchende Frau ihre Situation?*
*Welche Krankheitsbilder sind wichtig?*

**Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung**
**Teilweise erwerbsgemindert** ist, wer wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande ist, unter den üblichen Bedingungen des Arbeitsmarktes mindestens sechs Stunden täglich erwerbstätig zu sein.

**Antrag**
Bei Eingang eines Antrags prüft der Rentenversicherungsträger, ob die Erwerbsminderung durch Leistungen zur Rehabilitation behoben werden kann. Welche Unterlagen benötigt werden, kann beim Rententräger erfragt werden.

Bis zum 01.01.01 gab es statt den Erwerbsminderungsrenten die Erwerbs- und Berufsunfähigkeitsrente. **Für Frauen, die am 01.01.01 bereits das vierzigste Lebensjahr vollendet hatten, gelten deshalb Sonderregelungen,** die bei den Rentenversicherungsträgern erfragt werden können.

**Sonstiges zum Thema Rente**
*Bei allen Fragen, die im Zusammenhang mit einem Rentenantrag verbunden sind, empfehle ich, diese direkt in Zusammenarbeit mit dem Rentenversicherungsträger zu klären.*

**Zuständigkeit**
Die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte ist zuständig, wenn zuletzt ein Angestelltenverhältnis bestand.
Die Landesversicherungsanstalt für Arbeiter ist zuständig, wenn frau Arbeiterin war.

**Formulierungshilfen** für die Begründungen der Erwerbsminderung gibt es im Ratgeber für Behinderte von Franz Bauer.
**Die Erwerbsminderungsrenten werden grundsätzlich auf Zeit gewährt.**

Nur wenn es unwahrscheinlich ist, dass die Minderung behoben werden kann, wird diese auch unbefristet gewährt. Eine befristete Rente wird spätestens nach 9 Jahren in eine unbefristete, mit Eintritt in das Rentenalter in eine Altersrente umgewandelt.

**Arbeitslosigkeit**
Arbeitslos ist, wer nicht in einem Beschäftigungsverhältnis steht, oder wer aktiv eine versicherungspflichtige, mindestens 15 Stunden pro Woche dauernde Arbeit sucht.

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

Wer arbeitslos wird, hat unter bestimmten Voraussetzungen Anspruch auf *Arbeitslosengeld* oder auf *Arbeitslosenhilfe*. Die Meldung der Arbeitslosigkeit beim Arbeitsamt muss persönlich erfolgen. Sie kann nicht schriftlich, telefonisch oder durch eine dritte Person geleistet werden. Sie sollte sofort erfolgen, da es keine rückwirkenden Zahlungen gibt. Die Gewährung von Arbeitslosengeld muss beantragt werden. Formblätter erhalten arbeitslose Frauen während ihrer *persönlichen Vorsprache* beim Arbeitsamt.

**Anrechnung von Vermögen**

Anspruch auf *Arbeitslosengeld* hat jede Arbeitnehmerin, die die vorstehenden Voraussetzungen erfüllt, auch wenn sie selbst oder der/die Ehegatte/PartnerIn Vermögen hat. Dies ist beim Anspruch auf Arbeitslosenhilfe anders: Der Anspruch auf Arbeitslosenhilfe setzt *Bedürftigkeit* voraus, das heißt, die finanziellen Mittel zur Sicherung des Lebensunterhaltes können nicht aus eigener Kraft erwirtschaftet werden.
Eine Bedürftigkeit liegt nicht vor, wenn die arbeitslose Frau vermögend ist oder der Ehegatte/Partner über Einkommen und Vermögen verfügt.
Unberücksichtigt bleiben PKW, Eigenheim/Eigentumswohnung, Guthaben unter 8000 DM.

# Hilfsmittel und persönliche Assistenz in Ausbildung und Arbeit

Birgit Nabben

**Bedarfsermittlung**

Eine erfolgreiche und auf Dauer angelegte Vermittlung von Frauen (und Männern) mit Behinderung in Ausbildung und Arbeit kann gelingen, wenn technische Hilfsmittel und/oder personelle Hilfen dazu beitragen, dass behinderte Auszubildende und ArbeitnehmerInnen den Anforderungen des Berufsalltages gerecht werden können. Für eine Beratung in dieser Angelegenheit ist es daher zunächst einmal von Bedeutung, folgende Fragen zu erörtern:

- Welche Anforderung stellt die Ausbildung/Arbeit an die körperliche, geistige und/oder seelische Leistungsfähigkeit der ratsuchenden Frau?
- In welcher Weise ist die Leistungsfähigkeit der ratsuchenden Frau eingeschränkt?
- In welcher Art und Weise können behinderungsbedingte Einschränkungen ausgeglichen werden?
- Welche Hilfsmittel und/oder behindertengerechte Arbeitsplatzausstattungen sind erforderlich?
- Ist persönliche Assistenz am Arbeitsplatz erforderlich?
- Welcher Kostenträger ist für die Finanzierung der Leistung zuständig?

**Beispiel:**

Frau Lange(1) ist 19 Jahre alt und seit ihrer Geburt schwerhörig. Im Laufe ihrer Schulzeit hat sie es ein wenig gelernt, zu sprechen und das gesprochene Wort von den Lippen abzulesen. Dies kann sie jedoch nur dann, wenn ihr Gegenüber langsam, laut und deutlich spricht und sie die Lippenbewegungen gut erkennen kann.

Sie besucht zur Zeit eine Sonderschule für Hörbehinderte und wird diese mit dem Abschluss der Mittleren Reife in einigen Monaten verlassen. Sie interessiert sich sehr für alle Arten von Autos und wie sie funktionieren. Während einer Einzelberatung im Arbeitsamt teilt ihr der Berufsberater für Schwerbehinderte mit, dass sie ihren Berufswunsch nicht verwirklichen kann, weil ihre Fähigkeit zu hören und zu sprechen für die Kommunikation mit KollegInnen und KundInnen nicht ausreichend seien. Er schlägt ihr als Alternative eine Ausbildung zur Orthopädie-Mechanikerin in einem Berufsbildungswerk vor, mit dem Argument, dass sie auch in diesem Beruf ihrem Bedürfnis nach Wissen um die Zusammensetzung und Funktionalität von Dingen nachkommen kann. Außerdem seien die AusbilderInnen dort im Umgang mit behinderten Menschen geschult.

Frau Lange verlässt gekränkt und enttäuscht das Arbeitsamt. Nachdem sich ihre Enttäuschung gelegt hat, wendet sie sich mit der Bitte um Beratung und Unterstützung an eine Beratungsstelle für Menschen mit Behinderung.

Üblicherweise erfolgt die Beratung von Frauen (und Männern) mit Behinderung in Fragen der beruflichen Orientierung und Berufswahl durch MitarbeiterInnen der örtlich zuständigen Arbeitsämter oder spezieller Dienste (Integrationsfachdienste), die mit der Vermittlung von Frauen (und Männern) mit Behinderung in Ausbildungsstellen und Arbeitsplätze des ersten Arbeitsmarktes beauftragt sind.

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

Wie aus diesem Beispiel deutlich wird, machen Frauen (und Männer) mit einer Behinderung dort oft die Erfahrung, dass ihnen die Bewältigung des Ausbildungs- und Berufsalltages nicht zugetraut wird, aufgrund der Einschränkungen, die mit der Behinderung verbunden sind.
Im Blickpunkt der Beratung stehen oftmals die körperlichen, geistigen oder seelischen Beeinträchtigungen, „Mängel" und „Defizite" sowie traditionelle Lösungswege, beispielsweise durch Vermittlung in ein Berufsbildungswerk oder in einen Beruf, dessen Anforderungen behinderungsspezifischen Bedürfnissen und/oder Kompetenzen vermeintlich entsprechen. So kann es dann passieren, dass Frauen, die nicht sehen können, empfohlen wird, den Beruf der Masseurin zu erlernen. Die Berücksichtigung individueller Neigungen, Interessen, Eignungen und Fähigkeiten und die Suche nach bedarfsgerechten Möglichkeiten, Funktionsverluste oder -einschränkungen im Berufsalltag zu kompensieren, ist zum Teil ein schwieriger, dennoch wichtiger Schritt für eine dauerhafte Teilnahme am Erwerbsleben.

Wenn also eine junge Frau zu mir in die Beratung kommt, die den Wunsch äußert Kfz-Mechanikerin werden zu wollen, dann nehme ich diesen Berufswunsch ernst. Ich bitte sie, mir zu erzählen, wie sich das Interesse und die Motivation zu dieser Berufswahl entwickelt hat. Hierbei können individuelle Neigungen und Fähigkeiten von Bedeutung sein, die sich schon sehr früh entfaltet haben bzw. gefördert wurden (beispielsweise durch den spielerischen Umgang mit Autos in der Kindheit und den Werkunterricht in der Schule). Die individuellen Schilderungen darüber, wie die ratsuchende Frau zu ihrer Berufswahl gefunden hat, vermitteln mir als Beraterin einen ersten Eindruck davon, in welcher Art und Weise sie sich schon mit den Anforderungen, die der Beruf an sie stellt, auseinandergesetzt hat.

Ich erfahre auch, ob und in welcher Weise sie ihre Einschränkungen anerkennen kann und der Frage nachgegangen ist, ob es in ihrem Beruf Situationen oder Arbeitsabläufe gibt, die sie nicht ohne entsprechende Hilfsmittel oder personelle Hilfe bewältigen kann. Sofern ich durch diese Schilderungen noch keinerlei Hinweise darüber erhalte, muss ich im Verlauf weiterer Gespräche die Notwendigkeit und den Bedarf für Hilfsmittel und/oder persönliche Assistenz am Arbeitsplatz klären.

**Technische Hilfen**
Technische Hilfsmittel, die behindertengerechte Ausstattung des Arbeitsplatzes und persönliche Assistenz am Arbeitsplatz stellen, wenn sie individuell und bedarfsorientiert erbracht werden, wesentliche Möglichkeiten dar, Frauen (und Männer) mit einer körperlichen, sogenannten geistigen oder seelischen Behinderung auf Arbeitsplätzen des ersten Arbeitsmarktes zu beschäftigen.

Die Beantragung und Nutzung technischer Hilfsmittel und/oder personeller Hilfen am Arbeitsplatz ist jedoch oftmals mit Gefühlen der Unsicherheit und Ablehnung verbunden. Viele ratsuchende Frauen äußern im Gespräch beispielsweise die Befürchtung, nicht eingestellt zu werden, wenn sie den ArbeitgeberInnen gegenüber deutlich machen, dass z.B. ein Umbau der sanitären Anlagen notwendig ist, damit sie als Arbeitnehmerin im Rollstuhl die Toilette nutzen kann. Behinderung oder gesundheitliche Einschränkungen gleich welcher Art werden vielfach gleichgesetzt mit Einbußen des Leistungsvermögens. Die Inanspruchnahme von Hilfsmitteln und/oder personeller Hilfe am Arbeitsplatz scheint diese Gleichsetzung zu bestätigen, so dass Frauen mit

Behinderung oder gesundheitlichen Einschränkungen eher darauf verzichten, um sich die Chancen auf eine Einstellung nicht zu schmälern.
Eine weitere Hemmschwelle im Zusammenhang mit der Auseinandersetzung um Art und Umfang benötigter Hilfsmittel entsteht aus der Art und Weise, wie wir es im Laufe unserer persönlichen Entwicklung geschafft und gelernt haben, körperliche, geistige und/oder seelische Einschränkungen in Alltag und Beruf zu integrieren. So sind viele von uns dazu erzogen worden, alle anfallenden Arbeiten des täglichen Lebens selbst zu erledigen auch oder gerade dann, wenn dies mit hohen Anstrengungen verbunden ist.
Kommen diese oder andere Bedenken und Unsicherheiten im Beratungsgespräch vor, ist es wichtig, dass Frauen mit Behinderung darüber sprechen können:

- Welche Gefühle haben sie im Zusammenhang damit, Hilfsmittel und/oder persönliche Assistenz in Anspruch zu nehmen?
- Welche Informationen (z.B. fehlende Information, oder die Information, dass die Antragstellung sehr langwierig ist) oder Bedenken haben sie, die ihnen die Inanspruchnahme von Hilfsmitteln und/oder persönlicher Assistenz erschweren?
- Ob und welche Vorstellungen haben sie darüber, eine Veränderung ihrer bisherigen Einstellung und Haltung Hilfsmitteln und/oder persönlicher Assistenz gegenüber in Betracht zu ziehen?

Im Falle der jungen Frau, die zu mir in die Beratung kommt, ist es die Einschränkung ihres Hörvermögens, die ausgeglichen werden muss. Voraussetzung ist, dass Frau Lange in den Situationen und Arbeitsabläufen, in denen es erforderlich ist, mit KollegInnen, AusbilderInnen und AutobesitzerInnen im Gespräch bleiben kann.

In diesem Zusammenhang erzählt mir Frau Lange, dass es ihr sehr viel Mühe macht zuzuhören und sich zu Wort zu melden, wenn der Geräuschpegel außerhalb des Geschehens hoch ist, mehrere Personen sich unterhalten, die Lichtverhältnisse es nicht zulassen, dass sie von den Lippen ablesen kann und die sprechende Person sich schnell und unartikuliert äußert. In solchen Situationen, so Frau Lange, habe sie oft Kopfschmerzen und fühle sich von der Kommunikation mit anderen Menschen ausgeschlossen.
Als KfZ-Mechanikerin befindet sich Frau Lange weniger in Gesprächssituationen, wie sie ihr möglicherweise im Rahmen ihrer Freizeitgestaltung des öfteren begegnen. Gleichwohl muss sie während ihrer Ausbildung und später im Berufsalltag in die Lage versetzt werden können,

- mündlichen Erklärungen über berufsbezogenes Wissen, sowie Besprechungen mit AusbilderInnen, KollegInnen oder KundInnen der Werkstatt ohne körperliche Anstrengungen folgen zu können,
- akustische Signale, wie das Klingeln des Telefons oder der Türklingel wahrnehmen zu können, indem diese durch optische Signale, wie beispielsweise aufleuchtende Lichter, ergänzt werden.

So ist also zu prüfen, welche technischen Hilfsmittel zweckmäßig sind, diese Rahmenbedingungen zu erfüllen.

Ein Hörgerät kann geeignet sein, das Hörvermögen zu erhöhen. Frau Lange müsste sich in dieser Angelegenheit mit ihrer Hals-Nasen-Ohrenärztin, einem Hörgeräteakustiker und ihrer Krankenkasse in Verbindung setzen.

**Zuständige Behörden**
Die technischen Hilfsmittel und Veränderungen, die am Ausbildungs- und/oder Arbeitsplatz erforderlich sind (damit Frau Lange z.B. das Klingeln des Telefons „sehen" kann), werden in der Regel von den örtlich zuständigen Integrationsämtern übernommen.

Das Schwerbehindertenrecht (Teil II des SGB IX) dient in der Hauptsache dazu, bereits existierende Arbeitsverhältnisse von ArbeitnehmerInnen mit einer Schwerbehinderung zu sichern und zu erhalten, sowie für ArbeitgeberInnen Bedingungen zu schaffen, unter denen sie bereit sind, schwerbehinderte Menschen auszubilden und/oder einzustellen.
Die regional zuständigen Integrationsämter und Arbeitsämter sind zwei der Behörden, die dafür Sorge tragen, dass diese Aufgabe erfüllt werden kann.

Sofern also in der Beratung deutlich geworden ist, welche Hilfsmittel notwendig sind, um behinderungsbedingte Einschränkungen im Arbeitsalltag ausgleichen zu können, sollten folgende grundlegende Hinweise beachtet und entsprechend geklärt werden:

- Leistungen der Integrationsämter werden nur dann gewährt, wenn ein anderer Rehabilitationsträger (Arbeitsamt, Unfall- oder Rentenversicherung) nicht vorrangig die beantragte Leistung gewährt bzw. zu gewähren hat.
- Das Arbeitsamt oder die gemeinsame Servicestelle gibt Auskunft über die in Frage kommenden Hilfen und die Behörden, die vorrangig zur Leistung verpflichtet sind.
- Leistungen an schwerbehinderte Menschen werden unabhängig von deren Einkommen gewährt, wenn es ihnen wegen ihres behinderungsbedingten Bedarfs nicht zuzumuten ist, die Leistung selbst zu finanzieren.
- Zuschüsse und Darlehen werden in der Regel nur gewährt, wenn der Antrag vor Beginn einer geförderten Maßnahme (z.B. Einstellung Schwerbehinderter) oder vor dem Abschluss eines Kaufvertrages gestellt wird.

**Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben**
Zur Teilhabe am Arbeitsleben werden erforderliche begleitende Leistungen erbracht, um die Leistungsfähigkeit behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen zu erhalten, herzustellen oder wiederherzustellen und ihre Teilhabe am Arbeitsleben möglichst auf Dauer zu sichern. (§ 33 Abs.1 SGB IX) Neu hinzugefügt wurde im SGB IX die Absichtserklärung, dass behinderten Frauen gleiche Chancen im Erwerbsleben , insbesondere durch in der beruflichen Zielsetzung geeignete, wohnortnahe und auch in Teilzeit nutzbare Angebote gesichert werden (§ 33 Abs. 2 SGB IX).
Die Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben fallen in der Regel in den Zuständigkeitsbereich der Integrationsämter. Das zuständige Integrationsamt kann Frauen (und Männer) mit einer Schwerbehinderung unter anderem folgende Leistungen gewähren (§33 Abs.3 Nr.1-6 SGB IX sowie §102 Abs. 3 Ziff. 1a-f SGB IX):

- Arbeitsplatzassistenz
- technische Arbeitshilfen und Hilfsmittel
- Hilfen zum Erreichen des Arbeitsplatzes
- zur Gründung einer selbständigen beruflichen Existenz
- Hilfe zur Beschaffung, Ausstattung und Erhaltung einer Wohnung, die den besonderen Bedürfnissen von Frauen (und Männern) mit einer Schwerbehinderung entspricht
- Hilfe zur Erhaltung und Erweiterung beruflicher Kenntnisse und Fertigkeiten sowie
- Hilfen in besonderen Lebenslagen

ArbeitgeberInnen, die bereit sind, Frauen (und Männer) mit einer Schwerbehinderung zu beschäftigen, kann das Integrationsamt nach § 102 Abs. 2 Ziff. 2 SGB IX, folgende Leistungen gewähren:

- zur behinderungsgerechten Einrichtung von Arbeitsplätzen für schwerbehinderte Menschen und
- Für außergewöhnliche Belastungen, die mit der Beschäftigung schwerbehinderter Menschen im Sinne des § 72 Abs. 2 verbunden sind, vor allem, wenn ohne diese Leistungen das Beschäftigungsverhältnis gefährdet würde.

Mit der Gewährung von Hilfen zur behindertengerechten Einrichtung von Ausbildungs- und Arbeitsplätzen ist auch die Übernahme der Kosten verbunden, die zur *Instandhaltung und Wartung der technischen Einrichtung* erforderlich werden. Ebenfalls übernommen werden Kosten, die dadurch entstehen, dass schwerbehinderte Menschen darin unterwiesen werden, die entsprechenden Hilfsmittel auch für ihren Berufsalltag nutzen und handhaben zu können.

## Persönliche Assistenz in Arbeit und Beruf oder Arbeitsassistenz

### Begriffsbestimmung

Mit dem Begriff der „Persönlichen Assistenz" ist die Auffassung verbunden, dass jeder behinderte Mensch, unabhängig vom Alter und dem Schweregrad der körperlichen, geistigen und/oder seelischen Einschränkung ein selbstbestimmtes Leben führen kann, auch dann, wenn sie (er) in verschiedenen Bereichen seiner individuellen Lebenslage auf die Hilfe (Assistenz) durch Dritte angewiesen ist.

Einheitliche Definitionen zur Beschreibung dessen, was persönliche Assistenz am Arbeitsplatz ist, gibt es (noch) nicht. Vielmehr schwirren im Zusammenhang mit der Art und Weise, wie und in welchem Umfang Frauen (und Männer) mit einer Behinderung Hilfe und Unterstützung durch Dritte am Arbeitsplatz erhalten, verschiedene Begriffe durch den Raum. „Persönliche Assistenz am Arbeitsplatz", „Arbeitsplatzassistenz" oder „Job-Trainer", sind die gängigsten Begriffe. Die beiden letzten Begriffe bezeichnen in der Regel eine Form der persönlichen Unterstützung behinderter ArbeitnehmerInnen, die sich durch den gesamten Prozess der beruflichen Eingliederung behinderter Menschen zieht. So werden beispielsweise im Freistaat Bayern MitarbeiterInnen, die im Auftrag der Integrationsämter behinderte Frauen (und Männer) in Ausbildungs- und/oder Arbeitsstellen vermitteln, „ArbeitsplatzassistentInnen" genannt. Der Begriff des „Job-Trainers" bzw. der „Job-Trainerin" ist hergeleitet aus dem methodischen

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

Ansatz der „Unterstützten Beschäftigung".(2) Unterstützte Beschäftigung ist demnach eine wohnortnahe, an den Fähigkeiten und dem Unterstützungsbedarf behinderter ArbeitnehmerInnen orientierte Maßnahme zu beruflichen Eingliederung. Die Phasen der Unterstützung umfassen:

- die berufliche Vorbereitung
- Arbeitsplatzbeschaffung
- Vermittlung
- Qualifizierung am Arbeitsplatz, sowie
- die langfristige Stabilisierung und Sicherung des Arbeitsverhältnisses(3)

Mit Hilfe dieser Methode sollen insbesondere Menschen mit Lernschwierigkeiten, sogenannter geistiger Behinderung, in Betrieben auf dem ersten Arbeitsmarkt Arbeit annehmen und behalten können.

Die jetzt folgenden Ausführungen sowie die Falldarstellung beziehen sich jedoch ausschließlich auf die Form persönlicher Hilfen, die im Zusammenhang der Erledigung von Arbeitsabläufen geleistet werden muss, wenn diese:

- direkt aus der Stellenbeschreibung/Arbeitsplatzbeschreibung abzuleiten sind
- nicht oder nur mit hohem Energie- und Zeitaufwand von der behinderten Arbeitnehmerin erledigt werden können
- nicht mit technischen Hilfen zu erfüllen sind

und in ihrer Organisation und Ausgestaltung von der behinderten Arbeitnehmerin in Absprache mit ihrem/ihrer ArbeitgeberIn selbst bestimmt wird.

**Beispiel**:
Frau Stephanie Ott hat durch einen Unfall im Alter von vier Jahren ihr Augenlicht verloren und ist seitdem blind.
Sie bewirbt sich bei öffentlichen und freien Trägern der Jugendhilfe, die Sozialarbeiterinnen suchen und einstellen wollen. Nachdem mehrere ihrer eingereichten Bewerbungsunterlagen wieder an Frau Ott zurückgesandt werden, lädt sie die Stadtverwaltung einer Nachbarstadt in der Nähe ihres Wohnsitzes zu einem Vorstellungsgespräch ein. Sie soll im Allgemeinen sozialen Dienst der Stadt beschäftigt werden. Sie wendet sich nun an das örtliche Zentrum für selbstbestimmtes Leben behinderter Menschen und bittet die dortige Beraterin, mit ihr zu klären, wie die organisatorischen und rechtlichen Rahmenbedingungen für die Gewährung der Kosten für eine persönliche Assistentin am Arbeitsplatz gestaltet sein müssen.

Für die Klärung der Frage, inwiefern Bedarf an persönlicher Assistenz bei der Bewältigung des Berufsalltags besteht, müssen zunächst mehrere Fragen berücksichtigt werden:

- Welche Tätigkeiten und Aufgaben ergeben sich aus der Stellenbeschreibung?
- Welche Aufgaben kann Frau O. infolge ihrer Erblindung nicht ausführen?
- Gibt es andere Möglichkeiten der Kompensation (beispielsweise durch Delegation an KollegInnen, Streichung oder Einsatz von Hilfsmitteln)?
- Für welche Arbeitsabläufe ist die Hilfe durch eine persönliche Assistentin/einen persönlichen Assistenten erforderlich?

Bezogen auf das Fallbeispiel von Frau Ott ergeben sich nun zwei Arbeitsbe-

reiche, die im Zusammenhang mit der Notwendigkeit persönlicher Assistenz von Bedeutung sind. Zum einen die Tätigkeiten und Arbeiten, die im Rahmen des internen Aktenstudiums sowie der Aktenführung notwendig werden.
Zum anderen alle Arbeiten, die mit der Organisation und Durchführung von Hausbesuchen und Dienstreisen verbunden sind.
In einer Bedarfsermittlung sind daher zunächst einmal alle Tätigkeiten aufzuführen, die hier anfallen und infolge der Blindheit von Frau Ott nicht von ihr selbst ausgeführt werden können. Diese Tätigkeiten sind unter anderem:

- Vorlesen aller im Zusammenhang mit der Aktenführung ein- und ausgehenden Schriftstücke
- Querlesen der Akten von KlientInnen, um sich einen Überblick zu verschaffen
- Ausfüllen von Formularen
- Anfertigung von Kopien
- Begleitung bei Hausbesuchen und Dienstreisen (Hilfe zur Orientierung, zur Ermittlung des Dienstweges)

Sofern der Bedarf an persönlicher Assistenz geklärt ist, muss als nächstes besprochen werden, in welchem zeitlichen Umfang pro Woche die persönliche Hilfe erbracht werden soll.
Desweiteren muss geklärt werden, ob der Arbeitgeber oder in diesem Fall Frau Ott die Assistenzkraft anstellen will. Danach richtet sich auch, wer den Antrag beim Integrationsamt stellt. Beide Möglichkeiten sind im Rahmen des SGB IX möglich.

**Leistungen des Integrationsamtes**

**a) Arbeitsassistenz**
Mit Inkrafttreten des SGB IX am 1. Juli 2001 besteht im Rahmen der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben ein Rechtsanspruch auf notwenige Arbeitsassistenz für schwerbehinderte Menschen als Hilfe zur Erlangung eines Arbeitsplatzes (§33 Abs. 3 Nr. 3 SGB IX). Die Kosten für die Arbeitsassistenz können vom Integrationsamt übernommen werden.

Den Antrag für notwendige Arbeitsassistenz muss die behinderte Arbeitnehmerin stellen und darin detailliert angeben wie, in welchem zeitlichen Umfang und für welche Arbeiten die persönliche Assistenz benötigt wird.
Wird dem Antrag stattgegeben, so wird die behinderte Arbeitnehmerin zur Arbeitgeberin für die Assistenzkraft, d.h. sie muss einen Betrieb anmelden, alle erforderlichen Formalitäten erledigen (Lohnbuchführung, Gehaltsauszahlung, Abrechnungen mit dem Integrationsamt, Einstellung, Kündigung). Als Arbeitgeberin ist sie der Assistenzkraft gegenüber weisungsbefugt.

**b) Personelle Hilfen für Arbeitgeber**
Eine weitere Möglichkeit, die Finanzierung für eine persönliche Assistenzkraft im Berufsleben zu erhalten bieten die personellen Hilfen für Arbeitgeber. Diese sind in § 102 Abs. 3 Ziff. 2b in Verbindung mit §27 Ausgleichsabgabeverordnung geregelt. Der Antrag ist vom Arbeitgeber zu stellen, der sowohl Leistungsempfänger wie auch Weisungsbefugter für die Assistenzkraft ist. Diese Möglichkeit bietet sich vor allem an, wenn mehrere schwerbehinderte Arbeitnehmer oder Arbeitnehmerinnen in einem Betrieb arbeiten, die Unterstützung

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

benötigen. Durch das Einstellen einer gemeinsamen Assistenzkraft können Hilfen flexibel geleistet und eventuelle Leerlaufzeiten umgangen werden.

Im Bundesland Hessen, das schon seit vielen Jahren im Rahmen der personellen Hilfen Arbeitsassistenz gewährt, ist es gängige Verwaltungspraxis, dass Art und Umfang der geleisteten Assistenz in ausführlichster Weise zu dokumentieren sind. Ebenfalls im Interesse des Kostenträgers ist es, den Bedarf an Assistenzstunden nicht höher als 50% der Wochenarbeitszeit der Arbeitnehmerin (des Arbeitnehmers) anzusetzen und die Kostenbewilligung zu befristen. Sofern diese Regelungen im *Einzelfall* nicht gerechtfertigt sind, muss sich der Arbeitgeber/die Arbeitgeberin genau überlegen, aus welchen Gründen es notwendig erscheint, den Bedarf an Assistenz höher anzusetzen. Mit Hilfe dieser Überlegungen kann dann eine Überprüfung der Verwaltungsentscheidung auf dem Wege des Rechtsschutzes angestrengt werden.

Assistenzleistungen, die im Zusammenhang mit persönlichen Interessen und Bedürfnissen der Arbeitnehmerin (des Arbeitnehmers) notwendig werden (Fahrt zum Arbeitsplatz und zurück, Hilfe beim Aussuchen und Nutzen sanitärer Anlagen, Hilfe bei der Besorgung und/oder Zubereitung bzw. Aufnahme des Mittagessens, etc.), auch wenn diese im Berufsalltag erforderlich sind, werden nicht im Rahmen der personellen Hilfen für Arbeitgeber vom Integrationsamt übernommen.

Inwieweit diese notwendigen Leistungen jedoch im Rahmen der Arbeitsassistenz, die direkt an behinderte Arbeitnehmerinnen geleistet wird, berücksichtigt werden können, muss die Praxis zeigen.

Da die Verwaltungspraxis noch uneinheitlich ist, müssen sich ArbeitgeberInnen und behinderte ArbeitnehmerInnen vor Antragstellung über diese Punkte Klarheit verschaffen, damit eine bedarfsgerechte Erbringung von Assistenzleistungen am Arbeitsplatz möglich und sichergestellt werden kann.

# Einführung in das Thema Persönliche Assistenz

Brigitte Faber

Menschen mit einer Behinderung benötigen im Alltag zum Teil unterschiedliche Formen personeller Hilfen in verschiedenen Bereichen. Während der Begriff der Pflege nur einen — meist unabdingbaren — Teilbereich beschreibt, umfasst der Begriff der Assistenz alle Handlungen, für die in einem selbstbestimmten Alltag, einer gleichberechtigten Teilhabe in der Gesellschaft, personelle Hilfe benötigt wird.

Ein Teil der benötigten Assistenz aus dem pflegerischen und dem hauswirtschaftlichen Bereich findet im Pflegeversicherungsgesetz Berücksichtigung und wird zu festgesetzten Bedingungen von der Pflegekasse teilfinanziert, sofern der Medizinische Dienst der Krankenkassen die Bedingungen für einen Bedarf für erfüllt erachtet. Da die Pflegekasse anschließend lediglich ca. 50% des von ihr festgestellten Bedarfs finanziell übernimmt, muss die andere Hälfte der Kosten von der behinderten Person selbst übernommen werden. Ist sie dazu nicht in der Lage, ist — bei sehr schwerer Behinderung — das Sozialamt zuständig. Das Bundessozialhilfegesetz sieht die Übernahme der Restkosten jedoch nur unter der Bedingung vor, dass sie günstiger als die Kosten für eine Unterbringung in einer Anstalt sind.

Andere Formen benötigter Unterstützung, z.B. für das Großziehen von Kindern, die Teilnahme am Leben der Gesellschaft sowie an kulturellen Ereignissen, oder aber ein geringerer als der von dem Pflegegesetz vorgeschriebene Mindestbedarf müssen von den betreffenden Personen selbst finanziert werden. Es ist möglich, eine teilweise oder vollständige Übernahme dieser Kosten im Rahmen der Sozialhilfe oder des Jugendhilfegesetzes zu erhalten.

Da für eine eigene Finanzierung häufig die Mittel fehlen, wird die lebensnotwendige Assistenz nicht selten von Angehörigen erledigt. Neben familiären Spannungen sowie Überlastung des Partners/der Partnerin bzw. der Angehörigen kann eine solche Regelung zu einer starken einseitigen Abhängigkeit führen, welche die Autonomie und Selbstbestimmung der Frau gefährdet.

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

Von Assistenz (Pflege) abhängig zu sein, heißt auch immer, dem Verhalten der entsprechenden Person mehr oder weniger ausgeliefert zu sein.
Auf Grund der relativ häufigen sexuellen Übergriffe ist es für Mädchen und Frauen wichtig, sich ihre Assistenz- und Pflegekräfte selbst aussuchen zu können. Es ist zudem entwürdigend, für die Pflege im intimen Körperbereich „irgendjemand" zugeteilt zu bekommen. Dies mag im Krankenhausalltag „normal" sein, im Privatleben ist es menschenunwürdig. Leider besteht im Rahmen von Leistungen durch die Pflegeversicherung kein Anspruch darauf, zumindest das Geschlecht der Pflegekräfte selbst bestimmen zu können. Die Berücksichtigung der berechtigten Forderung nach einer Frauenpflege für Mädchen und Frauen mit Behinderung ist somit von dem „guten Willen" der anbietenden Organisationen abhängig.
Auch für lesbische Mädchen und Frauen mit Behinderung kann es von verstärkter Bedeutung sein, die (Pflege-) Assistenzperson selbst wählen zu können. So berichten lesbische Frauen immer wieder von Situationen, in denen die — meist männliche — Assistenz- oder Pflegeperson sie ihre ablehnende Haltung zu dem Thema deutlich spüren ließ oder die Assistenzabhängigkeit zu „erzieherischen Maßnahmen" nutzte.

Entsprechend den Vorgaben des Pflegegesetzes und dem Bedarf von Menschen mit Behinderung gibt es heute unterschiedliche Modelle der persönlichen Assistenz (Pflege), die den Vorstellungen einer selbstbestimmten Lebensführung in unterschiedlichem Maß gerecht werden. Diese Modelle werden im Folgenden in einem kurzen Überblick dargestellt.

**Individuelle Schwerstbehindertenbetreuung (ISB)**
Die ISB ist ein Modell, bei dem Zivildienstleistende als Hilfepersonen zum Einsatz kommen und das vor der Pflegeversicherung, zu Zeiten hoher Zahlen an Zivildienstleistenden, entstanden ist. Den rechtlichen Rahmen bildet das Bundessozialhilfegesetz. Die ISB wurde vorrangig von Menschen mit einem Rund-um-die-Uhr Bedarf genutzt, die Leistungen reichten von der Pflege bis hin zu Alltagshilfen. Insgesamt ist dieses Modell heute jedoch kaum noch vertreten, es wurde durch die Ambulanten Hilfsdienste abgelöst. Lediglich in Gemeinden, in denen der Ambulante Hilfsdienst nur die Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung — und somit keine Unterstützung im Alltag — anbietet, kommt es noch verstärkt zum Einsatz.

**Ambulante Hilfsdienste**
Seit der Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes ist ein wachsendes Angebot an Ambulanten Hilfsdiensten entstanden, die nach den Vorgaben des Pflegegesetzes Hilfen im pflegerischen und hauswirtschaftlichen Bereich, aber auch darüber hinausgehende Hilfen sowie manchmal auch Beratung anbieten. Innerhalb der Ambulanten Hilfsdienste gibt es die Einrichtung der **Sozialstation**, deren Angebot sich im Wesentlichen auf die Leistungen im Rahmen der Pflegeversicherung beschränkt und somit die klassische Pflege umfasst. Um als Sozialstation zugelassen zu sein, müssen bestimmte Kriterien für eine medizinische Versorgung der KundInnen gewährleistet sein, es müssen z.B. Krankenschwestern als pflegendes und leitendes Personal beschäftigt werden.

Ambulante Hilfsdienste sowie Sozialstationen haben einen mehr oder weniger festen Stamm an Personal, den sie ihren KundInnen entsprechend dem ermittelten Bedarf bzw. dem persönlichen Bedarf zuteilen. Die Abrechnung erfolgt je nach Leistung mit der Pflegekasse, mit dem Sozialamt oder mit der behinderten Person selbst.

Der Vorteil des Angebots liegt darin, dass sich die behinderte Frau als Kundin nach Erteilung des Auftrags um nichts weiter kümmern muss, sämtliche Organisation und Abrechnung wird von dem Ambulanten Dienst erledigt.
Der Nachteil besteht darin, dass sie in der Regel keine oder nur eine geringe Wahlmöglichkeit in Bezug auf die Assistenzkraft hat. So ist es oft schwierig, für die Intimpflege eine Frau zu erhalten. Ebenso muss sie ihren Unterstützungsbedarf in den Zeitplan der anbietenden Organisation einfügen. Dies heißt nicht nur, dass sich der persönliche Tagesablauf auch in Bezug auf Aufstehen und Zubettgehen sowie der Gang zur Toilette an den Kapazitäten der anbietenden Organisation orientieren muss, sondern dass dieser Tagesplan auch für eine längere Zeit Gültigkeit hat.

Um auf das Angebot der Ambulanten Dienste einen größeren Einfluss ausüben zu können, haben in einigen Städten Menschen mit Behinderung selbst entsprechende Dienste aufgebaut. Träger sind in diesen Fällen Selbsthilfevereine, die per Satzung die Mitbestimmung von Menschen mit Behinderung gewährleisten. So gehört es zu den Grundsätzen, dass auf Wunsch eine Pflege und Unterstützung durch Frauen erfolgt, dass die KundInnen einen Einfluss auf die Auswahl der AssistentInnen haben bzw. diese selbst in den Dienst einbringen können, dass häufige Wechsel der Assistenzpersonen vermieden werden und die KundInnen ihre Zeiteinteilung selbst mit den AssistentInnen absprechen können.

Der Vorteil liegt darin, dass durch die Mitbestimmung behinderter Menschen die größtmögliche Berücksichtigung der persönlichen Wünsche der KundInnen gewährleistet wird, ohne dass der verwaltungstechnische Aufwand von ihnen geleistet werden muss. Die Schwierigkeit besteht darin, dass sich vor Ort eine Gruppe von Menschen mit Behinderung finden muss, die den Aufbau eines solchen Angebotes übernimmt.

**Assistenzgenossenschaft**
Die Assistenzgenossenschaft ist mit den oben aufgeführten Diensten mit Stimmrecht vergleichbar. Sie ist ein Zusammenschluss von Menschen mit Behinderung, die einen regelmäßigen Bedarf an Assistenz haben. Darüber hinaus kann sie weiteren UnterstützerInnen offen stehen. Die GenossInnen bestimmen gemeinsam die Art des Assistenzangebotes und geben dessen Realisierung an die Genossenschaft als Ganzes in Auftrag. Idealerweise haben dabei nur GenossInnen mit Assistenzbedarf das uneingeschränkte Stimmrecht. Die Genossenschaft übernimmt alle organisatorischen und verwaltungstechnischen Aufgaben und schafft ein Angebot, das wiederum von den GenossInnen je nach Bedarf genutzt werden kann und in der Regel stundenweise abgerechnet wird.

Der Vorteil liegt darin, dass sich die einzelnen Mitglieder der Genossenschaft nicht um alle Aufgaben selbst kümmern müssen, sondern ein vorhandenes Angebot nutzen können, auf dessen Ausgestaltung sie aber gleichzeitig einen maßgeblichen Einfluss haben.
Die Schwierigkeit besteht darin, dass sich eine entsprechende Anzahl von

Personen nicht nur zusammenfinden, sondern auch auf ein für alle befriedigendes Angebot einigen sowie dessen Verlauf kontrollieren muss.

**Behinderte ArbeitgeberInnen**
Bei diesem Modell sucht sich die Frau mit Behinderung ihre AssistentInnen selbst, stellt sie ein und übernimmt alle Rechte und Pflichten einer Arbeitgeberin. Zu den Rechten gehört die freie Auswahl der AssistentIn, die freie Zeitgestaltung den eigenen Bedürfnissen entsprechend sowie die eigene Arbeitseinteilung. Zu den Pflichten gehören die Beantragung und Abrechnung dem Kostenträger gegenüber, sofern die Leistungen von der Pflegekasse oder dem Sozialamt übernommen werden, die Gehaltsabrechung, die Anleitung der AssistentInnen und organisatorische Arbeiten wie Urlaubsplanung und Vertretungen im Krankheitsfall.

Eine Herausforderung stellt bei dieser Form der Assistenzorganisation die Notwendigkeit der Personalführung und der Lohnkostenabrechnung dar (Letztere kann auch an ein Lohnbüro übergeben werden.).
Der große Vorteil liegt jedoch in der persönlichen Wahlfreiheit der Assistenzkräfte und einer selbstbestimmten, relativ flexiblen Zeiteinteilung, die es erlaubt, das Leben entsprechend den eigenen Vorstellungen zu gestalten.

# Persönliche Assistenz - eine Grundlage selbstbestimmten Lebens für Mädchen und Frauen mit Behinderungen

Birgit Stenger

In diesem Artikel über persönliche Assistenz als eine Grundlage selbstbestimmten Lebens für Mädchen und Frauen mit Behinderungen werde ich zunächst den Begriff „Persönliche Assistenz" erläutern, bevor ich auf die rechtlichen Grundlagen und ihre Auswirkungen auf Assistenz und Pflege eingehe.

**Selbstbestimmtes Leben mit persönlicher Assistenz – Begriffserklärung**

Bundesweit haben engagierte behinderte Menschen versucht, die menschenunwürdige Pflege nach Modulen, sprich „Pflege im Minutentakt", zu verhindern; dies ist uns nicht gelungen.

In Berlin(1) führte unser Protest dazu, dass wir an den Verhandlungen über die Vergütungsvereinbarungen gemäß § 89 SGB XI und § 93 BSHG teilnehmen konnten. Als Ergebnis unserer Bemühungen wurde der Leistungskomplex 32, „Zeitlich umfangreiche Pflegen", in die Vereinbarung nach § 93 Abs. 2 BSHG aufgenommen.

Die Ausführungen zu diesem Leistungskomplex beinhalten unsere Definition der „Persönlichen Assistenz".

Demnach ist Persönliche Assistenz:

die am individuellen Bedarf orientierte Hilfe bei den täglichen Verrichtungen, bestimmt durch die Lebensrealität der auf Assistenz angewiesenen Menschen,

die eine kontinuierliche Arbeitstätigkeit erforderlich macht, deren Ausdifferenzierung in Einzelleistungen nicht sinnvoll ist. Dies insbesondere, weil nicht planbare pflegerische Leistungen in großem Umfang parallel zu anderen Leistungen anfallen.

Die Hilfen sind:

- im Bereich der Pflege
  (Aufstehen, Zubettgehen, Körperpflege, Essenreichen, Toilettengang etc.)
- Hilfen im Haushalt
  (Einkaufen, Kochen, Spülen, Putzen, Wäsche waschen etc.)
- Mobilitätshilfen
  (Begleitung beim Studium*, Begleitung und Unterstützung am Arbeitsplatz*, Vorlesen, Freizeitgestaltung*)
- Kommunikationshilfen
- Anwesenheit für den Fall unvorhergesehener, mitunter gefährlicher Situationen, in denen schnelle und sachkundige Hilfe benötigt werden könnte. Sie dient der eigenständigen Gestaltung des Alltags in der eigenen Wohnung, bzw. in einer selbst gewählten Umgebung ( Raumkompetenz). Erforderlich ist sowohl personelle Kontinuität als auch Flexibilität, die erreicht wird durch Hilfen aus einer Hand**.

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

Entscheidendes Kriterium der persönlichen Assistenz ist das Recht des assistenzbedürftigen Menschen, die Arbeitsbedingungen zu bestimmen. Das sind:

- Personal- und Finanzkompetenz, d.h. wer als AssistentIn angestellt wird/welcher Anbieter gewählt wird
- Organisationskompetenz, d.h. welche Arbeiten verrichtet werden und wann die Arbeiten verrichtet werden
- Anleitungskompetenz, d.h. wie die Arbeiten verrichtet werden

* auch hier fallen pflegerische Dienstleistungen an
**ganzheitlicher Ansatz, d.h. alle während des Einsatzes anfallenden Arbeiten werden von einer Person verrichtet

Als Mitgliedsorganisation (ASL e.V.) des Dachverbandes der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben - ISL e.V. Deutschland definieren wir „selbstbestimmt leben" als Kontrolle über das eigene Leben. Das Recht auf ein selbstbestimmtes Leben basiert auf der Wahlmöglichkeit zwischen akzeptablen Alternativen, welche die Abhängigkeit von den Entscheidungen anderer bei der Bewältigung des Alltags minimieren.

**Modelle persönlicher Assistenz**

> Ich möchte betonen, dass es kein „gutes" oder „schlechtes" Modell persönlicher Assistenz gibt, sondern lediglich ein „passendes" oder „unpassendes". Ob ein Modell „passt", ist abhängig von den jeweiligen Wünschen und Bedürfnissen, aber auch von den Fähigkeiten der assistenzbedürftigen Mädchen und Frauen, die zu uns in die Beratung kommen.

Diese Bedürfnisse und Fähigkeiten verändern sich im Laufe der Zeit. Jedes von mir genutzte Modell persönlicher Assistenz, auch das der „Individuellen Schwerstbehindertenbetreuung" durch Zivildienstleistende, entsprach zu seiner Zeit meinen jeweiligen Bedürfnissen, aber auch meinen Fähigkeiten. Mit 19 wäre ich nicht in der Lage gewesen, die Pflichten einer behinderten Arbeitgeberin zu erfüllen, genau so wenig, wie ich mir heute, mit Mitte 30, vorstellen kann, mit Zivildienstleistenden zusammen zu arbeiten.
Seit zwei Jahren organisiere ich die von mir benötigte persönliche Assistenz als behinderte Arbeitgeberin, d.h. meine Assistenten und Assistentinnen sind direkt bei mir angestellt.(2) Über Anzeigen werbe ich neue Assistenten und Assistentinnen. Nach den Bewerbungsgesprächen muss ich eine Auswahl treffen und die Assistenten, bzw. Assistentinnen, nach meinen Bedürfnissen anlernen. Entsprechend der von mir erarbeiteten und vom Kostenträger bewilligten Kalkulation und in Zusammenarbeit mit einem Steuerbüro erfolgt die monatliche Abrechnung. Die Urlaubsplanung und Organisation von Krankheitsvertretungen gehören ebenso zu meinen Aufgaben wie das Aussprechen von Kündigungen.
Diesen Pflichten einer behinderten Arbeitgeberin steht das uneingeschränkte Recht der Auswahl des Personals gegenüber und dieses Recht, bzw. diese Möglichkeit, wiegt jede noch so unangenehme Aufgabe auf.

**Notwendige Kompetenzen für ein Leben mit persönlicher Assistenz**

In der Beratung ist zunächst zu klären, welches Modell den Bedürfnissen des ratsuchenden Mädchens oder der ratsuchenden Frau entspricht, bevor die entsprechenden Leistungen beantragt werden. Nach der Bewilligung der beantragten Leistungen unterstützen wir die Klientinnen bei der Organisation der persönlichen Assistenz.

**Gemessene und angemessene Zeit**

Vor der Einführung des Pflegeversicherungsgesetzes ging es in den Beratungsgesprächen zunächst darum, den tatsächlichen Assistenzbedarf zu ermitteln, indem ein sog. Pflege- bzw. Assistenzplan aufgestellt wurde, der alle typischerweise im Verlauf eines Tages anfallenden Assistenz- bzw. Hilfeleistungen umfassen sollte. Dies gestaltete sich häufig bereits außerordentlich schwierig. Zum einen ist vielen Klientinnen nicht bewusst, wie viel Assistenz sie benötigen, d.h. in welchen Bereichen sie Assistenz brauchen und wie viel Zeit dafür erforderlich ist. Viele sogenannte „kleine Handreichungen" werden nicht als Assistenz begriffen, z.B. das Reichen eines Getränkes oder eines Buches, das Öffnen oder Schließen der Fenster, das An- und Ausschalten des Lichtes, der Stereoanlage usw. Hinsichtlich der benötigten Zeit können viele assistenzbedürftige Menschen sich nur daran orientieren, wie viel Zeit von den Pflegern und Pflegerinnen oder den pflegenden Angehörigen gebraucht wird. Sie haben sich keine Vorstellung davon machen können, wie lange z.B. das morgendliche Duschen und Anziehen dauern kann, wenn die Assistenten und Assistentinnen nicht unter enormem Zeitdruck stehen, weil sie innerhalb kürzester Zeit mehrere Menschen duschen und anziehen müssen. Oder wie viel Zeit benötigt wird, wenn Körperpflege nicht nur ein notwendiges Übel ist, sondern in einer Art und Weise erfolgt, die ein gutes Körpergefühl entstehen lässt. Zum anderen ist vielen nicht bewusst, wie viel Assistenz sie benötigen würden, wenn sie die Möglichkeiten persönlicher Assistenz tatsächlich ausschöpfen würden. Hiermit ist nicht gemeint, dass wir in der Beratung erst einen Assistenzbedarf geschaffen haben, sondern dass wir die verschütteten Wünsche und Bedürfnisse assistenzbedürftiger Mädchen und Frauen, die in jahrelangen Heimaufenthalten gelernt haben, sich auf das Unerlässliche zu beschränken, freigelegt haben.

**„Wie sag´ ich es meiner Helferin ..."[3]**

Rollenspiele eignen sich hervorragend zur Vermittlung der notwendigen Kompetenzen[4] und im späteren Verlauf auch zur Bearbeitung etwaiger Konflikte mit den Assistenten und Assistentinnen.

Beispiel „Rollenspiel zum Thema Anleitungskompetenz":

Beschreiben Sie Ihrem Assistenten bzw. Ihrer Assistentin die notwendigen Verrichtungen beim Kochen Ihres Lieblingsgerichtes, beim Putzen des Badezimmers, beim Frisieren oder ähnliches so ausführlich, dass er bzw. sie Ihnen entsprechend helfen kann.

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

Wichtig ist hier das Feedback der Assistentinnen. Können sie sich nach dieser Anleitung vorstellen, das Lieblingsgericht zu kochen oder war die Anleitung nicht konkret genug? Konnte die Assistenznehmerin ihnen selbstbewusst(5) in die Augen schauen, ihre Wünsche und Bedürfnisse klar formulieren, oder war sie unsicher und erweckte den Eindruck, dass sie gar nicht weiß, ob sie eventuell zu viel verlangt? Oder versteckt sie ihre Unsicherheit und Angst hinter einer Maske scheinbarer Professionalität, die sich zeigen kann als Arroganz und übertriebene Distanz?
Dieses Rollenspiel zeigt den Klientinnen sehr deutlich, wo ihre Schwächen liegen und dass vielleicht noch ein weiter Weg vor ihnen liegt. Der Erwerb von Anleitungskompetenz ist mühsam und langwierig, aber in Hinblick auf eine erfolgreiche und möglichst stressfreie Zusammenarbeit mit den Assistenten und Assistentinnen unerlässlich. Unerlässlich aber auch vor dem Hintergrund, dass die meisten Klientinnen ihr Leben lang auf persönliche Assistenz angewiesen sein werden. Gelingt es ihnen, diese „Abhängigkeit von persönlicher Assistenz" zu akzeptieren, bzw. zu integrieren, fällt es ihnen häufig leichter, die Mühe des Kompetenzerwerbs auf sich zu nehmen.

Bei Mädchen und Frauen, die nicht von Geburt an behindert und assistenzbedürftig sind, bzw. bei denen die Behinderung fortschreitend ist, können die Auswirkungen der Behinderung und Assistenzbedürftigkeit auf den unterschiedlichen Ebenen erst nach und nach realisiert werden, über die ständige Konfrontation mit dem, was sie nicht mehr können. Akzeptanz der Notwendigkeit von persönlicher Assistenz bedeutet auch hier u.a. den Erwerb von Anleitungskompetenz, das heißt, der Fähigkeit, die eigenen Wünsche und Bedürfnisse zu äußern und die Assistenten bzw. Assistentinnen entsprechend anzuleiten. Ein Ziel der Anleitung kann es sein, dass die Assistenten bzw. Assistentinnen lernen, eigenständig zu arbeiten, z.B. im Bereich hauswirtschaftliche Versorgungen; hierbei kann es jedoch sehr schnell zu Grenzüberschreitungen kommen.
Die Definition der Grenzen ist auf beiden Seiten eine der schwierigsten Aufgaben. Wie viel Distanz ist notwendig, um den Dienstleistungscharakter zu wahren? Wie viel Nähe ist notwendig, um der Tatsache, dass hier zwei Menschen mit Gefühlen, manchmal guter, manchmal schlechter Laune miteinander arbeiten, gerecht zu werden? Jede Frau muss diese Fragen entsprechend ihrer jeweiligen Situation beantworten. Persönliche Assistenz wird, insbesondere von den Kostenträgern, nicht selbstverständlich als zu bezahlende Arbeit begriffen. Aus diesem Grunde steht für viele Frauen die Anerkennung des Dienstleistungscharakters im Vordergrund.
Dieser Aspekt kann sich gerade auch in der Partnerschaft als ausgesprochen problematisch erweisen. Häufig werden bezahlte Kräfte von den Partnern bzw. Partnerinnen abgelehnt: weil sie sich durch die Anwesenheit des Assistenten bzw. der Assistentin zu sehr gestört und beeinträchtigt fühlen oder weil sie die notwendige Hilfe bzw. Pflege lieber selbst übernehmen. Gerade die Verknüpfung von partnerschaftlicher und Assistenzbeziehung erscheint mir sehr problematisch. Einigen assistenzbedürftigen Frauen gelingt diese Verknüpfung, bei den meisten bedeutet es jedoch eine enorme Einschränkung ihrer tatsächlichen Selbstbestimmung, da sie die Wünsche und Bedürfnisse der Partner und Partnerinnen berücksichtigen wollen, in Verbindung mit dem Gefühl, zu Dankbarkeit verpflichtet zu sein.

**Rechtliche Grundlagen und ihre Auswirkung auf Assistenz und Pflege**

**Anerkennung des Bedarfs**

Als aktuelle Rechtsgrundlagen der persönlichen Assistenz gelten vorrangig die Regelungen des Pflegeversicherungsgesetzes, des Sozialgesetzbuches (SGB) XI; dieses sieht in § 3 den Vorrang häuslicher Pflege vor. Zusammen mit § 2 I SGB XI sind dabei die Hilfen so auszurichten, dass Pflegebedürftige „ein möglichst selbstständiges und selbstbestimmtes Leben" führen können(6). Auch das Benachteiligungsverbot in Art. 3 III GG in Verbindung mit der staatlichen Verpflichtung zum Schutze der Menschenwürde in Art. 1 I GG, sowie der freien Entfaltung der Persönlichkeit in Art. 2 I GG lassen von ihrem Wortlaut her eine wesentliche Einschränkung der Lebensmöglichkeiten und Selbstbestimmung Behinderter nicht zu.
Die rechtliche Grundlage für eine dramatische Einschränkung des Rechts auf ein selbstbestimmtes Leben wurde jedoch mit dem Gesetz zur Reform des Sozialhilferechts vom 23. Juli 1996, mit dem der § 3a BSHG geändert wurde, geschaffen. Dieser Paragraph bekräftigt prinzipiell den Vorrang der offenen Hilfe außerhalb von Anstalten oder Heimen, schränkt ihn jedoch im nächsten Satz weitreichend ein: „Dies gilt nicht, wenn eine geeignete stationäre Hilfe zumutbar und eine ambulante Hilfe mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden ist." Was geeignet und zumutbar oder unverhältnismäßig teuer ist, entscheiden dabei die Kostenträger oder, im Streitfall, die Gerichte. Die Bundesregierung verfolgte mit der „... Änderung des BSHG von Anfang an das Ziel, die Sozialhilfekosten zu senken".(7)

Seit dem 01. April 1995 müssen Leistungen der ambulanten Pflege vorrangig nach dem SGB XI, dem Pflegeversicherungsgesetz, beantragt werden. Im Rahmen dieses Gesetzes wurde die Pflegebedürftigkeit neu definiert.
Nach § 14 SGB XI sind nur diejenigen pflegebedürftig und damit anspruchsberechtigt, „... die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen." Dabei sind sowohl die Verrichtungen (unterteilt in 21 Tätigkeiten aus Hauswirtschaft und Pflege, wie duschen, kämmen, einkaufen), bei denen ein Hilfebedarf bestehen muss, sowie der tägliche zeitliche Mindestaufwand genau vorgegeben. „Nur ein Bedarf an Hilfe und Unterstützung bei den im Gesetz abschließend genannten Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens wird für die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit herangezogen. Es kommt also nicht auf einen allgemeinen Hilfebedarf oder auf landläufige Vorstellungen von Pflegebedürftigkeit an, sondern nur auf die Frage, ob bei den einzelnen im Gesetz genannten 21 Verrichtungen Hilfe benötigt wird oder nicht. Ein Bedarf an Hilfen bei anderen, im Gesetz nicht genannten Verrichtungen, ist für die Feststellung der Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI nicht von Bedeutung"(8). In dieser Aufzählung wird die z.B. Monatshygiene nicht berücksichtigt.
Allein die Tatsache, bei einigen oder allen der 21 Verrichtungen Hilfe zu benötigen, reicht jedoch auch noch nicht aus, um im Rahmen der Pflegeversicherung finanzielle Unterstützung zu erhalten. Vielmehr ist in § 15 Abs. 3 SGB XI auch der zeitliche Mindestumfang der Hilfe (unterteilt in ebendiese 21 hauswirtschaftliche und pflegerische Tätigkeiten) genau festgelegt. Dieser zeitliche Umfang bestimmt die Ablehnung oder Anerkennung der Pflegebedürftigkeit , sowie bei einer Anerkennung die Zuordnung in eine der drei im Gesetz genannten Pflegestufen. So muss z.B. der Zeitaufwand für die Grund-

pflege und die hauswirtschaftliche Versorgung „... wöchentlich im Tagesdurchschnitt in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen. Hierbei müssen auf die Grundpflege (also die Verrichtungen der Körperpflege, der Ernährung und der Mobilität) mehr als 45 Minuten entfallen".(9) Diese Regelung führt häufig zu folgender Situation: Die Klientin benötigt Assistenz im Bereich hauswirtschaftliche Versorgung, aber nicht im Bereich Körperpflege, d.h., sie ist im Sinne des Pflegeversicherungs-Gesetzes nicht pflegebedürftig und somit nicht anspruchsberechtigt. Verfügt sie nicht über die finanziellen Mittel, die existentiell notwendige Assistenz im Bereich hauswirtschaftliche Versorgung selbst zu bezahlen, müsste sie Hilfe zur Pflege nach §§ 68 ff BSHG beantragen, wäre somit auf Sozialhilfeleistungen angewiesen.
Hinzu kommt, dass selbst die finanzielle Unterstützung durch die Pflegeversicherung geplantermaßen lediglich ungefähr die Hälfte der Kosten abdeckt. In der Realität heißt das: Um zum Beispiel in Pflegestufe I zu gelangen, muss ich einen durchschnittlichen täglichen Hilfebedarf von 90 Minuten nachweisen, um dann für lediglich 40 Minuten finanzielle Unterstützung zu erhalten. Tatsächlich ist es so, dass der überwiegende Teil der Klientinnen auf ergänzende Hilfe zur Pflege gemäß §§ 68,69 BSHG angewiesen ist. Gerade dies sollte, den Aussagen der Bundesregierung zufolge, jedoch mit der Einführung des SGB XI verhindert werden. Wen wundert es, dass sich die Sozialhilfeträger sehr gerne auf diese Aussage berufen, und sich für nicht zuständig erklären, der Anspruch auf Hilfe nach dem BSHG also immer schwieriger durchzusetzen ist.
Zudem sind derart absurde Regelungen in der Beratung kaum zu vermitteln.

**Zeitvorgaben**
Des weiteren erfolgte mit diesem Gesetz die Einführung eines neuen Vergütungssystems nach Leistungskomplexen, den sogenannten Modulen. Bis dahin rechneten die Ambulanten Dienste ihre Leistungen nach dem individuellen zeitlichen Bedarf ab. Bei der Abrechnung nach Modulen, z.B. die sogenannte große Morgentoilette, Hilfe bei Ausscheidungen, Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, spielt der Zeitfaktor angeblich keine Rolle mehr. Jede/r, die/der die Stundensätze der Ambulanten Dienste kennt, kann jedoch ausrechnen, wie viel Zeitaufwand das jeweilige Modul maximal beinhalten darf.
Ein Beispiel aus Baden-Württemberg: Die Pflegestunde durch eine Fachpflegekraft kostet 51 DM, das Modul große Körperpflege 38,75 DM. Also darf die große Körperpflege maximal 45 Minuten dauern ..."(10)

**Essen, Trinken, Fernsehen, Schlafen**

**Das Bild vom Lebensinhalt behinderter Menschen**
Die Fähigkeit zum eigenverantwortlichen Handeln wird assistenzbedürftigen Menschen sehr oft abgesprochen, insbesondere wenn sie seit vielen Jahre in einer Einrichtung leben. Besonders entwürdigend ist die Tatsache, dass die Kostenträger sich häufig gar nicht bewusst sind, welche Einschränkung der Lebensgestaltung eine Heimunterbringung bedeutet, weil sie sich nicht vorstellen können, dass trotz hohem Assistenzbedarf noch vielfältige Möglichkeiten der Lebensgestaltung bestehen. Auf Seiten der Kostenträger besteht in der Regel auch keine Bereitschaft, sich diese Möglichkeiten vorzustellen, selbst wenn die Klientinnen ihnen ihre Vorstellungen von einem selbstbestimmten Leben schildern, das aus mehr besteht, als essen, trinken, fernsehen und schlafen.

Persönliche Assistenz, die den tatsächlichen Bedürfnissen der assistenzbedürftigen Menschen entspricht, scheint nur noch klageweise durchsetzbar. Jedoch besteht keine Gewähr, auf diesem Weg zu seinem Recht zu kommen.

**Richterliche Urteile**
Es gibt Entscheidungen, die dem Gleichberechtigungsgedanken des Grundgesetzes Rechnung tragen, wie z.B. die Entscheidung des Oberverwaltungsgerichtes Lüneburg vom 28. August 1996 (11). Hier formuliert das Gericht als Leitsatz:

„Einem Pflegebedürftigen ist auf seinen Wunsch ambulante Hilfe zu gewähren, wenn ihm unter angemessener Berücksichtigung der persönlichen, familiären und örtlichen Umständen nicht zuzumuten ist, die bisher gewährte stationäre Hilfe weiter in Anspruch zu nehmen; in diesem Fall ist die Erfüllung des Wunsches nicht dadurch ausgeschlossen, dass die ambulante Hilfe mit unverhältnismäßigen Kosten verbunden ist." Weiter führt das Gericht in seiner Begründung aus: „Dem Kläger ist vor allem aus persönlichen Gründen nicht zuzumuten, weiter stationäre Hilfe in Anspruch zu nehmen: Er ist jetzt 29 Jahre alt, lebt seit seinem 14. Lebensjahr im Annastift ... Unter diesen besonderen Umständen des Einzelfalles hat ... sein Wunsch, als erwachsener Mensch erstmals eine eigene Wohnung beziehen und sein Leben, soweit es seine schwere Krankheit zulässt, selbstständig und eigenverantwortlich gestalten zu können, besonderes Gewicht. Der Erfüllung seines Wunsches steht nicht entgegen, dass er ‚rund um die Uhr' auf fremde Hilfe angewiesen ist. Trotz dieses außergewöhnlichen Umfangs seiner Pflegebedürftigkeit bleiben ihm vielfältige Möglichkeiten, in einer eigenen Wohnung und von ihr aus den Tagesablauf eigenständig zu planen und zu gestalten als dann, wenn er in die Ordnung einer Einrichtung eingebunden ist, und Aktivitäten zu entfalten, z.B. Freunde und Veranstaltungen zu besuchen oder Ausflüge zu unternehmen. Ist ihm somit nicht zuzumuten, gegen seinen Willen weiter in der Einrichtung zu bleiben, kommt es auf die Höhe der Mehrkosten der ambulanten Hilfe im Einzelnen nicht an."

Diese Urteilsbegründung berücksichtigt meines Erachtens alle relevanten Aspekte, die sonst von den Kostenträgern ignoriert werden. Zum Beispiel die Tatsache, dass es sich bei unseren Klientinnen um „erwachsene Menschen" handelt, die auch so behandelt, d.h. in ihren Wünschen und Bedürfnissen geachtet und respektiert werden wollen, und die ihr Leben selbstständig und eigenverantwortlich gestalten wollen.

Häufig jedoch sind die Urteile von der oben beschriebenen Ignoranz und dem Kostenfaktor geprägt. D.h. assistenzbedürftigen Menschen wird nur dann das Recht auf ein selbstbestimmtes Leben mit persönlicher Assistenz gewährt, wenn die Kosten der Assistenz niedriger sind als die Kosten für eine Unterbringung im Heim.
Für assistenzbedürftige Menschen stellen solche Entscheidungen eine massive Diskriminierung und Verletzung ihrer Menschenwürde dar, und sie nehmen vielen die Hoffnung auf ein selbstbestimmtes Leben außerhalb von Einrichtungen.

Dieses Gefühl von Hoffnungslosigkeit wird auch in den Beratungen immer spürbarer, und nicht nur auf der Seite der Klientinnen. Dem steht jedoch der unbedingte Wille der Klientinnen und Beraterinnen gegenüber, auf der indivi-

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

duellen, aber auch auf der gesamtgesellschaftlichen politischen Ebene für ein selbstbestimmtes Leben jedes assistenzbedürftigen Mädchens und jeder assistenzbedürftigen Frau zu kämpfen.

So frustrierend dieser Kampf geworden ist, so befriedigend ist die Arbeit mit den Klientinnen, ihren Entwicklungs- und Wachstumsprozess beobachten zu können und mitzuerleben, wie sie lernen, mit persönlicher Assistenz ihr Leben tatsächlich selbstbestimmt zu gestalten.
Wir als Beraterinnen können sie dabei aktiv unterstützen, indem wir behinderte Frauen über ihre Rechte aufklären und sie bei deren Durchsetzung begleiten und unterstützen.

# Behinderung und Sucht

Barbara Poge

Für Beraterinnen, die selten mit dem Thema Suchtmittelmissbrauch/Abhängigkeit zu tun haben, ist es oftmals schwer einzuschätzen, ab wann z.B. aus dem Genussmittel Alkohol über den Missbrauch eine Abhängigkeit entstehen kann.
Deshalb vorweg eine rein theoretische Betrachtung der Begrifflichkeiten.

**Sucht – Was können wir darunter verstehen?**
„Sucht äußert sich meist als Giftsucht (Toxikomanie). Diese ist immer von Intoxikation (Vergiftung) begleitet. Demnach ist bei stoffgebundenen Suchtformen immer nach drei Komponenten zu fragen:

1. nach der individuellen Grundstörung, die eine Suchtentwicklung einleitete, hier denken wir z.B. an chronische Schmerzzustände oder an bestimmte Konfliktsituationen
2. nach den psychopathologischen Folgen der Suchtmitteleinnahme, hier denken wir insbesondere an toxisch bedingte Veränderungen der Kritikfähigkeit oder des Gedächtnisses
3. nach dem Grad der Suchthaltung dem Leben gegenüber, also der Süchtigkeit, die eine psychologische Eigengesetzlichkeit besitzt und stoffunabhängig ist ...

Sucht ist in erster Linie ein psychisches Problem, mit in der Regel bald auftretenden sekundären, körperlichen und sozialen Folgen. Sucht ist gekennzeichnet durch einen eigengesetzlichen Ablauf und durch den fortschreitenden Verlust freier Handlungsfähigkeit und Kontrolle über das eigene Verhalten.

Sucht liegt dann vor, wenn eine prozesshafte Abfolge in sich gebundener Handlungen kritisch geprüfte, sorgfältige und folgerichtig gesteuerte Handlungsabläufe ersetzt. ***Sucht ist stets Krankheit***."(1)

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat Sucht 1957 folgendermaßen definiert: Sucht ist „... ein Zustand periodischer oder chronischer Vergiftung, hervorgerufen durch den wiederholten Gebrauch einer natürlichen oder synthetischen Droge und gekennzeichnet durch 4 Kriterien:

1. ein unbezwingbares Verlangen zur Einnahme und Beschaffung des Mittels
2. eine Tendenz zur Dosissteigerung (Toleranzerhöhung)
3. die psychische und meist auch physische Abhängigkeit von der Wirkung der Droge
4. die Schädlichkeit für den einzelnen und/oder die Gesellschaft"(2)

Nach der Definition der WHO gilt jede Substanz als Droge, die in einem lebenden Organismus Funktionen zu verändern mag.
Dieser erweiterte Drogenbegriff erfasst nicht nur Cannabisprodukte, Halluzinogene, Stimulantien, Schnüffelstoffe, Schlaf- und Beruhigungsmittel, Alkohol, Tabakerzeugnisse, Schmerzmittel, Opiate, und Kokain(3). Er bezieht sich auch auf die sogenannten Alltagsdrogen (Kaffee, Tee) und zieht keine scharfe Trennung zwischen Drogenereignis und Genuss- und „Lebens"-mittel andererseits.

Die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e. V. (DHS) schätzt(4), dass es in Deutschland aktuell

ca. 2,5 Mill. alkoholkranke Menschen
ca. 1,4 Mill. medikamentenabhängige Menschen
ca. 150 000 von harten Drogen abhängige Menschen
ca. 300 000 KonsumentInnen von Amphetaminen(5)
ca. 2,0 Mill. KonsumentInnen von Cannabis
ca. 8-9 Mill. RaucherInnen

gibt, die behandlungsbedürftig krank sind. Hinzu kommt die hohe Dunkelziffer der Anzahl von MissbräuchlerInnen sowie von Angehörigen abhängiger KonsumentInnen, die entweder selbst abhängig werden oder unter hoher psychischer Belastung stehen. Seriöse Angaben über den Umfang des pathologischen Spielverhaltens und der Essstörung mit Suchtcharakter lassen sich nicht machen.

**Wo gibt es Hilfe?**
In der BRD gibt es laut Auskunft der DHS(6) 1.219 ambulante Behandlungs- u. Beratungsstellen für suchtkranke Menschen. 800 geben an, sich um alle abhängigen Menschen zu kümmern, unabhängig von der Art der jeweiligen Suchtmittel. Etwa 125 Stellen betreuen ausschließlich KonsumentInnen illegaler Drogen.

Insbesondere in den Ballungsgebieten wurde ein breites Spektrum von Hilfen geschaffen. Hierzu gehören niedrigschwellige Angebote, Kontaktläden, betreutes Wohnen, Beratung und Behandlung, vereinzelt Konsumräume, qualifizierte Entgiftung, Adaptions- und Nachsorgeangebote.

Bei der stationären Therapie hat sich ebenfalls ein eigenständiges Hilfssystem herausgebildet, das sich um Personen, die von illegalen Drogen abhängig sind, kümmert. So gibt es in Deutschland 5.230 Plätze für die stationäre Entwöhnung von drogenabhängigen Menschen. Von den dort behandelten Personen ist der überwiegende Teil heroinabhängig(7).
Basierend auf Angaben der Bundesregierung(8) gibt es in Deutschland 11.300 stationäre Therapieplätze für Menschen, die von Alkohol und Medikamenten abhängig sind. Es existieren 2.930 Plätze für eine qualifizierte Entgiftung in 165 Einrichtungen. Neben den Suchtberatungsstellen können alle anderen existierenden Kontakt- und Beratungsstellen erster Anlaufpunkt in den Städten und Gemeinden sein. Hier werden oftmals über die Sozialpsychiatrischen Dienste suchtspezifische Angebote der Region empfohlen.
Einen großen Anteil an der Betreuung suchtkranker Menschen nehmen die zahlreichen Selbsthilfegruppen und -vereine ein. Ihre niedrigschwelligen Angebote sind oftmals erster Anlaufpunkt und für einige Betroffene die einzige Alternative auf dem Weg zum suchtmittelfreien Leben (z.B. Anonyme Alkoholiker, Synanon(9)).

Allerdings muss oftmals im Vorfeld abgeklärt werden, inwieweit die entsprechenden Angebote barrierefrei und somit für Menschen mit Behinderung nutzbar sind. Barrierefreiheit ist auch hier keine Selbstverständlichkeit.

**Frauen und Sucht**
Frauen können im Rahmen einer weiblichen Sozialisation, in deren Verlauf die Aneignung bestimmter Lebenskompetenzen behindert wird, eine Suchtgefährdung entwickeln. Das Erleben sexueller, physischer und/oder psychischer Gewalt – in der Regel von der Kindheit bis in die Gegenwart hinein reichend – lässt das Suchtmittel als „Überlebensmittel" agieren.
Spezifisch weibliche Konsum- und Missbrauchsformen – insbesondere das höhere Vorkommen von Medikamentenabhängigkeit (siehe auch „Psychische Behinderungen") und Essstörungen bei Frauen – werden mit der Geschlechtsspezifik, der Geschlechtsrolle oder mit „weiblichen Bewusstseinsstrukturen" (nicht auffallen zu wollen bzw. zu dürfen, nicht aggressiv zu sein) erklärt.(10)
Männer haben zum Teil andere Möglichkeiten, „Dampf abzulassen". Aggressives Verhalten ist bei ihnen gesellschaftlich toleriert bis anerkannt. Auch betrunkene Männer werden völlig anders wahrgenommen als betrunkene Frauen.

Frauen mit Behinderung entwickeln auf Grund ihrer eigenen, ganz spezifischen Geschlechtsidentität unterschiedliche Konfliktlösungsstrategien. Sie stehen der gesellschaftlichen Rollenerwartung gegenüber, die mit einer negativen Besetzung von Krankheit und Behinderung korrespondiert. „Frau" hat zu sein, wie es die moderne Gesellschaft verlangt: jung, attraktiv, flexibel, sportlich, gesund und belastbar.

Da haben „Anders-Sein" oder gar „Behindert-Sein" einen schweren Stand in der Betrachtung/Wertung der Mitmenschen. Auf Grund mangelnder Auseinandersetzung mit den eigenen organisch-psychologischen Veränderungen, mit den unsichtbaren und sichtbaren Behinderungen und Einschränkungen, sowie bei einem mangelhaft ausgebildeten Selbstwertgefühl bieten sich Hilfsmittel wie z.B. Alkohol oder Medikamente als Problemlöser an. Die oftmals chronische Erkrankungen bzw. Behinderungen begleitenden Schmerzzustände, depressiven Verstimmungen oder sozialen Ausgrenzungen sind fördernde Elemente dieses Prozesses.
Auch muss bedacht werden, dass Suchtverhalten einen Versuch der Krisenbe-

wältigung darstellt. Dieser führt zwar bekanntermaßen nicht zu einer Verringerung der Probleme, scheint oft aber mangels anderer Handlungsperspektiven der „einzige Ausweg" zu sein.
Im Mittelpunkt der folgenden Ausführungen steht daher die Betrachtung des Versuchs, gemeinsam mit der ratsuchenden Frau eine für sie adäquate Problemlösungsstrategie zu entwickeln.

**Was heißt das für die Beratung suchtkranker Frauen mit Behinderung?**

Beraterin und Ratsuchende kommen zu einem Zeitpunkt zueinander, wo bei der vermutlich suchtkranken Frau der persönliche Leidensdruck am stärksten ausgeprägt ist. Dies äußert sich häufig durch eine depressive Grundstimmung der Betroffenen, verbunden mit großen Schuldgefühlen der Familie gegenüber und teilweise auch suizidalen Gedanken. Hier sind behutsames Nachfragen und eine empathische Grundhaltung der Beraterin besonders wichtig. Das Erstgespräch stellt oftmals die Weichen für eine eventuell langfristige Begleitung der suchtkranken Frau. *Suchtarbeit ist auch gleichzeitig Beziehungsarbeit!*

> Zu Beginn muss eingeschätzt werden, ob eine akute Notfallsituation – physischer oder psychischer Natur – vorliegt. Falls dies zutrifft, muss eventuell die Vermittlung zu spezialisierten SuchttherapeutInnen, FachärztInnen oder PsychotherapeutInnen angeregt werden.

Oftmals ist den betroffenen Frauen ihr Suchtproblem nicht bewusst. Jahrelanger Missbrauch von Medikamenten, Alkohol oder anderen Suchtmitteln verschleiern die darunter verborgenen physischen und psychischen Probleme der Frauen. Die Auseinandersetzung mit der eigenen Behinderung hat oft noch nicht stattgefunden. Hier kann die Beraterin auf Grund ihrer eigenen Krankheitsbewältigung die Chance nutzen, im Rahmen dieser „Solidargemeinschaft" glaubhafte Anstöße und Anregungen für die Bewältigung der jeweiligen Problemlage zu geben.
Das Beratungsziel im Hinblick auf das Suchtverhalten sollte die Motivierung der betroffenen Frau zu einer fachgerechten Diagnostik und Entgiftung in einer Beratungs-, Behandlungsstelle bzw. Klinik einschließlich der folgenden Nachsorge sein. Hierbei nimmt die Erstberatung eine entscheidende Stellung in diesem Prozess ein. Die Beraterin sollte weiterhin die ratsuchende Frau langfristig begleiten, Gesprächsangebote offen lassen, eventuell Besuche ins Krankenhaus oder die Nachsorgeeinrichtung (Entwöhnungsbehandlung) organisieren und bei Rückfällen stets Ansprechpartnerin bleiben. Hierbei ist zu beachten, dass erfolgreiche therapeutische Maßnahmen bei suchtkranken Frauen eher familienorientiert als individuumzentriert sind. Das zieht die Einbindung der Familienangehörigen in das Betreuungsangebot mit ein. Unterstützung bekommt die Beraterin durch das öffentliche Suchthilfesystem, durch Selbsthilfegruppen und -vereine. Hier sollten gemeinsam mit der betroffenen Frau Kontakte geknüpft werden. Die Nutzung vorhandener sozialer Netzwerke ist für das Gelingen eines selbstorganisierten Ausstiegs aus der Sucht notwendig.

Die Beratung sollte als emanzipatorischer Prozess angesehen werden, der auf die Wiedererlangung der Autonomie der Ratsuchenden angelegt ist. Deshalb ist die Wahrnehmung und Mobilisierung vorhandener Stärken und Energien süchtiger Frauen durch die Beraterin besonders wichtig (Hilfe zur Selbsthilfe).

Die Beratung sollte als emanzipatorischer Prozess angesehen werden, der auf die Wiedererlangung der Autonomie der Ratsuchenden angelegt ist. Deshalb ist die Wahrnehmung und Mobilisierung vorhandener Stärken und Energien süchtiger Frauen durch die Beraterin besonders wichtig (Hilfe zur Selbsthilfe).

Im Mittelpunkt der Auseinandersetzung mit den betroffenen Frauen im Rahmen eines Beratungsangebotes steht:

- das Infragestellen der aktuellen Beziehungsmuster
- das Erkennen von Anpassungs- und Abhängigkeitsverhältnissen und damit zusammenhängenden Problemstellungen
- Förderung von Selbstbestimmung und Selbstachtung; Erarbeitung eines positiven Körperbildes
- Entwicklung neuer Lebensperspektiven

Während des gesamten Beratungsprozesses stößt die Beraterin immer wieder auf *ihre eigenen vorhandenen Suchtanteile* und muss sich phasenweise mit der längst schon abgeschlossen geglaubten eigenen Krankheits-, Behinderungsbewältigung auseinandersetzen.

Hilfreich sind in diesem Prozess Supervisionsangebote und Bera-tungen innerhalb des eigenen Teams. Die Begleitung suchtkranker Frauen erfordert ein hohes Maß an „Sich-einlassen-können", wird durch viele Rückschläge/Rückfälle belastet und macht es dringend erforderlich, mit einem multiprofessionellen Team in der Region zusammenzuarbeiten.

**Die konkrete Beratungssituation – ein mögliches Beispiel**

Renate Berger(11) ist durch eine fortschreitende Erkrankung behindert und leidet seit Jahren an chronischen Schmerzen. Sie wendet sich an eine Beratungsstelle für behinderte Frauen, da es ihr zunehmend physisch und psychisch schlechter geht. Ihr behandelnder Arzt vertritt die Auffassung, dass sie mit den verordneten Medikamenten ausreichend „versorgt" ist. Sie hat nicht widersprochen.

Wir müssen wissen:
Medikamente sind synthetische oder natürliche Stoffe, mit denen die Beschaffenheit, der Zustand oder die Funktion des menschlichen Körpers bzw. seelische Zustände im heilenden Sinne beeinflusst werden können. Wer Medikamente zwanghaft und fortgesetzt ihrer *seelischen Wirkung* wegen einnimmt, ist abhängig. Oft wird das (spätere) Suchtmittel während einer ärztlichen Behandlung kennengelernt und die Einnahme erscheint auch bei selbstständiger Fortsetzung „legitimiert".

Eigenmächtige Dosisänderungen und Kombinationen mit frei verkäuflichen Arzneimitteln (z.B. Schmerz- oder Beruhigungsmitteln) bergen eine große Gefahr gerade für chronisch kranke Menschen (Politoxikomanie[12]).
Medikamentenmissbrauch und -abhängigkeit bleiben in der Regel lange unbekannt – bei den Betroffenen selbst oder bei den behandelnden ÄrztInnen.

Aber kommen wir zurück in die Beratungssituation mit Frau Berger. Der Beraterin fällt auf, dass es Frau Berger schwerfällt, über ihre fortschreitenden Behinderungen zu sprechen. Im Laufe des Gespräches solidarisiert sie sich zunehmend mit dem Bericht der behinderten Frau, da sie ähnliche Erfahrungen und Auseinandersetzungen mit der eigenen Behinderung gemacht hat (Hier ist eine Gegenübertragungsanalyse wichtig.).
Frau Berger schildert eindrucksvoll ihren Kampf, um ihre ständigen Schmerzzustände in den Griff zu bekommen. Nach außen lässt sie sich nichts anmerken. Sie möchte ihre Familie nicht belasten und „funktioniert" trotz ihrer Beschwerden seit Jahren. Hilfe von ihrer Familie lehnt sie stets ab. Da schluckt sie schon hin und wieder etwas mehr von den Schmerz- und Entspannungsmitteln. Nur wirken die nicht mehr so schnell und anhaltend, so dass sie an manchen Tagen fast das Doppelte der normalen Dosis zu sich nehmen muss (Toleranzerhöhung). Sie ist froh, dass ihre Hausärztin zusätzliche Rezepte für diese Medikamente ausstellt, da der Facharzt es ablehnt, noch mehr aufzuschreiben. Manchmal hat sie direkt Panikzustände, wenn sie merkt, dass die Tabletten nicht für die nächsten Tage ausreichen, obwohl sie nicht immer Schmerzen hat. Dann greift sie abends hin und wieder zu einer Flasche Wein, eingebettet in ein schönes Abendbrot für ihre Familie, so dass ihr Alkoholkonsum nicht weiter auffällt.
In den letzten Monaten bekommt sie nichts mehr auf die Reihe. Ihre Stimmung wechselt ständig, Ängste werden immer größer, sie hat zu nichts mehr Lust und manchmal möchte sie ganz einfach verschwinden ...
Die Beraterin steigt jetzt behutsam in das Gespräch ein und zeigt ihre Betroffenheit über das soeben Gehörte. Sie lässt sich auf die Gefühle von Frau Berger ein und spricht deren Ängste an. Sie bietet eine Plattform, wo diese Ängste auch gemeinsam ausgehalten werden können, statt sie möglichst schnell unter Kontrolle bringen zu wollen oder zu müssen.
Wenn es um das Aushalten einer nicht heilbaren Krankheit oder Behinderung geht, ist es nicht immer einfach, mit sich und seinem Leben noch einverstanden zu sein. Diese Erfahrung haben beide – Ratsuchende und Beraterin – machen müssen, sie ist ein guter Ausgangspunkt für die noch folgenden Gespräche.
Die Beraterin spricht nach mehreren ausführlichen Terminen den Verdacht aus, dass Frau Berger eventuell medikamentenabhängig geworden ist – was sich aus der jahrelangen Selbstmedikation schließen lässt. Hinzu kommt der gelegentliche Alkoholmissbrauch, um sich zu beruhigen und sich wohl zu fühlen. Frau Berger ist entsetzt und bagatellisiert nun ihre Problematik. Gemeinsam mit der Beraterin analysiert sie aber im nachfolgenden Gespräch noch einmal die Entwicklung ihrer Einnahmegewohnheiten bis hin zur genaueren Familiensituation.
Die Beraterin spricht mit ihr über eventuelle konkrete Hilfen. Die Vorstellung, in eine spezielle Schmerzambulanz in der nahegelegenen Landeshauptstadt zu gehen, will sich Frau Berger bis zum nächsten Gesprächstermin überlegen. Hier würde sie nach einer ausführlichen Schmerzdiagnostik und einer individuellen medikamentösen Schmerztherapie zusätzlich über alternative Schmerzbewältigungsstrategien informiert werden (z.B. Biofeedback, Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung nach Jacobson).

Ein eventuell notwendiger Medikamentenentzug könnte unter fachärztlicher Aufsicht durchgeführt werden. Die Beraterin bietet ihr ebenfalls als Begleitung die Teilnahme an einer Frauengruppe an, die sich wöchentlich in der Beratungsstelle trifft. Hier wäre Frau Berger mit ihrer Problematik nicht allein.
Bei der Verabschiedung gibt die Beraterin Frau Berger noch mit auf den Weg, dass sie auch ohne konkrete Entscheidung beim nächsten Termin willkommen ist.
Zum nächsten Gesprächstermin erscheint Frau Berger jedoch nicht. Die Beraterin macht sich Vorwürfe, ob sie Frau Berger im letzten Gespräch überfordert hat und tauscht sich mit ihren Kolleginnen darüber aus. Im Laufe der Diskussion wird sie sich zunehmend ihrer eigenen Grenzen bewusst und kann so die Entscheidung von Frau Berger erst einmal akzeptieren. Sie beschließt, nach 14 Tagen einen kurzen Brief an Frau Berger zu schicken, um ihr ein erneutes Gesprächsangebot zu unterbreiten. Mehr kann sie nicht tun ...

Sucht ist neben dem gesellschaftlichen auch immer ein individuelles Problem.
Die individuelle Biographie süchtiger Menschen steht im Vordergrund aller Betrachtungen, so dass es keine einheitliche Herangehensweise geben kann. Elemente der Verhaltenstherapie korrespondieren mit psychoanalytisch-interaktioneller Methodik, ebenso kann der familientherapeutische Ansatz eine notwendige Ergänzung sein.
In der Bewältigung der aktuellen Suchtproblematik steht an erster Stelle, verstärkt am Hier und Heute zu arbeiten. Hilfreich sind hierbei die frauenspezifischen Suchthilfeangebote – in Form von Frauengruppen, Beraterinnen und Therapeutinnen – um Probleme wie sexuellen Missbrauch, Gewalterfahrungen, Beziehungsprobleme mit Mann oder Kind in einem geeigneten Setting bearbeiten zu können.
In Zusammenarbeit mit dem bestehenden Suchthilfesystem lassen sich individuelle Hilfsmaßnahmen abstimmen.
Ausschlaggebend ist auch hier, dass die ratsuchende Frau Hilfsangebote überhaupt annimmt. Deshalb nimmt die Motivierungsphase einen entscheidenden Anteil im Gesundungsprozess ein. Der Bogen schließt sich nach erfolgreicher Entgiftungs- und Entwöhnungsphase (ob stationär oder ambulant) in der Nachsorge. Die Einbeziehung der Familie in diesen Prozess wäre förderlich, gestaltet sich aber in der Praxis oft recht schwierig.
Für die Beraterin ist es unabdingbar, bei der Konfrontation mit suchtkranken Frauen ihre Einstellung zu Sucht und Abhängigkeit zu überprüfen. Nicht jede akzeptiert den Krankheitscharakter, oft wird psychische und physische Abhängigkeit mit moralischen Wertigkeiten belegt. Hier hilft eine ehrliche Auseinandersetzung im Rahmen einer Supervision, um sich darüber klar zu werden, ob eine weitere Zusammenarbeit mit suchtkranken Frauen angebracht ist.

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

# Suizid/Suizidversuch

Petra Stephan

*„Peter hat seine Suche abgebrochen.*
*Bei dem Versuch sich zu ändern hat er sich verloren und es ist traurig, dass es niemanden gab, der ihn hätte halten können.*
*Es war sein Schicksal, anders zu sein und er hatte die Kraft, sich nicht anzupassen, sein Anderssein zu leben, auch wenn kaum jemand verstehen konnte, was das für ihn bedeutete.*
*Seine Persönlichkeit war verschlossen und verschlüsselt und keiner hat erkannt, dass er fiel.*
*Es ist traurig, aber man muss wohl glauben, dass es eine Entscheidung war."*
*(Adrenalinspiegel 2/96 - Ambulante Dienste e.V. Berlin)*

*„ ... Mit großer Trauer und Wut geben wir den Selbstmord unserer Freundin Anne bekannt.*
*Ihr Tod trifft uns tief.*
*Wir verloren mit Anne eine wichtige Freundin. Sie hat uns immer wieder durch ihren Humor, ihre Phantasie und ihre Kreativität begeistert.*
*Anne ist Opfer des sozialen Rassismus. Sie lebte in einem nichtbehinderten Umfeld, das ihr keine Luft zum Atmen ließ. Anne wurde mit ihrer Behinderung nicht respektiert und um ihres andersartigen Äußeren willen verfolgt.*
*Anne hat sich entschieden, die Verachtung und den Abscheu, mit dem sie behandelt wurde, nicht länger zu ertragen. Leider haben ihre Kraft und ihre Leidenschaft zum Schluss nicht für sie selber ausgereicht. ....."*
*(Randschau 3/98)*

Wenn wir uns mit „selbst-tötendem Verhalten" (lat. sui caedere – sich töten, sui cidium – Selbsttötung) auseinandersetzen, so können wir uns mit einer sehr detaillierten Literatur beschäftigen, die sich aus medizinischer, psychologischer und sozialwissenschaftlicher Sicht den Personen widmet, die einen „*Suizid ankündigen, ‚nur' versuchen oder sogar begehen*". Wir können aber auch unsere persönlichen Erfahrungen befragen, die auf unser Erleben und Verhalten und das unserer unmittelbaren Bezugspersonen gerichtet sind.
Zahlen über Suizide und Suizidversuche vermitteln erste Eindrücke über ein Phänomen, welches in unserer Gesellschaft noch immer ein Tabu ist.
Jährlich nehmen sich mehr als 12.000 Menschen in Deutschland ihr Leben. Die Zahl der „Versuche", dies zu tun, muss mit dem 10fachen berechnet werden.
Die eingangs von mir aufgeführten Nachrufe weisen darauf hin, dass es auch behinderte Männer und Frauen sein können, die „sich selbst–töten". Selten wird jedoch in Anzeigen so offen darüber geschrieben; meist wird die Tatsache umschrieben und verleugnet.
Nach einer *Selbsttötung* beginnt für uns die Suche nach den Motiven, nach übersehenen/überhörten Signalen, versäumten Hilfsangeboten, nach Schuldzuweisungen und Erklärungen dafür, wie es dazu kommen konnte. Nicht immer können uns Abschiedsbriefe die Motivsuche erleichtern, immer bleibt die Trauer über den Verlust, oft auch unsere Hilflosigkeit über das Geschehene, das wir nicht mehr ändern können; manchmal auch Schuldzuweisungen an die Menschen, die zum unmittelbaren Umfeld des/der Suizidenten/in gehörten, die „es" doch hätten verhindern können, aber auch Wut darüber, dass er oder sie uns „dies" angetan hat. – In der Begegnung mit suizidgefährdeten Frauen erleben wir Gefühle der Angst, Hilflosigkeit, Wut, Aggressi-

vität; wir sind konfrontiert mit traurigen Erlebnissen, die von Wertlosigkeit und selbstzerstörerischen Handlungen berichten.
Wollen wir uns gedanklich auseinandersetzen, könnte es hilfreich sein, sich folgende Fragen zu beantworten:

- Was könnte einen Menschen veranlassen, sich dass Leben zu nehmen?
- Was könnte mich veranlassen, dies zu tun?
- Was denke ich über Menschen, die versucht haben, sich das Leben zu nehmen?
- Was glaube ich, denken andere über mich, wenn ich versucht hätte, mir das Leben zu nehmen?

Jede von uns wird zu ihr eigenen Motiven kommen, die von einer totalen Ablehnung dieser Handlungskonsequenz bis hin zur genauen Beschreibung von Selbsttötungsmöglichkeiten reichen. – Einige Frauen unter uns, die dies lesen, werden den Versuch, sich ihr Leben zu nehmen, schon ein oder auch mehrmals unternommen haben; einige davon werden in Folge dieses Versuch bleibende körperliche und/oder seelische Beeinträchtigungen haben, die sie jetzt zur Gruppe der behinderten Frauen zugehörig beschreiben – auch wenn sie sich selbst nicht dazugehörig fühlen.
Grundsätzlich hat jede von uns die Möglichkeit, ihr Leben zu beenden. Und entgegen allgemeiner Annahme - „Wenn ich so behindert wäre wie Du, dann hätte ich mich schon umgebracht" – sind es nur wenige, die dies tatsächlich tun. Aber genaue statistische Angaben, die sich auf die Gruppe der behinderten Menschen beziehen, gibt es meines Erachtens nicht.
Wir können uns hier nur fragen, welche Risiken bestehen, um zur Beschreibung von Personen zu kommen, die tatsächlich suizidgefährdet sein können. Zu den Risikogruppen werden aus Untersuchungen der Epidemiologie(1) gezählt:

- psychisch kranke Menschen (Depressionen, Schizophrenien; Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit) und
- alte und vereinsamte Menschen, darunter vor allem Männer im höheren Lebensalter, die auf einen Rollenverlust in Bezug auf Partnerschaft und Beruf mit Selbsttötung reagieren

Als weitere Motive für Selbsttötungsabsichten werden genannt:

- stark frustrierte psychologische Bedürfnisse – Mangel an Sicherheit, Vertrauen, Liebe, Freundschaft und Erfolg – im Rahmen von Beziehungskonflikten
- Erlebnisse sexueller Übergriffe bzw. sexueller Gewalt
- unerträgliche physische und psychische Schmerzen
- Gefühle von extremer Hilfs- und Hoffnungslosigkeit
- drohende Kriminalisierung
- Kriegs- und Foltererfahrungen
- rassische, religiöse und politische Verfolgung (z.B. Asylsuchende)

*All dies kann für behinderte und nichtbehinderte Menschen gelten.*

Das Vorkommen von Suiziden und Suizidversuchen kann in bestimmten Familien über Generationen hinweg nachgewiesen werden. Hier ist von einem Verhaltensmuster auszugehen, bei dem sich „selbst-tötendes Verhalten" innerfamiliär als *Konfliktlösungsmuster* entwickelt hat.

Auf gesellschaftlicher Ebene und unter Betrachtung demographischer(2) Besonderheiten sind z.B. bei bestimmten religiösen Überzeugungen und auch in Zeiten kriegerischer Auseinandersetzungen offensichtlich andere Handlungsstrategien als Selbsttötungen möglich.
Die Suizidrate (Anzahl der Suizide einer Landesbevölkerung im Verhältnis zu 100 000 Einwohnern) nimmt ab, wenn in einer Gesellschaft kollektive Proteste zunehmen; d.h.: In den Ländern, in denen Menschen gezwungen sind, ihre Probleme individuell zu lösen, nimmt sie zu.
*„Selbsttötung"* wird aus medizinischer Sicht überwiegend als *„krankhaft determiniertes Handeln"* begriffen; – *sozialwissenschaftliche und juristische ExpertInnen* betrachten sie jedoch als *„Freitod aus freier Willensbestimmung"*.
Die Verhütung von Selbsttötung ist ein Ziel der medizinisch-psychiatrischen Behandlung.
Eine große Zahl der Suizide (etwa 90 %) ereignet sich im Rahmen psychischer Erkrankungen.
Dabei nehmen depressive Erkrankungen „etwa ein Drittel bis die Hälfte aller Suizidtodesfälle" ein; unter diesen Patienten töten sich besonders die, die unter einem Schuld- und Versündigungs- oder nihilistischen Wahn leiden. Typische Symptome wie Antriebslosigkeit, Interessenverlust und Freudlosigkeit gehen nicht selten einher mit der Sicht der Betreffenden, dass ein „Weiterleben-müssen" erst recht eine Belastung ist, die nicht mehr tragbar sei.
Im Zusammenhang mit einer schizophrenen Psychose ereignen sich Selbsttötungshandlungen häufig unter dem Einfluss von „Stimmen hören" und ähnlichen Wahnideen. Aber nicht nur in einer akuten Erkrankungsphase, sondern auch nach Abklingen der psychotischen Phasen kommt es häufiger zu Suiziden. Ursachen dafür werden gesehen im Erleben von kognitiven Einbußen, depressiven Verstimmungen, Antriebsveränderungen, einer allgemeinen Minderung der Belastungsfähigkeit. Hinzu kommt die zurückgewonnene Fähigkeit zur Reflexion über die Erkrankung und damit nicht selten über schwerwiegende persönliche und soziale Konsequenzen. Hier sind vor allem jüngere Menschen gefährdet, die sich – nach erfolgter (ab)wertender Stellungnahme durch Personen ihres Umfeldes zu ihrer psychotischen Erkrankung – zu einem sog. „Bilanzsuizid" entschließen.
Im Rahmen von Neurosen, psychoreaktiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen treten ebenfalls suizidale Handlungen in den Vordergrund. Insbesondere narzisstische(3) Menschen zeigen in einem hohen Maße Schwankungen ihres Selbstwertgefühls, welches sich zwischen den Extremen „Wertlosigkeit" und einer überhöhten „Ich-Idealbildung" befindet.
Bei extremen Trauerreaktionen ereignen sich Suizide besonders auf dem Hintergrund von sehr abhängigen Persönlichkeiten, wobei das Streben nach einem Einssein mit der verlorenen toten Person als Selbsttötungsmotiv aufgefasst werden kann.
Suizide im Rahmen von depressiven Erlebnisstörungen werden als Reaktionen auf sozialwirtschaftliche Zerrüttung (Arbeitslosigkeit, Konkurs eines Privatunternehmens), Ehescheidung, Angst vor Ausbruch oder Wiederkehr einer Erkrankung (besonders psychiatrische Krankheiten), zerrüttenden Streit in Familie und Beruf (Mobbing), bei Heimweh oder ungewollter Schwangerschaft genannt.(4)

Betrachten wir individuell belastende Lebenskonstellationen – wie es z. B. eine lebensbedrohliche Erkrankung bzw. chronisch fortschreitende Behinderung sein kann – so werden diese völlig unterschiedlich bewältigt, und vor allem im Hinblick auf ein „Sich-selbst-tötendes Verhalten" gibt es mit dem

Schweregrad der Behinderung keinen linearen Zusammenhang. Fortschreitende Behinderung in der Kombination mit chronischen physischen und psychischen Schmerzen allerdings, die nicht ausreichend behandelt werden, können zu einer solchen Belastung werden, dass sie Suizidgedanken und -handlungen als „einzigen Lösungsversuch" erscheinen lassen.

Auch Reaktionen auf den plötzlichen Verlust physischer Fähigkeiten (z.B. durch Unfall), die einen hohen Grad an Hilflosigkeit und Abhängigkeit erzeugen, gehen nicht selten mit Suizidgedanken einher.
Grundsätzlich stellen gravierende Lebensveränderungen und dazu fehlende subjektive und/oder objektive Lebensperspektiven im sozialen und persönlichen Bereich ein hohes Suizidrisiko dar!
Suizidgefährdung zeigt sich aktuell durch eine Erlebnis- und Verhaltenswelt, die gekennzeichnet ist von:

- Einengung der Wahrnehmung
- Rückzug auf sich selbst
- Gefühlen der Vereinsamung
- Sinn- und Ausweglosigkeit
- ohnmächtigen Aggressionen und Vorwürfen gegen andere
- schmerzlicher Resignation und Ankündigung der Selbsttötungsabsicht
- sowie Selbsttötungsphantasien(5)

Bezogen auf unsere *Beratungstätigkeit* im Sinne des *Peer Counseling* sollten wir neben der Beantwortung der oben genannten Fragen noch weitere ganz besonders persönliche Erfahrungen reflektieren:
*Wie viel Sicherheit* habe ich in der Auseinandersetzung mit den Themen „Sterben/Tod und Selbsttötung"?
*Welche persönlichen Erfahrungen* habe ich insbesondere mit dem Thema „Suizid/Suizidversuch"?

- Bei mir selbst?
- In meiner Familie; auch in früheren Generationen?
- In meinem Freundes- und Bekanntenkreis?

Was müsste geschehen sein, „es" zu tun?
Wie würde ich es tun?
Aber auch: Was könnte mich daran hindern?
Welche Konfliktlösungs- bzw. Problemlösungsstrategien habe ich?

- Welche waren und sind eher günstig für mich?
- Welche waren und sind eher ungünstig für mich?
- Was hilft mir, Ängste abzubauen?
- Mit wem kann ich über Krisen in meinem Leben sprechen?
  In der Konfrontation mit der akuten Lebenskrise einer Ratsuchenden sind folgende Gesichtspunkte von Bedeutung:
- Jeder Selbsttötungshinweis muss ernst genommen werden.
- Ein Telefonanruf oder das Ansprechen in einem Beratungsgespräch ist ein Hinweis darauf, dass die Betreffende „noch am Leben hängt" und einen (letzten) Versuch zur Abwendung ihrer Selbsttötungsabsicht macht.
- Aktives Zuhören, empathisches Eingehen und das Erfassen von emotionalen Inhalten in den verbalen und nonverbalen Äußerungen sind wichtig für ein beziehungsförderliches Gesprächs-/Kommunikationsverhalten.
- Vermeide ängstlich-wohlgemeinte Umschreibungen, greife die Ambivalenz

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

(Schwanken zwischen Leben-wollen und Sich-töten) auf, damit alle Handlungsalternativen angesprochen werden können.
- Vermeide „Warum-Fragen"; sie bringen die andere in Rechtfertigungsdruck.
- Versuche Veränderungen anzuregen, frage nach Bezugspersonen; sollte sie keine haben, biete dich als solche an.
- Versuche zu ergründen, in welchem Lebensbereich noch am ehesten positive Möglichkeiten sichtbar werden, die derjenigen Auftrieb verleihen.
- Rege die andere zu Phantasien über ihre Zukunft an, nimm ihr diese „Arbeit" nicht ab.
- Zeig deine Angst um die andere und sag ihr, wie gut du es findest, dass sie mit dir über ihre Lebenskrise spricht.
- Versuche Absprachen (Anruf; ein nächstes Treffen) zu erreichen und sprich mit ihr über andere therapeutische Möglichkeiten; unterstütze sie bei der Suche nach einer geeigneten Therapeutin/einem Therapeuten.
- Nimm selbst Supervision in Anspruch, falls du den Eindruck hast, bei dieser speziellen Problematik Anregungen zu brauchen.

Und:

- Mach dir klar, dass du keine deiner ratsuchenden Frauen davon abhalten kannst, sich ihr Leben zu nehmen.

# Unterschiedliche Behinderungen

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

# Selbst-Verständnis und unterschiedliche Aspekte von Behinderung

Brigitte Faber

**Ich bin behindert — Ich werde behindert — Ich habe eine Behinderung**
Zur Definition eines „ungeliebten" Zustandes

Eine einheitliche gesetzliche Regelung, ab wann ein Mensch eine Behinderung hat, gibt es in Deutschland nicht. Der Schwerbehindertenausweis ist das „amtliche Zertifikat" für die Existenz einer Behinderung und beurteilt den „Grad der Behinderung" (GdB) einer Person. Dieser Ausweis ist die Voraussetzung für den Erhalt verschiedener Nachteilsausgleiche, wie z.B. einen besonderen Kündigungsschutz, die Option auf Arbeitsplatzassistenz, die Vergünstigung bei der Kfz-Steuer oder die kostenfreie Nutzung der Verkehrsverbünde. Er ist ebenfalls eine der Voraussetzung für den Erhalt einer behinderungsbedingten Rente.

Da der Besitz eines Schwerbehindertenausweises in erster Linie in Zusammenhang mit einer Erwerbsarbeit von Vorteil ist, beantragen gerade Hausfrauen und Mütter häufig erst gar keinen.
Daneben wird in unterschiedlichen Zusammenhängen (BSHG, SGBXII, Statistiken) Behinderung als eine „nicht nur vorrübergehende körperliche, geistige oder seelische Funktionsbeeinträchtigung" definiert.
In beiden oben genannten Definitionen bleiben gesellschaftliche Bedingungen als Teil einer Behinderung unberücksichtigt.
Die Welt-Gesundheits-Organisation (WHO) hat 1980 als internationalen Standard eine Definition, die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit und Behinderung (ICIDH) veröffentlicht, die drei Faktoren unterscheidet: eine Schädigung (impairment), aus der sich eine Funktionsbeeinträchtigung (disability) ergibt, die wiederum eine soziale Beeinträchtigung (handicap) zur Folge haben kann. Alles drei zusammen ergibt die Behinderung. Diese Definition berücksichtigt, dass eine Funktionsbeeinträchtigung allein noch kein Grund für eine gesellschaftliche Benachteiligung ist, sondern dass es eben auch die vorhandenen Bedingungen sind, die eine Benachteiligung auf gesellschaftlicher Ebene erzeugen.
Diese Definition wird zur Zeit neu überarbeitet und soll ab dem Jahr 2001 durch eine neue Klassifikation (ICIDH2) ersetzt werden. Diese ist wiederum dreigliedrig und unterscheidet: Schäden (physiologische Funktionsschäden sowie anatomische Strukturschäden), Aktivitäts- oder Leistungsstörungen und eine Einschränkung der Partizipation. Dabei ergibt sich der Grad der Partizipation aus der Wechselwirkung zwischen den persönlichen Eigenschaften und den förderlichen oder hinderlichen Umweltbedingungen. Auch diese Klassifikation berücksichtigt, dass das gesellschaftliche und räumliche Umfeld einen maßgeblichen Teil einer Behinderung ausmachen kann.

Wir sind nicht behindert, wir werden behindert — Das „Forum behinderter Juristinnen und Juristen" formulierte 1995 folgende provokante Definition: „Eine

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

Behinderung ist jede Maßnahme, Struktur oder Verhaltensweise, die Menschen mit Beeinträchtigungen Lebensmöglichkeiten nimmt, beschränkt oder erschwert."

Unabhängig von „amtlichen" Definitionen gibt es in der persönlichen Wahrnehmung erhebliche Unterschiede. Insgesamt betrachtet ist es für viele Menschen jedoch kein akzeptabler Zustand, eine Behinderung zu haben. Schwerer als die tatsächliche Beeinträchtigung wiegt dabei oft der Makel, der mit dem Stempel „behindert" verbunden ist. „Die ist ja behindert" wird durchaus schon einmal über eine nichtbehinderte Person gesagt, um sie abzuwerten. Dementsprechend fällt es umso schwerer, sich selbst als eine Frau mit Behinderung zu verstehen, je leichter und unauffälliger die Beeinträchtigung ist, je besser sie also versteckt und auch vor sich selbst verleugnet werden kann.
Für Frauen mit einer chronischen Erkrankung spielt neben diesen Gründen noch ein weiterer Umstand eine maßgebliche Rolle. Eine chronische Erkrankung birgt die — wenn auch mit der Zeit immer geringer werdende — Hoffnung in sich, einmal wieder gesund zu werden. Eine Behinderung dagegen ist nicht nur vorübergehend. Sich selbst als eine Frau mit Behinderung zu verstehen, heißt eben auch die derzeitige Endgültigkeit des Zustandes anzuerkennen.

Und während die einen sich dagegen wehren, als „Behinderte" zu gelten, kämpfen andere, wie z.B. Frauen mit einer Umwelterkrankung, darum, als Frau mit einer Behinderung anerkannt zu werden. Wieder andere Mädchen und Frauen wissen selbst nicht genau, wie sie sich denn nun definieren sollen. Unabhängig von amtlichen und gesellschaftlichen Zuschreibungen muss für die Beratung im Sinne des Peer Counseling im Vordergrund stehen, wie die Frauen und Mädchen sich selbst definieren.

Auch besteht unter den verschiedenen Behinderungsarten eine zum Teil beträchtliche Hierarchie, die nicht zuletzt die Leistungs- und Werteskala der nichtbehinderten Welt widerspiegelt. Sportlich und geistig fit im Rollstuhl ist allemal besser als „geistig behindert". Als Ursache für die Behinderung ist ein „unverschuldeter Unfall" ehrenhafter als „Krankheit" oder gar „Alkoholkonsum der Mutter während der Schwangerschaft". Und auch unter Menschen mit Behinderung gilt: je fitter, selbstständiger und leistungsfähiger trotz Behinderung, desto höher das Ansehen. Dabei spielt auch hier das „trotz" eine maßgebliche Rolle. Denn parallel zu dem Leistungsmerkmal „fitter-Sein" existiert das Merkmal „es schwerer haben". Bloß 50% GdB ist gegenüber 100% nur die „halbe Miete". Und sehende sowie hörende Fußgängerinnen sind gegenüber blinden sowie gehörlosen Frauen oder Frauen mit Rollstuhl ja gar nicht „richtig" behindert. Es schwerer zu haben als andere, wird unversehens zu einem „positiven Merkmal". Mädchen und Frauen mit einer leichteren oder nicht sichtbaren Behinderung rangieren in diesem Wettstreit auf den unteren Plätzen oder fühlen sich fehl am Platz. Sie sitzen so zwischen allen Stühlen, gehören sie doch weder der behinderten noch der nichtbehinderten Welt an.

In den Seminaren der Weiterbildung wurde immer wieder deutlich, wie wenig wir auch untereinander von den Problemen, aber auch Möglichkeiten im Zusammenhang mit einer anderen als der eigenen Behinderung wissen. Hier geht es Mädchen und Frauen mit Behinderung genauso wie der nichtbehinderten Bevölkerung. Sie haben in der Regel wenig Kontakt mit „Behinderten" — außerhalb der eigenen Behinderungsart. Wir werden eingeteilt in unterschiedliche Behinderungsarten und Fachrichtungen und auch unsere Vereine und Selbsthilfegruppen sind meist dementsprechend organisiert.

# Unterschiedliche Behinderungen

Die folgenden Artikel geben einen kleinen Einblick in die unterschiedlichen Erfahrungen mit einer Früh-, einer Spät- und einer nicht sichtbaren Behinderung sowie in die Situation von Frauen und Mädchen mit einer fortschreitenden Behinderung, einer Umwelterkrankung oder einer psychischen Behinderung. Diese Artikel wären durch viele weitere zu ergänzen, denn entgegen dem allgemeinen Sprachgebrauch gibt es „die Behinderten" nicht. Dies zu berücksichtigen und die Neugier auf die individuelle Situation bei unterschiedlichen, aber auch ähnlichen Behinderungsarten nicht zu verlieren, sollte ein wesentlicher Bestandteil gerade auch einer behinderungsübergreifenden frauenspezifischen Beratungsarbeit sein.

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

# Frühbehinderung
## Gisela Hermes

Für eine Frau, die ihre Behinderung schon von Kindheit an hat (entweder durch eine Vererbung oder während der Schwangerschaft, unter der Geburt oder als Kind erworben), stellt sich das Leben anders dar als für Frauen, die ihre Behinderung erst als Erwachsene bekamen.
Ist eine Frau „frühbehindert", so heißt dieses, dass sie von klein auf mit Ausgrenzungen und Diskriminierungen aufgewachsen ist: Diese Erfahrungen gehören zu ihrem Alltag.
Vor allem Mädchen mit Behinderung werden sehr früh mit der Defizitorientierung unserer Gesellschaft konfrontiert. Statt die Stärken und Fähigkeiten zu betonen, schauen die Familienangehörigen, die Umwelt und vor allem aber TherapeutInnen und MedizinerInnen auf das, was von der Norm abweicht und ihrer Meinung nach verändert werden muss. Schon früh spielen TherapeutInnen und ÄrztInnen, die immer nur sehen, was sie an behinderten Mädchen ändern müssen, eine große Rolle und sie hinterlassen ihre Spuren.

Behinderte Mädchen, die früh lernen, dass sie nicht den gesellschaftlichen Idealvorstellungen entsprechen, verinnerlichen die Vorurteile über ihre *Mangelhaftigkeit* häufig. Als erwachsene Frauen haben sie oft ein beeinträchtigtes Selbstwertgefühl. Dieses wirkt sich auf viele Lebensbereiche einschränkend aus: auf das Körpergefühl und die Sexualität, auf Kinderwunsch und Familienleben und insgesamt auf die eigenen Möglichkeiten, das Leben in die Hand zu nehmen und selbstbestimmt zu leben. Viele Frauen, die von Kind an behindert sind, trauen sich wenig zu. Diskriminierungen und Bevormundung werden von ihnen oft gar nicht als solche wahrgenommen, sondern als *normal* angesehen, da sie schon immer zu ihrem Alltag dazugehörten. Sie denken, dass sie aufgrund ihrer *Defizite* kein Recht auf gesellschaftliche Teilnahme haben und deshalb keine Verbesserungen oder Rücksichtnahme auf ihre Bedürfnisse einfordern dürfen. Nur allzu oft gehen sie in ihrem Leben Kompromisse ein, die für nichtbehinderte Menschen indiskutabel wären.
Die Behinderung war im Leben frühbehinderter Frauen immer ein sehr dominanter Faktor. So besteht auch die Gefahr, dass sie ihr ganzes Leben und vor allem ihre Probleme durch die „Brille der Behinderung" sehen. Manche Frau mit Frühbehinderung neigt dazu, alle persönlichen Schwierigkeiten auf ihre Behinderung zu schieben, statt zu schauen, ob es andere Gründe dafür gibt. Fatal daran ist, dass sich behinderte Frauen durch diese Herangehensweise oft Veränderungsmöglichkeiten nehmen. Eine Behinderung lässt sich nicht ändern, jedoch können viele andere Lebensumstände und Verhaltensweisen beeinflusst werden, wenn sie als hinderlich erkannt werden. Wird die Behinderung immer als Grund allen Übels angesehen, so wird manch wichtige Chance zur Lebensveränderung vertan. Es ist jedoch oft wirklich schwer, die Abgrenzung zwischen der Einschränkung durch eine Behinderung und anderen Faktoren wie z.B. persönlichem Verhalten etc. zu finden. Woher soll eine Frau mit Behinderung beispielsweise wissen, ob ihr Partnerwunsch deshalb unerfüllt bleibt, weil sie behindert ist oder weil sie Kontaktprobleme hat?

Durch den gewohnten Umgang mit Schwierigkeiten haben viele behinderte Frauen auch die Fähigkeit erworben, kreative Lösungen für Alltagsprobleme zu finden und trotz großer Schwierigkeiten am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen. Manche nutzen dieses Potential als Chance, werden aktiv und setzen sich für die Veränderung der gesellschaftlichen Bedingungen ein. In der

Selbstbestimmt LebenBewegung machten wir die interessante Feststellung, dass die meisten der AktivistInnen bereits seit ihrer Kindheit behindert sind. Möglicherweise ist der Grund für das politische Engagement dieser Menschen, dass sie ihre Behinderung nicht als persönliches, sie behinderndes Schicksal sehen, das ihnen irgendwann zugestoßen ist, sondern dass sie von Kind an erfahren haben, wie sehr gesellschaftliche Barrieren sie einschränken.

Eine Frühbehinderung hat nicht nur Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl, auf die Selbstwahrnehmung und auf Verhaltensweisen – sie hat auch starken Einfluss auf die Ausbildungs- und Arbeitsmöglichkeiten. Diese sind für behinderte Mädchen eher sehr eingeschränkt. In der Regel sind frühbehinderte Frauen schlechter ausgebildet als spätbehinderte, und sie haben dadurch recht geringe Chancen auf einen Job, der sie von staatlicher Unterstützung oder der Familie unabhängig macht. Die Erfahrung eines eigenständigen erwachsenen Lebens wird ihnen dadurch oft versperrt.

Mädchen und Frauen mit einer Frühbehinderung haben in der Regel schlechtere Ausgangsbedingungen als spätbehinderte Frauen, aber sie haben oft sehr viel Biss und kämpfen sich durch.

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

# Spätbehinderung
## Brigitte Faber

Die meisten Menschen gelangen zu ihrer Behinderung nach dem 54. Lebensjahr. Doch nicht diese Personengruppe ist in dem Artikel hauptsächlich gemeint. Es geht vielmehr um Frauen, die ihre Behinderung nicht von Geburt oder Kindheit an hatten.

**Verlust, Unsicherheit und Trauer**
Eine Spätbehinderung, die nicht aufgrund eines Alterungsprozesses eintritt, kommt meist relativ plötzlich. Ursachen können Krankheiten, Unfälle, Gewalthandlungen und Selbstmordversuche sein. Im Extrem ist von einer Sekunde auf die andere „alles anders". Das heißt, das ganze bisherige Lebenskonzept ist durcheinander gewürfelt, die Zukunft ungewiss.
Spätbehinderung bedeutet erst einmal Verlust und Unsicherheit.

- Verlust von z.B.:
  bereits existent gewesenen Fähigkeiten
  FreundInnen, sozialen Kontakten
  der Arbeit
  der sozialen Rolle
  der Wohnung
  der Identität

- sowie Unsicherheit über:
  eventuelle weitere Veränderungen
  die verbliebenen Fähigkeiten und Möglichkeiten

Dabei besteht die Unsicherheit nicht nur bei der „frisch behinderten" Frau, sondern auch im FreundInnen-, Bekannten- und Verwandtenkreis. Mit dieser Verunsicherung gehen alle Beteiligten verschieden um. Manche überspielen sie mit besonders fröhlichem und „ungezwungenem" Verhalten, andere neigen zu Behütung und Bevormundung, wieder andere meiden den Kontakt. Freundschaften/Partnerschaften zerbrechen. – Auf einmal ist frau eine „Behinderte" unter lauter nichtbehinderten Menschen.

Je nach Ursache und Art der Spätbehinderung müssen längere Klinikaufenthalte, anschließende Reha-Maßnahmen, Umschulungen „absolviert" werden (Für Frauen und speziell für Mütter stellen Reha- Maßnahmen und Umschulung noch ein eigenes Problem dar.). Es kann ein Umzug nötig sein, der Arbeitsplatz verloren gehen. Beides ist mit einem zusätzlichen Verlust der bisherigen sozialen Rolle sowie der Kontakte verbunden.

Gerade im Zusammenhang mit solch einschneidenden Veränderungen ist Trauer ein ganz wichtiger Prozess. Eine Frau mit einer „frischen" Behinderung kann nicht immer nur „tapfer" sein (Schließlich bricht gerade ihre Welt zusammen.). Sie braucht gelegentlich eine vertraute Person, die sie in ihrer Trauer, ihrem Selbstmitleid unterstützt. Die die Verluste anerkennt und mit ihr trauert. Die sie darin bestätigt, dass sie es gerade besonders schwer hat. Doch oft tritt das genaue Gegenteil ein. Den meisten Menschen fällt es extrem schwer, Trauer und Leid anderer „auszuhalten" und zu „er-tragen". Besonders bei nahestehenden Personen scheint dies schier unmöglich. Im Versuch zu trösten, wird

das Problem daher heruntergespielt: „Es ist doch alles halb so schlimm ... das wird schon wieder" und „Schau mal, anderen geht es noch schlechter als dir ..." sind regelmäßige Reaktionen. Beklagt frau den Verlust von FreundInnen, erhält sie oft den zweifelhaften Trost: „... dann waren es auch keine *echten* Freunde, sei doch froh drum." Ebenso regelmäßig sind Ratschläge und Tipps die Antwort. „Warst Du schon einmal in der Klinik xy? ... du musst mehr x oder y ...". Es nutzt frau wenig, wenn sie sich sagen kann, dass diese Reaktionen wirklich gut gemeint sind und letztlich daraus resultieren, dass alle schnell helfen wollen, es aber gerade keine schnelle Lösung für ihr Problem gibt. Die erhoffte Unterstützung sowie Anerkennung ihrer schwierigen Situation erhält sie nicht.
Doch es geschieht noch mehr. Mit diesem „Trösten" wird gleichzeitig (ungewollt) ihre bisher erbrachte Leistung geschmälert oder aberkannt. Wenn alles „halb so schlimm" ist, dann ist eine möglichst normale Lebensführung ja auch kein Problem.

**Phasen der eigenen Verarbeitung**

- Verdrängung: die Krankheit ist ein Irrtum
- Rebellion: Verleugnung und Ablehnung
- Verstecken der Behinderung
- Rückzug
- Aktivität
- Hoffnung: auf Heilung, auf ein Wunder
- depressive Phase – möglicherweise Selbstmordgedanken
- Resignation
- neue Grenzen erkunden: zaghaftes Ausprobieren bis forsches Testen
- Rückschläge: Rebellion, Rückzug, Depression
- Vertraut werden mit der Behinderung
- Akzeptanz und neues Selbstbild

Dies sind in groben Zügen die Phasen der eigenen Auseinandersetzung und Verarbeitung der Behinderung. Sie müssen nicht alle auftreten und können sich in beliebiger Reihenfolge abwechseln. Fest stehen lediglich Start (Verdrängung) und Ziel (Akzeptanz). Die Wege dazwischen sind vielfältig, erscheinen oft wie Umwege und können insgesamt an eine Achterbahn erinnern: mit Hochs und Tiefs und Richtungswechseln. Die Behinderung zu akzeptieren heißt nicht nur, den Verlust von Fähigkeiten und die daraus resultierenden Einschränkungen anzunehmen, nötig ist auch ein Abschied von dem früheren, in vielen Jahren erworbenen Selbst- und Weltbild. Jede der Phasen kann für die Annäherung an ein neues Selbst- und Weltbild wichtig sein. Die Schwierigkeit besteht darin, nicht in einer der Phasen stecken zu bleiben und somit dem Ziel nicht näher zu kommen.

Am Anfang steht die *Krankheit* – nicht die Behinderung – und deren Verdrängung. „Solange ich krank bin, kann ich auch wieder gesund werden." Und: „ÄrztInnen können sich in der Diagnose irren. So habe ich ja vielleicht nicht die Krankheit x, sondern die Krankheit y, die sich ähnlich äußert, aber gute Heilungschancen hat". *Behinderung dagegen hat – egal, um welche es sich handelt – immer etwas „Endgültiges".*
Ist die Hoffnung auf eine heilbare Krankheit nicht mehr aufrechtzuhalten, hat jede Frau verschiedene Möglichkeiten, mit der Situation umzugehen. Wie sie reagieren wird, hängt ab von ihrer Art, Probleme zu lösen, von dem sozialen Umfeld, von der Summe der Auswirkungen und nicht zuletzt auch immer ein gutes Stück vom Zufall, wie sich verschiedene Faktoren kombinieren. Sel-

tenst wird es ihr jedoch möglich sein, den direkten Weg einzuschlagen und die Behinderung *ganz einfach* zu akzeptieren.
Die im Folgenden beschriebenen Reaktionen zeigen gewissermaßen sowohl den „Schauplatz" als auch den Stand der Auseinandersetzung an.

**Rebellion**
Bei Rebellion in Form von Ablehnung und Verleugnung steht die Konfrontation mit den eigenen Wünschen und Vorstellung im Vordergrund. „Ich hab' das nicht (= ich will das nicht) ... Ich mache einfach weiter wie bisher... Die ÄrztInnen sind *unfähig...*"

**Verstecken**
Bei einer nicht so offensichtlichen Behinderungen besteht die Möglichkeit, sie zu verstecken. Frau kann sich und anderen einreden, dass ja (fast) alles wieder so „wie früher" ist. Gerade für eine Frau mit der Sozialisation der nichtbehinderten Menschen scheint dies erst einmal der einfachste Weg. So muss sie sich weder mit ihrem Verlust, noch mit ihrem Bild von Menschen mit Behinderung, sowie mit ihren Norm- und Wertvorstellungen auseinandersetzen. Verstecken bedeutet aber auch, sich der eigenen Entwicklungsmöglichkeiten zu berauben und ist zudem oft an Überforderung gekoppelt — deren Ursache nicht genannt werden kann. Auch wird es im Laufe der Zeit zunehmend schwieriger, die Behinderung doch noch zu „offenbaren".

**Rückzug**
Bei einem Rückzug spielt ebenfalls das gesellschaftlich Bild von Menschen mit Behinderung eine maßgebliche Rolle. Rückzug kann erfolgen, weil sich die Frau selbst minderwertig oder hässlich fühlt, und/oder weil sie die tatsächliche oder vermutete Abwertung durch andere Menschen nicht, bzw. nicht mehr erträgt. Kann sie die Behinderung nicht verstecken, versteckt sie sich als ganze Person.

**Aktivität**
Im Vordergrund stehen Maßnahmen, die Behinderung so weit wie möglich rückgängig zu machen oder ganz zu beseitigen. In diesem Stadium ist die Behinderung erkannt, aber nicht als bleibender Bestandteil der eigenen Person akzeptiert. ExpertInnen werden konsultiert, Therapien innerhalb und außerhalb von Kliniken ausprobiert, Fachliteratur wird gelesen und vieles mehr. Den Motor für diese Aktivitäten bildet die Vorstellung, dass „... doch etwas zu machen sein muss, wenn ich nur hartnäckig genug dranbleibe." Diese Haltung wird gerade bei einer Spätbehinderung vom Freundes- und Bekanntenkreis zusätzlich verstärkt.

**Hoffnung**
Hoffnung auf Heilung bzw. ein Wunder. Hoffen ist auf die Zukunft gerichtet. Das Warten auf die Hilfe von Außen hält den Zustand in der Schwebe und eine eigene Aktivität ist gerade nicht gefordert. Während bei dem Hoffen auf ein Wunder tatsächlich nur Abwarten (und Beten) möglich ist, kann die Hoffnung auf Heilung wieder in Aktivität münden: Frau macht sich (erneut) auf die Suche nach einer entsprechenden heilkräftigen Methode oder Person.

**Depression**
Über kurz oder lang kann der Frau jedoch die eigene Zukunftsperspektive völlig abhanden kommen. Depressionen sind im Verlauf der Verarbeitung nicht selten. Dies muss nicht heißen, dass keine unterstützenden und liebevollen Personen zugegen sind. Es geht vielmehr um die eigene Wertschätzung, um den eigenen Sinn des Lebens. Es ist sehr hilfreich und unter Umständen geradezu lebensrettend, wenn FreundInnen und Verwandte einen Halt bieten. Den Sinn des Lebens können sie jedoch nicht verkörpern. So schmerzhaft dieser Prozess auch ist, hier können (und müssen) grundlegend Werte geklärt werden.

**Resignation**
Ist die tiefste Verzweiflung abgeklungen, kann sich Resignation breitmachen. In diesem Zustand ist die Wahrscheinlichkeit des Hängenbleibens am größten. In der Resignation ist die Perspektivlosigkeit groß genug, um Handlung und Veränderung zu blockieren, die Unzufriedenheit dagegen nicht groß genug, um einen ausreichenden Handlungsdruck zu erzeugen.

**Neue Grenzen erkunden**
Ein erster Schritt in Richtung Akzeptanz der Behinderung ist das Ausprobieren von Fähigkeiten und Grenzen. Dies kann sehr zögerlich oder ausgesprochen vehement geschehen. Oft ist auch nicht klar, auf welchen Gebieten sich die Behinderung überall auswirken kann. Die Tücke liegt auch hier häufig im (nichtbedachten) Detail. Selbst altvertraute Situationen sind dadurch „wie neu" und mit Unsicherheit verbunden.

**Fehlschläge**
Im Zusammenhang mit dem Ausprobieren von Fähigkeiten und dem Abstecken und Erweitern von Grenzen sind Fehlschläge sowohl unvermeidlich als auch wichtig. Denn nicht immer können die neuen Grenzen vorher erkannt werden, oder kann eine Annäherung langsam genug erfolgen. Fehlschläge zeigen deutlich die momentanen Grenzen an. Die Reaktionen auf Fehlschläge sind vielfältig. Sie können von Rebellion („Jetzt erst recht!") bis Depression reichen.

**Vertraut werden**
Über ein sich trauen kann im Laufe der Zeit Ver-trauen in die eigenen Fähigkeiten zurückgewonnen und der Handlungsspielraum erweitert werden. Dies kann ein lebenslanger Prozess sein – der, nebenbei bemerkt, nicht auf die Verarbeitung einer Behinderung beschränkt ist.

**Akzeptanz und neues Selbstbild**
Die Akzeptanz einer später *erworbenen* Behinderung ist ein schöpferischer Prozess! Die Behinderung zu akzeptieren heißt immer, das eigene Selbstbild entsprechend zu verändern und an manchen Stellen neu zu schaffen. Es bedeutet, die Behinderung nachträglich als einen Teil der eigenen Person anzunehmen – mit der gleichen Selbstverständlichkeit und Existenzberechtigung, die auch für andere Eigenschaften der Person gelten.

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

**Akzeptanz statt Integration**
Akzeptanz ist mehr als Integration. Bei einer Integration (in das eigene Selbstbild, in die Gesellschaft) bleibt das Besondere erhalten, Grundmaß der Dinge ist weiterhin die *Normalität*, die bei Bedarf für besondere Fälle verändert wird. Hier bleibt Behinderung ein zwar (notgedrungen) tolerierter, aber eigentlich ungebetener Dauergast. Würde dieser Gast verschwinden, könnten wir wieder zum *normalen Alltag* übergehen.
Wirkliche Akzeptanz ist ein jahrelanger Prozess. Sehr erschwert (wenn nicht gar verhindert) wird dieser durch die eigenen, vor der Behinderung erworbenen Vor- und Werturteile, die allgegenwärtigen Barrieren und die ja weiterhin bestehende gesellschaftliche Geringschätzung. Allein das gesellschaftliche Bild von Menschen mit Behinderung kann lange Zeit die Akzeptanz der eigenen Behinderung blockieren und damit Entwicklungsmöglichkeiten verbauen.

**Fehlschläge und Mut**
Der Umgang mit Fehlschlägen kann maßgeblich zum Gelingen oder Scheitern des gesamten Verarbeitungsprozesses beitragen. Auszuprobieren heißt Mut zu fassen und Hoffnung zu haben, sich auf Unbekanntes einzulassen. In diesem Zusammenhang sind Fehler, Fehlschläge nicht zu vermeiden. Das Problem dabei ist, dass sie sowohl die Frau selbst, als auch das Umfeld verunsichern („...es klappt wohl doch nicht ...") bzw. bestätigen („... ich hab doch gleich gewusst, dass es nicht klappt ..."). Doch schließlich geht es um ein Neu- bzw. Umlernen von Fähigkeiten – auch wenn sie bei anderen Menschen diesen Alters selbstverständlich sind. Kein Kind würde laufen lernen, wenn es nicht hinfallen dürfte.
Einen Fehlschlag zu verarbeiten, ist oft belastend genug. Wird ein Fehlschlag zusätzlich als Bestätigung für eine Defizit-Einschätzung oder als Warnung vor neuen „Experimenten" benutzt, kann eine Weiterentwicklung, ein Sich-Einlassen auf Unbekanntes nachhaltig blockiert werden.
Obendrein ist es für erwachsene Menschen oft sehr beschämend, Dinge zu üben, die „jedes Kleinkind" besser und fehlerfreier kann.

**Persönliche Erfahrungen**
Als Abschluss werde ich kaleidoskopartig einige Facetten beschreiben, die mir von meinen eigenen Verarbeitungsphasen noch recht nachhaltig in Erinnerung sind, bzw. noch heute an meiner Zufriedenheit nagen. Es sind persönliche Erfahrungen, keine allgemein gültigen Feststellungen. Doch sie können vielleicht einen Einblick in die Vielfalt der Gefühle und Ebenen der Auseinandersetzung geben.

Eine der größten Verunsicherung ist die im Zusammenhang mit der eigenen Person. Wie bin ich jetzt? Was kann ich noch? Um als eigenständige Person weiter zu existieren, muss ich an dem Glauben in die eigenen Fähigkeiten festhalten. Um mein Selbstbild an die veränderten Realitäten anzugleichen, muss ich diesen Glauben aufgeben und meine Fähigkeiten in Frage stellen.
In diese Unsicherheit treffen die anderen – Freundinnen und Freunde, Verwandte, Bekannte, und nicht zuletzt die Fachkräfte. Auch sie haben oder entwickeln Vorstellungen darüber, was genau ich habe, wie es mir damit geht, was ich noch kann und vor allem, was ich nicht mehr kann.

Signalisiere ich Unsicherheit, kann ich mich vor guten Ratschlägen kaum noch retten. Demonstriere ich Stärke, entspricht dies zum einen nicht meinem Gefühl (ich hätte doch so gerne Unterstützung) und wendet sich unter Umständen gegen mich, sollte ich mich nämlich in meiner Einschätzung geirrt haben. Nach einer „Stärke-Demonstration" Hilfe zu benötigen, wirkt sich auf alle weiteren Selbstständigkeitsbestrebungen erschwerend aus.

Der Versuch, das emotionale Unwissen, die emotionale Verunsicherung über die eigenen Fähigkeiten durch medizinische Kenntnisse zu ersetzen: Ich greife zum Lexikon und schlage nach. Bin auf der Suche nach meiner neuen Identität. Was ich finde, sind „körperlose" medizinische Fakten. Es gelingt mir nicht, einen Bezug zu mir als Person herzustellen.
Mein Selbstbild ist gewachsen. 22 Jahre lang – zusammen mit mir. Es lässt sich nicht so schnell verändern, schon gar nicht durch Fakten.
Und besonders hartnäckig hält mein Stolz, bzw. halte ich an den Fähigkeiten, den „Schätzen" fest. Auch wenn ich im Kopf so langsam verstehe, dass sich einige meiner Fähigkeiten schlagartig verändert haben: Das Gefühl ist noch nicht so weit.

Zu Beginn das Bedürfnis, „es" (die Veränderung, Erkrankung, Behinderung) selbst genau zu wissen und „es" ebenso den anderen genau zu erklären. Es folgt die Erkenntnis, dass zwar alle „es wissen" wollen, doch nur selten das Bild, das in den Köpfen der anderen Menschen entsteht, mit dem übereinstimmt, das ich entwerfen wollte. Ich fühle mich völlig unverstanden. Im Nachhinein denke ich, dieses Wissen-und-Erklären-wollen war so wichtig, um möglichst schnell eine neue Identität aufbauen zu können. *Ich weiß, dass ich jetzt „so" bin und die anderen wissen es auch. Wir kennen uns wieder – wie früher.*

Der Druck, dass die Behinderung wieder weg muss, dass alles wieder normal wie früher wird, ist von allen Seiten sehr groß. Deutlich wurde mir dabei der Glaube an die Allmacht der Medizin, der modernen Technik, und ebenso der Glaube an die Allmacht der „alternativen" Richtungen. Doch welche Richtung auch immer: Das Ziel ist erst dann erreicht, wenn die Erkrankung, die Behinderung weg ist.
Bleibt die Heilung aus, kommt das einem Versagen gleich. Wobei das Versagen auf meiner Seite ist. Ich habe einfach noch nicht genug ausprobiert, bin zu unvernünftig etc. Im Laufe der Zeit haben dann Bekannte und FreundInnen eine Begründung, den Kontakt abzubrechen. Solange ich mich nicht mehr bemühe, brauchen sie diese „Belastung" nicht *mehr* auf sich zu nehmen.

**Resümee**
Manchmal trauere ich heute noch. Und gelegentlich überlege ich mir, wie mein Leben weitergegangen wäre, wenn es diesen Unfall nicht gegeben hätte. Eines ist sicher: Es wäre völlig anders verlaufen. Doch inzwischen weiß ich auch: Es wäre nicht besser verlaufen, und wahrscheinlich auch nicht schlechter. Ich habe Fähigkeiten verloren und andere hinzugewonnen.
Durch die Vergleichsmöglichkeit des Vorher-Nachher habe ich eines auf alle Fälle gelernt: Ich kann versuchen, mir vorzustellen, wie sich eine bestimmte Situation für einen Menschen anfühlt und auswirkt. Ich kann versuchen, diese Person mit ihren Gefühlen, ihren Reaktionen zu verstehen. Doch aus eigener Erfahrung weiß ich, dass alle Vorstellungen nur sehr begrenzt etwas mit der Realität der betroffenen Person zu tun haben. Zu wissen, wie es anderen

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

Menschen geht, ist eine Fiktion. Wichtig ist, ihnen zu glauben, sie als ExpertInnen ihrer Situation anzuerkennen. Und sie selbst zu fragen, was sie brauchen.

# Frauen mit nicht sichtbarer Behinderung

Martina Puschke

Die Lebensbedingungen von Frauen mit nicht sichtbarer Behinderung sind bislang nur sehr vereinzelt thematisiert worden. In der letzten Zeit nehme ich in meiner Umgebung jedoch vermehrt den Wunsch von Frauen wahr, sich gerade zu dieser spezifischen Lebensrealität auszutauschen. Mir persönlich geht dies genauso. Es hat lange gedauert, bis ich endlich einmal andere Frauen getroffen habe, die genau wie ich mit einer Behinderung durch die Welt spazieren, ohne dass diese immer gleich für andere offensichtlich ist. Im Nachhinein frage ich mich, an wie vielen ich wohl schon vorbeigelaufen bin, ohne es zu wissen. Seit ich mich mit der Thematik der Nicht-Sichtbarkeit auseinandersetze, wird mir verstärkt die damit einhergehende Komplexität deutlich. Die folgenden Ausführungen können jedoch nur eine Annäherung an das Thema sein.

Es gibt viele, die zur Gruppe der nicht sichtbar behinderten Frauen gehören: Frauen die mit verschiedenen Arten von Rheuma, Multipler Sklerose in unterschiedlichen Stadien, Epilepsie, körperlichen Fehlbildungen, die prothetisch korrigiert werden können, Krebs, chronischen Erkrankungen und ähnlichem leben. Auch gehörlose, schwerhörige, nichtsprechende Frauen und Frauen mit psychischen Erkrankungen oder sogenannter geistiger Behinderung machen teilweise sicherlich ähnliche Erfahrungen, wie die hier beschriebenen.

Das voran Gesagte heißt nicht, dass sich jede Frau, die mit einer wenig offensichtlichen Beeinträchtigung lebt, auch tatsächlich als behinderte Frau bezeichnet. Die Gründe hierfür sind sicherlich unterschiedlicher Natur. In vielen Köpfen wird bei dem Thema Behinderung ein bestimmtes Bild, etwa von Rollstühlen und Abhängigkeiten assoziiert. Da fühlen sich viele Frauen der angesprochenen Personengruppe verständlicherweise nicht zugehörig. Zudem fällt es in dieser normorientierten Welt, in der das oberflächliche äußere Erscheinungsbild sowie hohe Leistungsfähigkeit wichtig sind, schwer, offensiv zur eigenen Beeinträchtigung zu stehen. So manch eine will ihre Beeinträchtigung nicht wahrhaben, verdrängt sie, kann sie nicht anerkennen. Die vielfach damit einhergehende Überforderung und Grenzüberschreitung wird noch weiter unten thematisiert. Hinzu kommt das moderne Frauenbild der unabhängigen Power-Frau, welches – oberflächlich betrachtet – der Frau, die gelegentlich Hilfe oder entlastende Bedingungen braucht, widerspricht. Dass es auch unter den Frauen mit Behinderungen eine ganze Menge Power-Frauen gibt, sei hier nur am Rande bemerkt!

**„Das fällt ja gar nicht auf, dass Du behindert bist!"**

Welche Auswirkung hat es auf eine Frau, wenn sie ständig zu hören bekommt, dass ihre Behinderung nicht auffällt? Zunächst einmal kann dieser Ausspruch als Kompliment gewertet werden. Als solcher ist er meist auch gemeint. Da klingt Anerkennung, Akzeptanz, Bewunderung durch. Lauter positive Zuschreibungen, die in mir einen gewissen Stolz auslösen und die ich normalerweise nur infolge guter Leistungen erhalte. In diesem Fall geht es aber um mich als Person, die so ist, wie sie ist: behindert, aber eben nicht sichtbar behindert. Eine Leistung? Für viele von uns schon. Denn es kostet streckenweise unendlich viel Energie und Mehraufwand, geforderte Leistungen zu vollbringen oder die Beeinträchtigung zu kaschieren mit allem, was dazu gehört.

Das können kosmetische *Korrekturen* genauso sein wie körperliche Überanstrengungen und das Schlucken unendlich vieler Medikamente.

Ich bezweifle jedoch, dass gerade unser Kraft- und Mehraufwand mit diesem Ausspruch honoriert wird. Vielmehr impliziert er, dass Frauen mit nicht sichtbarer Behinderung gar nicht richtig behindert seien. Die Beeinträchtigung wird heruntergespielt, weil sie ja „nicht schlimm" sei und demnach auch „nichts macht". Dabei spielen auch Empfindungen wie: „Für mich bist Du nicht behindert!" oder „Besser so als (noch) schlimmer!" eine Rolle. Darüber hinaus lässt die Unsichtbarkeit Außenstehende aufatmen, sind sie so wenigstens nicht mit der Behinderung direkt konfrontiert – zumindest glauben sie dies. Das zweifelhafte Kompliment ist demnach eher der Ausdruck der eigenen Erleichterung über die geringe Offensichtlichkeit und wird zudem tröstend eingesetzt. Fakt ist auf jeden Fall, dass unsere Lebensrealität nicht gesehen und anerkannt wird.

Zurück zur Ausgangsfrage, was dieser Ausspruch auf Dauer mit Frauen macht, die ihn immer wieder zu hören bekommen. Mir geht es inzwischen so, dass ich vermehrt wütend werde und ihn nicht mehr hören mag. Das hat verschiedene Gründe:

1. Wenn meine Behinderung nicht gesehen wird, heißt es noch nicht, dass sie nicht da ist. Niemand weiß, was sie für mich bedeutet und wie „schlimm" oder „nicht schlimm" ich das finde.
2. Die Aussage impliziert, dass es in Ordnung ist, eine Beeinträchtigung zu haben, solange sie nicht nach außen dringt, d.h. niemand sie sehen muss, sich mit ihr auseinandersetzen oder gar der behinderten Person helfen muss.
3. Sie würdigt meine Freundinnen mit sichtbarer Behinderung ab, signalisiert dass ich trotzdem o.k. bin, meine Freundinnen gegebenenfalls nicht.
4. Ich will nicht mit zweifelhaften Komplimenten getröstet werden, ohne dass ich darum gebeten habe.

**Wo gehöre ich eigentlich hin?**

Diese Frage stellen sich viele Frauen, deren Behinderung nicht offensichtlich ist. Es ist schwer, sich der Gruppe der behinderten oder nichtbehinderten Frauen zuzuordnen. Oberflächlich betrachtet mag diese eindeutige Zuordnung nicht wichtig erscheinen. Das Gefühl, nirgends vollwertig angenommen zu sein und sich „zu Hause" zu fühlen, ist jedoch unbefriedigend. Dieses „Zwischen-den-Stühlen-Sitzen" erschwert die Identitätsfrage. In vielen Situationen spielt die Behinderung eine untergeordnete Rolle, in anderen beeinflusst sie mein Tun im erheblichem Maße. Je nach Lebensabschnitt oder Situation kann das Zugehörigkeitsgefühl auch schwanken. Die erlebten Kontakte mit nichtbehinderten und behinderten Frauen spielen dabei keine unerhebliche Rolle. Im Folgenden wird ein kleiner Ausschnitt von Erfahrungen in unterschiedlichen Zusammenhängen beleuchtet.

„Ihr habt es doch viel einfacher als wir!", schätzt so manch eine offensichtlich behinderte Person unseren Alltag ein. Dieser erste Eindruck ist jedoch trügerisch. Klar, erst einmal gehen wir als „nichtbehindert" durch. Viele bauliche Barrieren sind für uns zumeist kein Hindernis, mit Vorurteilen Nichtbehinderter haben wir im großen Ausmaß nichts zu tun, kein Stigma wertet uns von Anfang an ab. Das macht vieles sicherlich einfacher, zum Beispiel den Erstkontakt zu

nichtbehinderten Menschen. Die Unsicherheit und zum Teil offene Ablehnung, die vielen (offensichtlich) behinderten Menschen begegnet, bleibt uns erst einmal erspart. Aber was, wenn die Beeinträchtigung zum Vorschein kommt? Eine Frau berichtete einmal aus ihrer Jugendzeit: „Der Flirt begann ganz wundervoll. Wir waren in der Disco, Blicke gingen hin und her. Irgendwann saßen wir nebeneinander, der erste zaghafte Kuss, das obligatorische Knietätscheln. Und dann war es passiert: Er tastete meine Prothesen und aus war's mit der Romantik. Er war entsetzt, fühlte sich getäuscht und ich war wieder mal enttäuscht."

Das Beispiel zeigt: Die Behinderung spielt keine unerhebliche Rolle in unserem Leben. Auch wenn sie nicht so sichtbar ist, heißt das nicht, dass wir nicht doch ständig mit ihren Auswirkungen konfrontiert sind. Viele Frauen haben häufig Schmerzen. Andere können die nächsten Stunden oder den nächsten Tag nicht ohne weiteres verplanen. Sie müssen darauf gefasst sein, dass sie plötzlich nicht in der Lage sind, zur Arbeit zu gehen oder ein Vorhaben wie geplant durchzuführen. Das erfordert eine gewisse Flexibilität und Toleranz seitens der betroffenen Frau, aber auch der KollegInnen sowie des Freundes- und Familienkreises. Enttäuschungen, Wut und Trauer, wenn etwas Geplantes (wieder einmal) nicht funktioniert, sind auf beiden Seiten vorprogrammiert. So manch eine Enttäuschung oder unangenehme Situation resultiert auch aus dem *Vergessen* der Behinderung. Wenn im Bekanntenkreis Tipps und Vorschläge für die Freizeitgestaltung gemacht werden, die ich so nicht mitmachen kann, oder auf der Arbeit eine reguläre Leistung erwartet wird, die ich nicht in der Form oder Zeitvorgabe erfüllen kann.

**Die Behinderung verstecken**

Etwas anderes, was nahezu alle angesprochenen Frauen kennen dürften, ist das Verstecken der Behinderung. Da sind wir äußerst erfinderisch. Die Bandbreite reicht von kaschierender Kleidung über das Tragen von Schmuckprothesen bis hin zu angepasstem Verhalten wie Lächeln, wenn wir etwas nicht verstanden haben, oder Rückzug in uns selbst, wenn wir vor Schmerzen nicht mehr weiterkönnen. Zum Teil sind diese Verhaltensweisen bereits völlig automatisiert, weil wir von klein auf in ihnen bestärkt wurden: „So sieht man das gar nicht, dass Du eine Behinderung hast!" Ich weiß aus eigener Erfahrung, dass ich über dieses *Lob* immer sehr stolz war als Kind. Und dieser Mechanismus wirkt bis heute. Sich von ihm zu lösen, sich der eigenen Verhaltensweisen bewusster zu werden, ist schwer und würde für manch eine bedeuten, vielleicht doch sichtbar behindert zu sein. Was ja wiederum auch Vorteile hätte. Bei einer sichtbaren Behinderung ist von vorne herein klar erkenntlich, was die Person auf gar keinen Fall kann. Eine Rollstuhlfahrerin wird nie erklären müssen, warum sie nicht mal eben einen Karton die Treppe herauftragen kann oder warum sie gegebenenfalls mehr Zeit für einen Weg durch Umsetzen und ähnliches benötigt. Die Frau, deren Behinderung nicht offensichtlich ist, verfällt hingegen sehr schnell in die Position der Rechtfertigung, der Erklärungshaltung, warum sie dieses oder jenes nicht, nicht so gut oder nicht so schnell kann. Das kann sehr belastend und teilweise auch demütigend sein. Die Alternative, ohne Erklärung zu sagen „Das kann ich nicht" oder „Das mache ich nicht", ist nur zum Teil eine echte Alternative. Setzt sie doch voraus, dass es mir egal ist, was die anderen von mir denken. Und dies ist nicht jeden Tag der Fall.

Mit der Meinung anderer zum eigenen Körper sind alle Frauen mit Behinderung viel zu oft konfrontiert (gewesen). Da ist die Frage, was jemand von mir denkt, wenn ich sage, dass ich dies oder jenes nicht tun werde, nur ein klei-

ner Ausschnitt. Viel gravierender ist es, wenn diese Frauen für ihre Lebenssituation verantwortlich gemacht werden. Insbesondere Frauen, die mit chronischen Krankheiten, Multipler Sklerose, Krebs und Krampfanfällen leben, kennen in unterschiedlichen Ausmaßen Schuldzuweisungen. Ihnen wird zum Teil unterschwellig, zum Teil sehr direkt von ÄrztInnen, PsychologInnen, TherapeutInnen, im Familien- und Bekanntenkreis die Verantwortung für die Beeinträchtigung gegeben. Die Mutmaßung der psychogenen Ursache spielt dabei keine unerhebliche Rolle. Das heißt, den Frauen wird vermittelt, durch geeignete Therapien, einen *gesunden* Lebenswandel und ähnliches könnten sie *geheilt* werden – wenn sie nur wollen. Der Druck, der damit auf die Frauen ausgeübt wird, ist enorm und zeigt ihnen, dass sie nicht akzeptiert werden, so wie sie sind. Nicht selten wird ihnen auch nicht geglaubt, verbunden mit dem Vorwurf „alles nur zu spielen".

Es kann demnach nicht durchgängig davon gesprochen werden, dass wir nicht sichtbar behinderten Frauen die „leichteren Lebensbedingungen" haben gegenüber Frauen, bei denen die Behinderung klar zu erkennen ist.

**Die Beratungsstelle für behinderte Frauen - Ein Ort für *alle* Frauen mit Behinderungen**

Frauen mit nicht sichtbarer Behinderung sind in der Regel nicht im Blickpunkt von Frauen-Seminaren, -Tagungen, -Beratungsstellen. Wenn frau sichergestellt haben will, dass sie vorurteilsfrei über ihre Beeinträchtigung sprechen kann, bevorzugt sie vielleicht ein Angebot aus den Reihen behinderter Frauen. Insbesondere dann, wenn eine Frau sich (noch) nicht eindeutig als behinderte Frau identifiziert hat, zögert sie jedoch, diese speziellen Angebote wahrzunehmen.

Ganz anders ist es, wenn Frauen mit nicht sichtbarer Behinderung direkt als Zielgruppe angesprochen werden. Dann wissen sie, dass sie erwünscht sind. Sie können davon ausgehen, dass sie nicht explizit erklären müssen, dass sie behindert und damit richtig hier sind, weil die Veranstalterinnen auch auf sie vorbereitet sind. Ich habe in letzter Zeit mehrfach erlebt, dass Frauen, die üblicherweise das Programm behinderter Frauen nicht interessiert, zu Veranstaltungen gekommen sind, wenn sie direkt angesprochen werden. „Endlich weiß ich, dass ich auch erwünscht und richtig hier bin", äußerte vor kurzem eine Teilnehmerin in einem Seminar für Frauen mit sichtbarer und nicht sichtbarer Behinderung. Eine direkte Benennung dieses Personenkreises erscheint mir sinnvoll.

In der Beratungssituation können folgende Themen relevant sein:

- Wann und wo sage ich, dass ich eine Behinderung habe?
- Wie sage ich, was ich nicht oder nicht so gut kann?
- Fragen der Identität, Zugehörigkeit zu behinderten oder nichtbehinderten Frauen
- Kennenlernen von möglichen (Sexual)PartnerInnen
- Überforderung, Wahrung der eigenen Grenzen
- Probleme mit Behörden, Hilfebedarf zu erörtern
- „Sich-erklären-müssen"
- Einfordern von Hilfe und guten äußeren Bedingungen
- Der Vorwurf, die Behinderung selbst „verschuldet" zu haben oder diese zu spielen

**Ein Zwiespalt bleibt**

Ich hoffe, in den vorangegangenen Ausführungen ist deutlich geworden, dass das Leben zwischen den Welten behindert–nichtbehindert und den damit verbundenen Erwartungen nicht so einfach ist, wie es auf den ersten Blick häufig scheint. Einerseits ist es positiv, als scheinbar nichtbehinderte Frau gesehen zu werden. Andererseits ist es auch für uns schier unmöglich, stets die Norm zu wahren. Viele von uns verwenden viel Kraft und Energie darauf, nicht aufzufallen. Die Erfolgserlebnisse sind mal gut, mal zweifelhaft, die Relation einer Kosten-Nutzen-Rechnung nicht immer eindeutig zu bestimmen.

Solange es in unserer Gesellschaft normal ist, Menschen mit Beeinträchtigungen zu behindern, zu diskriminieren, zu stigmatisieren, gibt es für uns alle nur zwei Möglichkeiten:

- sich größtmöglich anpassen, um nicht aufzufallen
  oder die
- kämpferische „Jetzt-erst-Recht"-Haltung einnehmen,
  das heißt, alle immer wieder mit unserem So-Sein und unseren Bedürfnissen konfrontieren, unsere Rechte einfordern

Ich habe den Eindruck, dass gerade wir Frauen mit nicht sichtbarer Behinderung sehr oft zur ersten Variante tendieren. Dieses Nicht-Auffallen klappt vielfach so gut, wird mit Lob und Akzeptanz bedacht und ist teilweise viel einfacher als Aufmüpfigkeit und ständiges Erklären. Die Verlockung als „vermeintlich Nichtbehinderte" durch den Alltag zu gehen, ist groß. Heike Ehrig fragt sich jedoch zu Recht: „Aber verrate ich, wenn ich dieser Verlockung erliege, nicht mich – oder vielleicht sogar die Behindertenbewegung? Muss ich nicht zu mir stehen? Würde ich dann nicht die politischen Ziele nach Gleichbehandlung und Akzeptanz unterlaufen?"(1) Eine Gefahr besteht zudem darin, dass wir uns selbst aufgeben, unsere Grenzen missachten, uns überfordern.
Jede Frau muss immer wieder neu für sich entscheiden, ob und wie sie ihre Behinderung nach außen vertritt.

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

# Psychische Behinderungen
## Bettina Köchling

**Frauen und die Psychiatrie**
Hyster (griechisch) = Gebärmutter; Hysterie = an der Gebärmutter leidend; Bezeichnung für Persönlichkeitsstörung, bei der Geltungsbedürfnis, Egozentrismus und ein Bedürfnis nach Anerkennung im Vordergrund stehen.(1)

Die Geschichte der Medizin und insbesondere der Psychiatrie ist traditionell eher frauenfeindlich. Die Entfernung der Klitoris war bis Mitte der 50er Jahre eine offizielle Therapie in amerikanischen (und wahrscheinlich auch europäischen) Psychiatrien. Die Hysterektomie oder Totaloperation – bis weit in die 70er Jahre ein „Routine"-Eingriff („Ausräumen" genannt) – war Mittel der Wahl gegen alle „Frauenleiden".

Nach offiziellen Schätzungen gehen 4-8 Millionen Menschen in der BRD wegen vorwiegend psychischen Beschwerden zum Arzt oder zur Ärztin - jeder 7. Mann und jede 3. Frau, insgesamt ein Viertel der Bevölkerung(2).

So kommen wir zu erschütternden Zahlen. Nach den Diagnosen der Ärzte und Ärztinnen (Mehrfachdiagnosen durch unterschiedliche medizinische Fachrichtungen eingeschlossen) leidet im bundesrepublikanischen Durchschnitt jede Frau an einer Neurose, Depression oder deren Vorstadium.(3) Nach der Verschreibungsmenge dürfte es in Deutschland eigentlich keine Frau zwischen 40 und 65 mehr geben, die nicht mindestens ein Psychopharmakon und/oder ein Schmerzmittel nimmt; jede Zweite dazu ein Schlaf-, Beruhigungs-, krampflösendes oder Migränemittel - und das Tag für Tag!

Es werden innerhalb eines Jahres pro 1000 Frauen verordnet:(4)

- 940 Tranquilizer, Antidepressiva oder Neuroleptika
- 770 Schmerzmittel
- 505 Beruhigungsmittel
- 315 krampflösende Mittel
- 260 Migränemittel

Ein wirklich lohnendes Geschäft.

Dass Psychopharmaka speziell für Frauen entwickelt wurden und werden, verrät sich auch in der Werbestrategie. So meldete Lilly Industries (ein multinationaler Pharmakonzern) in den 70er Jahren das Antidepressivum Fluoxetine an. Aufgrund seiner Nebenwirkungen sollte es gleichzeitig als Schlankheitspille vermarktet werden. „Du kannst sie nicht befreien, aber du kannst ihr helfen, sich weniger schlecht zu fühlen", lautet ein amerikanischer Werbetext für Beruhigungsmittel.

80% der Psychopharmaka werden von InternistInnen und HausärztInnen verschrieben, nur 6% von NeurologInnen und PsychiaterInnen. Der Rest verteilt sich auf GynäkologInnen, OrthopädInnen und GastroenterologInnen.
Ohne wissenschaftliche Begründung besteht unter den ÄrztInnen die weitverbreitete Meinung: „Frauen über 40 benötigen in aller Regel höher dosierte Psychopharmaka."(5)

In der Psychiatrie sind doppelt so viele Frauen wie Männer. 80% dieser Frauen haben Missbrauchs- und/oder Gewalterfahrung. Das oder die Trauma(ta) sind durchgängig geprägt von Gefühlen des Ausgeliefertseins, der Macht- und Hilflosigkeit, der Angst/Panik und Scham. In der Psychiatrie treffen diese Frauen dann auf Strukturen, die die gleichen Gefühle auslösen.
Das „Gesetz über die Entziehung der Freiheit geisteskranker, geistesschwacher, rauschgift- oder alkoholsüchtiger Personen" vom 19. Mai 1952 ist in Hessen bis heute gültig. Das *klingt* nicht nur nach einem Strafmaßnahmenkatalog, sondern war und ist genauso gedacht. Hinzu kommt noch das bedrohliche Stationsklima, das - trotz deren zahlenmäßiger Unterlegenheit - von männlichen Patienten bestimmt wird. Übergriffe sind häufig - und in jedem Fall jederzeit möglich. Es gibt dort keine Intimsphäre, selbst die Toiletten sind in einigen Psychiatrien nicht abschließbar. Die Türen stellen somit für manche Mitpatienten kein Hindernis dar.

**Psychische Erkrankungen**
Psychische Erkrankungen sind sicher nicht genauso „logisch" zu erklären, wie körperliche Erkrankungen. Über „Ursache" und „Wirkung" lässt sich noch weit besser spekulieren. In jedem Fall gibt es jedoch Veränderungen der Gefühle, der Wahrnehmung und des Verhaltens, der Arbeitsfähigkeit und der Fähigkeit, den Alltag zu bewältigen. Die Fähigkeit, soziale Kontakte herzustellen bzw. aufrecht zu erhalten, ist meist eingeschränkt. Dies muss nicht alles zutreffen und kann verschieden stark ausgeprägt sein.
Viele körperliche Erscheinungen und Krankheiten sind die Folge solcher Beeinträchtigungen. Umgekehrt können selbstverständlich psychische Erkrankungen Folgen von körperlichen sein.
Eine Vererbungstheorie ist immer wieder im (medizinisch-pharmazeutischen) Gespräch. Die Frage bei einer Anamnese nach „Geisteskrankheiten" in der Familie ist – wissenschaftlich gesehen - unbegründet, zementiert aber den Selbstvorwurf, der „kranke Keim" läge in uns, den psychisch Erkrankten.

Mal ehrlich: Was erwarten wir, wenn wir hören „die Schizophrene von Zimmer 4"? Dabei entsprechen viele Frauen mit psychischer Erkrankung gar nicht den landläufigen Vorstellungen der „Verrückten". Gerade Frauen, die ihre „Funktionsfähigkeit" beweisen müssen – obwohl sie schon längst überfordert sind – haben große Angst vor Kontrollverlust. Das bedeutet sowohl den Zwang, sich selbst in der Öffentlichkeit immer „fest im Griff" zu haben – so entsteht das Bild einer sehr disziplinierten, überlegten, souveränen, etwas steifen, tendenziell hochnäsigen Frau. Es bedeutet aber auch die Notwendigkeit, Situationen einschätzbar und damit kontrollierbarer zu machen. Das heißt: Genauer Lageplan des Ortes, wie z.B. Ein- und Ausgänge, dann folgt ein akribisches Studium aller Anwesenden, alles **muss** gehört, gesehen, jede Regung bemerkt werden. Dabei kann häufig nicht „gefiltert" werden, es wird jedes Detail beachtet. Hintergrund ist die Erfahrung, dass es (lebens-)gefährlich ist, wenn etwas außer Kontrolle gerät. Diese Reizüberflutung - gekoppelt mit der ständigen Alarmbereitschaft – führt schnell zur Überforderung. Deren Folge können wiederum Selbstverletzungen, Schlafstörungen, völliger Rückzug etc. sein. „Schlafstörungen" hört sich so harmlos an, ist aber bei psychisch kranken Menschen häufig die Ouvertüre einer schweren Krise. Das wissen wir Betroffenen, was uns dann noch mehr in Angst versetzt. Das erhöht wiederum die Anspannung – so schließt sich der Kreis.

**Beratungsarbeit**
Frauen, die psychiatrische Behandlungen hinter sich haben, noch dabei sind und/oder sich im Wirkungskreis von Psychiatrie befinden (Tagesklinik, betreutes Wohnen etc.) werden wahrscheinlich Verletzungen, Unverständnis und Misserfolge als Problem thematisieren. Sicher ist es wohltuend, darüber - je nach Temperament - ausschweifend, lautstark, (an-)klagend, fluchend, zaghaft oder jammernd zu erzählen. Interessant wird es bei der Frage nach dem eigentlichen Problem: Ist ihr „unangepasstes" Verhalten ein Problem für die betroffene Frau oder haben/hatten andere damit Schwierigkeiten? Selbst wenn gute Gründe für ein Verhalten vorliegen, wird der Ruf „zu spinnen" schnell zum alles bestimmenden Merkmal. Eine psychiatrische Diagnose dagegen (be)trifft den ganzen Menschen. Umgeben von der Aura des Unheimlichen, Unberechenbaren und sogar Gefährlichen gehen schnell auch vertrauteste Menschen auf Distanz. Dabei sind wir Betroffenen in der Situation selbst zu erschüttert, um sagen zu können: „**Ich** bin's doch!".

Um uns von dem bipolaren Denken – Normal-Unnormal – freizumachen, sollten wir wieder zuhören, den ganzen Menschen (be)achten. Ver-rückte Wahrnehmungen wörtlich genauso verstehen: für die Betroffenen wahr, nur aus durchaus fragwürdigen Normen herausgerückt; eine Flucht aus einer für diese Menschen unerträglichen Lebenssituation. Dabei sollten wir uns auch davor hüten, wiederum die Situation zu be- oder entwerten. Es kommt nicht darauf an **was**, sondern *wie* etwas erlebt wird. Ähnliche Erlebnisse müssen ja nicht ähnlich empfunden und verarbeitet werden.
So werden zum Beispiel körperliche Beeinträchtigungen von psychisch kranken Menschen oft subjektiv verstärkt empfunden. Der Zusammenhang ist einfach: Wer an einer Angsterkrankung leidet und bei Angst z.B. einen Asthmaanfall bekommt ... na, das muss ich nicht näher ausführen.

Bei Betroffenen, die in Krisensituationen zu einer Beratung kommen, gilt es erst einmal herauszufinden, worum es ihnen überhaupt geht. So anstrengend das sein kann: Zuhören ist wieder das Mittel der Wahl.
Wie ist die Lebenssituation, das soziale Umfeld, die finanzielle Sicherheit? Wie sind ursprüngliche Lebensplanung und Realität? - Welche Hilfen wären in welcher Situation sinnvoller gewesen, welche Wünsche, Pläne und Ziele bestehen jetzt, welche Unterstützung wird bei der Umsetzung benötigt?
Darüber haben sich viele Betroffene noch keine Gedanken gemacht. Durch das psychiatrische (Ent-)Versorgungssystem haben wir mit den Diagnosen gelernt, nur noch auf unsere vermeintlichen Mängel zu starren.
Kommt die ratsuchende Frau nicht selber auf den Punkt (also weg vom „Jammern", und hin zu einer Entwicklung von Perspektiven), findet die Beraterin heraus, wie sie sonst die Situation überstanden hat. Was half ihr, was tat gut? Es ist wichtig, die Frau zu unterstützen, Eigenverantwortung zu übernehmen. Klare Wünsche zu äußern, ist der Anfang der Selbstbestimmung.
Dies gilt nicht nur für die „freie Wildbahn", sondern auch für Kliniken. Ist eine (Wieder-)Einweisung in die Psychiatrie möglich, weist sie auf die Möglichkeit einer Behandlungsvereinbarung hin. Das ist – juristisch gesehen – eine einseitige Willenserklärung von Psychiatrie-Erfahrenen an die Klinik. Diese ist zwar nicht rechtlich daran gebunden, bei dem Vorliegen einer Vereinbarung aber verpflichtet zu begründen, warum sie sich (teilweise) nicht daran gehalten hat.

Bei psychischen Störungen „wie aus heiterem Himmel" fragt sie nach Medikamenten wie Antihistaminika (gegen Heuschnupfen), Glukokortikoiden (gegen Entzündungen), Cimetidin und Ranitidin (gegen Magen- Darm-

Geschwüre und Magenschleimhautentzündungen) und vielen anderen. Eine Vielzahl von Medikamenten können Halluzinationen, Depressionen, Verfolgungswahn usw. verursachen - eine Tatsache, der von MedizinerInnen kaum Beachtung geschenkt wird.

Wenn die ratsuchende Frau unter starkem Einfluss von Medikamenten steht, sind chemische Grenzen gesetzt. Psychopharmaka wirken auf das gesamte Gehirn, beeinflussen negativ das Sozialverhalten. Neues wird kaum oder nicht erfasst. Hier kann Schriftliches hilfreich sein, etwa ein Zettel mit Stichpunkten und der Aufforderung, sich dazu Gedanken zu machen und zu einem bestimmten Zeitpunkt wieder zu melden.

Grundsätzlich ist es die Entscheidung der ratsuchenden Frau, welche Unterstützung sie wünscht, erwartet oder für die Umsetzung definierter Ziele erforderlich hält. Zu bedenken ist dabei der allgemeine Zwang psychisch kranker Menschen zur Leistung, da immer Beweise unserer Belastungsfähigkeit erwartet werden. Das hat etwas mit dieser irrationalen Angst vor Irren zu tun und ist leider dann, wenn wir unter der Last wieder zusammenbrechen, eine schöne Bestätigung – oder, diagnostisch gesprochen: eine sich selbst erfüllende Prophezeiung.

Dieses „Sich-und-anderen-beweisen-müssen", dass wir leistungsfähig – und somit „normal" – sind, haben Menschen mit den unterschiedlichsten Behinderungen gemeinsam. Doch während gerade auch Frauen mit offensichtlichen Behinderungen oft dafür kämpfen, dass ihnen überhaupt irgend etwas zugetraut wird, müssen Frauen mit psychischen Behinderungen um die Akzeptanz ringen, nicht alles selbstverständlich Geforderte leisten zu können.

Es ist daher für alle Beteiligten sinnvoll, Grenzen zu erkennen, zu setzen und anzunehmen - und damit realistische Pläne zu entwerfen. Das Bewusstsein: „Hier sind meine Grenzen" und das Lernen, damit zu planen, ist ein Riesenschritt für psychisch kranke Menschen, die sich nach therapeutischen Anweisungen bisher damit erschöpften, gegen diese Grenzen – und damit gegen sich selbst – zu kämpfen. Alle Energien und Kräfte haben sich auf einen Bruchteil ihrer selbst konzentriert. Fähigkeiten, Talente, Interessen und Begabungen wurden verleugnet.

Menschen mit einer anhaltenden psychischen Erkrankung werden eher selten zu der Gruppe der „Behinderten" dazu gezählt. Sie empfinden sich selbst auch meist als krank - und somit therapierbar - und nicht als behindert. Die Möglichkeit, auf Dauer behindert zu sein, muss erst einmal in das Bewusstsein psychisch kranker Menschen gelangen. Nur so haben wir eine Chance, zu lernen, damit zu leben - ohne von Therapie zur Tagesstätte, zum Psychosozialen Dienst, zum Betreuten Wohnen, zum Neurologen, zum Psychiater, zur Kontakt- und Beratungsstelle, zur ... zu rennen, und immer noch zu meinen, wir geben uns eben nicht genug Mühe. Bei so vielen Hilfsangeboten kann es doch nur an uns liegen, dass wir weiter nur eingeschränkt konzentrationsfähig sind, kaum oder gar nicht die Nähe anderer ertragen, unsere Tics nicht kontrollieren, Panikattacken auf offener Straße oder im Supermarkt haben, nachts zitternd aus dem Bett flüchten oder uns morgens nicht heraustrauen, bei Schritten vor unserer Tür, Telefon- und Türklingel, Geschrei, jedem lauten Geräusch Atemnot bekommen ... Der Anspruch, das alles niemandem zu zeigen, sondern zu beweisen, dass wir „funktionsfähig" sind, ist bei Frauen sehr hoch. So verlassen viele nur das Haus bzw. ihre Wohnung, wenn sie sich ihrer

sicher sind - und verausgaben sich völlig, weil ein „Ich kann nicht mehr" nicht gelernt, erhört, geglaubt und erlaubt ist bzw. wird. Auch diese Sprachlosigkeit verursacht mit die Tendenz, dass sich Frauen selbst verletzen: Dann ist wenigstens etwas körperlich sichtbar. Das ist mit *ein* Grund.

Die Erkenntnis „Das ist (m)eine Behinderung" kann für viele der entscheidende Schritt sein im Sinne einer ungeheuren Entlastung und der Freude, sich wieder auf eine Gegenwart und sogar Zukunft konzentrieren zu können.

# Progrediente Erkrankungen am Beispiel der Multiplen Sklerose

Renate Klöckner-Schmied

Grundlage dieses Artikels sind meine Erfahrungen als Frau mit MS. Ich habe zwei Jahre lang eine Gesprächsgruppe von und für Menschen mit verschiedenen chronischen Erkrankungen geleitet. In dieser Gruppe hat sich gezeigt, dass viele Probleme, die mit einer chronischen Erkrankung, egal welcher Art einhergehen, doch übergreifender Natur sind.

**Was ist Multiple Sklerose, kurz MS, überhaupt?**
Die Krankheit ist gesellschaftlich wenig bekannt und der Umgang damit demzufolge oft diffuser, mysteriöser und pseudowissenschaftlicher Natur.
Diese Unwissenheit und die damit verbundenen Reaktionen gestalten sowohl die gesellschaftliche Teilhabe, als auch den eigenen Umgang mit der Krankheit für MS-Betroffene umso schwieriger. Dies gilt vor allen Dingen dann, wenn die Auswirkungen der Krankheit für andere noch gar nicht sichtbar sind.

Mir liegt daher daran, erst einmal näher auf das Krankheitsbild einzugehen.
Der erkennbare Ausbruch der Krankheit liegt im Allgemeinen zwischen dem 30. und dem 40. Lebensjahr. Ganz typisch für die MS ist auch die späte Diagnose, oft Jahre nach dem ersten Schub.
Durch verbesserte diagnostische Methoden besteht heute jedoch die Möglichkeit, MS schon mit Mitte 20 festzustellen.
Bei der MS handelt es sich um örtlich nicht festgelegte Entzündungen des Zentralnervensystems. Die Ursachen dafür sind noch unbekannt, wahrscheinlich führen mehrere Faktoren zu der Erkrankung.
Wichtig ist dabei, dass MS eine *lebenslang andauernde, sehr stark veränderliche Erkrankung*, und kein einmaliges oder auch nur annähernd einschätzbares Ereignis ist. Während es sich beispielsweise bei einer Querschnittlähmung um ein weitgehend stabiles Erscheinungsbild handelt, ist bei einer MS von einer möglichen Progression auszugehen. Das heißt aber wiederum auch nicht, dass von vorhersehbaren linearen Verläufen mit absehbaren weiteren Verschlechterungen ausgegangen werden kann.
Mit anderen Worten:

*„Es gibt keine verlässlichen prognostischen Kriterien."*

MS tritt in den wenigsten Fällen von Anfang an in chronisch progredienter Form auf, sondern zunächst in Schüben. Zu Beginn der Krankheit gibt es immerhin die Möglichkeit einer völligen oder partiellen Besserung nach Gabe einer sogenannten „Kortisonkur". Die zeitweilige Rückbildung und das völlig unkalkulierbare Auftreten weiterer Symptome machen einen planvollen Umgang mit der Krankheit unmöglich. Der mögliche Übergang in eine „gefürchtete" sekundär chronisch progrediente Form führt bei ungefähr 5% der Menschen mit MS zu einer schweren Behinderung.
Da die auftretenden Symptome so unterschiedlich wie die jeweiligen Verlaufsformen sind, gibt es nicht *„die MS-Betroffene*".

Ich habe in der Zeitschrift: „Behinderte im Beruf"(1) einen Satz gefunden, der das Gefühl, mit MS klarzukommen, nicht besser wiedergeben könnte:

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

„Ich lebe mit dem Gedanken, dass jeden Tag etwas passiert, und in der Hoffnung, dass nie mehr etwas passiert."

**Veränderung, Verlust**
Der Verlauf der Krankheit sorgt für viele Brüche im Leben.

Da ja ein Leben bis zur Mitte als „gesund" erlebt wurde, wird die „plötzliche" Abweichung von der sogenannten „Normalität" als immenser Verlust empfunden, und es gilt, sich mit immer neuen Verlusten auseinanderzusetzen.
So gestaltet es sich als schwierig, eine Ausbildung oder ein Studium kontinuierlich zu verfolgen. Gut ist es, schon vor Ausbruch der Krankheit eine Ausbildung abgeschlossen zu haben und noch besser ist es, bereits an einem Arbeitsplatz zu sein. Dieser sollte auch mit der Krankheit nach Möglichkeit behalten werden. Nur erwischt es einen meist „so eiskalt", dass man/frau erst einmal handlungsunfähig ist. In dieser Zeit der stärksten Verunsicherung wird in Kliniken und in beratenden Institutionen oft sehr schnell zur frühen Berentung geraten. Und aus Angst vor der Krankheit stimmen viele zu. Erst einmal berentet, trauen sich die Betroffenen in der Regel keinen Neuanfang mehr zu.

**Die Familie. Spannungen und Schuldzuweisung**
Die Situation als Mutter und Hausfrau:

Die vorher von mir erwähnten nicht verlässlichen prognostischen Kriterien, die Schwankungen der Tagesform sowie der Belastbarkeit führen in einer Familie zunächst naturgemäß zu großen Spannungen. Als MS-Kranke empfindet man/frau sich als unzuverlässiges Familienmitglied mit ständig neu hinzukommenden Defiziten.
Am Sinnvollsten ist es meiner Meinung nach, ganz offen über die Probleme zu reden, die Familie einzubeziehen. Dies ist leichter gesagt als getan, da alle Beteiligten oft überfordert sind und die Problematik der Emotionalität nur schwer ohne Unterstützung „von außen" gelöst werden kann. Eine Familientherapie kann hier sehr hilfreich sein.
(Es gibt entsprechende Familienangebote bei der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft.)
Zurück zum normalen Alltag von Hausfrau und Mutter. Der Druck einer sogenannten „Normalität" ist für mich als Mutter ganz erheblich. Da gibt es Situationen wie den Bastelnachmittag, wo ich persönlich „schlapp gemacht" habe. Oder Kindergeburtstage, wo inzwischen ein enormer Leistungsdruck zumindest von nicht berufstätigen Müttern ausgeht, was das Programm an solch einem Tag betrifft.
Permanent befand ich mich zu dieser Zeit in einer Rechtfertigungsposition, warum ich aus gesundheitlichen Gründen nicht mithalten konnte.
Viel selbstbewusster hätte ich dem begegnen können, wenn ich vielleicht einfach aus Prinzip das eine oder andere nicht mitgemacht hätte.

**Schuldfrage**
Hinzu kommt, dass bei einer Krankheit wie der MS eine Schuldzuweisungsfrage ständig im Raum steht.
Bei der Summe von Unklarheiten über die Krankheit führt das zur Unsicherheit bei allen Beteiligten und es wird die absurde Frage nach dem „Warum" gestellt.
Da kommen Fragen, vor allem aus dem engsten Verwandtenkreis, wie:

Woher kommt die Krankheit eigentlich?
Hast du vielleicht doch zu stressig gelebt?
Hast du dich falsch ernährt? etc.
Vielleicht hättest du doch keine Kinder bekommen sollen!

Oder es kommen tolle Ratschläge aus irgendwelchen sehr zweifelhaften Zeitungen mit noch zweifelhafteren pseudowissenschaftlichen Erkenntnissen und Ratschlägen.
Diese werden dann von allen, die sie gelesen oder sogar nur davon gehört haben, als gutgemeinte Empfehlung an Menschen mit MS weitergegeben. Mit diesen Ratschlägen geht fast immer die Erwartung einher, dass sie von uns anschließend beherzigt und befolgt werden. Dabei befinden sich „gesunde" Menschen schon allein dadurch im Recht, dass sie diese Erkrankung/Behinderung nicht haben. Solange ich noch krank bin, mache ich noch etwas falsch, habe ich noch nicht die richtige Therapie ausprobiert. Dieser Logik ist nur sehr schwer zu begegnen. Ich finde mich in der Zwangs-Lage wieder, beweisen zu müssen, dass so viele tolle Tipps nichts nutzen. Dies ist schlicht unmöglich.
Und schließlich und endlich plagt mich doch gelegentlich ein schlechtes Gewissen, vielleicht doch nicht alles Erdenkliche gegen den Ausbruch und das Fortschreiten der Krankheit getan zu haben.

**Offenbarung und Hilfsmittel**
Wenn die Behinderungen sichtbar werden, gibt es das Problem der Offenbarung gegenüber Mitmenschen und die Akzeptanz von Hilfsmitteln.
So kann beispielsweise ein Rollstuhl lange Zeit in der Vorstellung vieler Betroffener das „Aus" bedeuten. Der Rollstuhl ist dann der sichtbare und endgültige Beweis für das eigene Unvermögen. Es dauert lange, bis Hilfsmittel, die ja das Leben erleichtern, als „solche" gesehen werden können.
Oft stehen der Akzeptanz von Hilfsmitteln auch Familienangehörige entgegen, die eher rund um die Uhr ihre Hilfsbereitschaft bekunden, als den Betroffenen ihre Selbstbestimmung durch die Anwendung von Hilfsmitteln zurückzugeben. Ein Grund für dieses Verhalten mag sein, dass sich die Familienangehörigen schämen, dass sie die Behinderung so lange wie möglich verstecken möchten.
Ebenso kommen ihre eigene Hilflosigkeit, aber auch Ignoranz der Situation gegenüber als Gründe in Frage.

**Auseinandersetzung und Veränderung**
Für mich ist es eigentlich logisch, dass ein fortwährender Krankheitsprozess ebenso zu psychischen Veränderungen führen kann. Davon mögen einige unerwünscht sein, denn schließlich ist es nicht einfach, die vielfältigen persönlichen und gesellschaftlichen Veränderungen zu verkraften. Andere dagegen sind notwendig, um mit der veränderten (und sich ständig weiter verändernden) Situation umzugehen.

So geht es geht jetzt darum, sich an anderen Werten zu orientieren (Ich meine, es ist erstrebenswert, das sowieso, auch ohne Krankheit oder Behinderung zu tun.).
Insbesondere Frauen werden in eine gesellschaftliche *Schönheitsnorm* gepresst. Hinzu kommen immer höhere Leistungsnormen in Beruf und Partnerschaft, Haushalt und Mutterschaft.
So haben wir in meinem Gesprächsabend an mehreren Abenden darüber diskutiert, wie sich das Selbstbild mit der progredienten Erkrankung verändert.

Hauptthemen waren dabei:

- die eigene Unzuverlässigkeit (sich selbst nicht trauen können)
- die Unplanbarkeit des Tages, der nahen Zukunft
- die Ängste und Unsicherheiten: Wie wird die Zukunft sein? Wie werden Krankheit und Behinderung weiter fortschreiten?
- der Umgang mit Rückbildung und neu hinzukommenden Einschränkungen (immer wieder neu hoffen, neu enttäuscht werden, neu Abschied nehmen)
- die Reaktionen der Umwelt, z.B. auf die unterschiedliche Benutzung der Hilfsmittel (heute Rollstuhl, morgen Rollator, übermorgen ... zumal ohne „richtig sichtbare" Behinderung); üble Reaktionen der Mitmenschen, wenn sie mich z.B. wegen meines unsicheren Gangs für besoffen halten

Und letztendlich sollen wir für die „aus Unkenntnis" entstehenden Reaktionen der Mitmenschen auch noch Verständnis aufbringen. Sie wissen es ja nicht besser oder meinen es ja nur gut.

Es gehört schon ein gewaltiges Maß an Selbstbewusstsein dazu, um dem entgegenzutreten und sich zu behaupten.

**Akzeptanz und Austausch**
Die Tatsache, dass je nach Befindlichkeit verschiedene Hilfsmittel eingesetzt werden, führt allgemein zur Skepsis.
Auch der Umgang mit Leuten, deren Behinderung offensichtlicher und eindeutiger ist (wie z.B. ständigen RollstuhlnutzerInnen), ist oft leider auch sehr schwierig.
Hinzu kommt die Unsicherheit der eigenen Einstufung, gerade auch bei leichterer oder nicht sichtbarer Beeinträchtigung: Bin ich nun krank oder behindert, oder – im Intervall – gesund? Habe ich mich endlich dazu durchgerungen, zu akzeptieren, dass ich eine Behinderung habe, werde ich ausgerechnet von anderen Menschen mit Behinderung nicht als „echt" anerkannt, sitze so zwischen allen Stühlen.

Es gibt inzwischen in vielen Orten MS-Selbsthilfegruppen(2). An diesen nehmen meist deutlich mehr Frauen als Männer teil. Die Bereitschaft, sich über die MS betreffenden Probleme auszutauschen, ist bei Frauen grundsätzlich eher vertreten. Das liegt zum einen sicher an der geschlechtsspezifischen Erziehung: Männer dürfen keine Trauer zeigen, keine Verluste empfinden, dürfen nicht weinen. Zum anderen sind laut Statistik einfach mehr Frauen als Männer von der MS betroffen.
Selbsthilfegruppen können gerade bei fortschreitenden oder stark veränderlichen Erkrankungen/Behinderungen eine große Unterstützung darstellen. Wie bereits beschrieben, ist durch den Wechsel der Symptome eine immer wiederkehrende Auseinandersetzung mit *neuen* Einschränkungen, mit *wiederum veränderten Situationen* nötig. Entsprechend muss die eigene Einschätzung auch

immer wieder korrigiert werden. Und nicht zuletzt muss dem sozialen Umfeld die erneute Veränderung vermittelt werden. Der Austausch mit anderen Menschen kann zur Bewältigung dieser Aufgaben dabei sehr hilfreich sein.
Auch entsprechende Beratungsstellen können eine gute Unterstützung darstellen. Hier ist es wünschenswert, dass die Beratung vorrangig von Menschen mit einer entsprechenden Behinderung geleistet wird.

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

# Umwelterkrankungen
## Christa Pfeil

Umwelterkrankungen werden heute zwar immer mehr ein Thema, ihre Reichweite sowie die Folgen werden jedoch selten erkannt bzw. anerkannt. Dies gilt nicht nur für die „einfache" Bevölkerung, sondern ebenso für die medizinischen Fachkreise sowie für Entscheidungsträger in Wirtschaft und Politik.
In den USA ist die Forschung auf dem Gebiet der Umwelterkrankungen weiter fortgeschritten; dementsprechend kommen Krankheitsbezeichnungen und Erklärungsmodelle zumeist aus diesem Raum.
An Umwelterkrankungen werden heute unterschieden:

| | |
|---|---|
| **MCSS** | (multiple chemical sensitivity syndrom)<br>Vielfältige Chemikalienunverträglichkeit; **umgangssprachlich MCS** |
| **CFS** | (chronic fatigue syndrom)<br>Chronisches Erschöpfungssyndrom sowie |
| **SBS** | (sick building syndrom)<br>Reaktion auf krankmachende Gegebenheiten in Gebäuden |
| **Elektrosensibilität** | Hypersensitivität auf elektrische, magnetische und elektromagnetische Felder. Diese Felder sind in ihren Auswirkungen sehr ähnlich. |

Auslöser dieser Erkrankungen sind in den meisten Fällen für harmlos gehaltene Kontakte mit Chemikalien. Im Privatbereich sind dies z. B. Kosmetika, Parfums, Zahnersatzstoffe, Autoabgase, Zigarettenrauch, Schimmelpilze, Farb- u. Konservierungsstoffe in der Nahrung, Chemikalien in Kleidung und Schuhen, Insektenvernichter ...

Im beruflichen Bereich, z. B. bei MalerInnen, ist oft ein intensiver Kontakt mit Lösemitteln gegeben. FrisörInnen sind mit Duftstoffen und vielen anderen Chemikalien belastet; andere haben Kontakt mit Schmierstoffen/Ölen oder Dämpfen von Metallen und Klebern, Desinfektionsmitteln ...

In Räumen/Häusern können unter anderem chemisch behandelte Holzvertäfelungen, ausgasende Bodenbeläge (z.B. Lösemittel im Teppichboden), Farben, Lacke, Einsatz von Haushaltschemikalien, schadstoff-ausstoßende Klimaanlagen, Verbrennungsrückstände von Heizungen und zu dicht schließende Fenster zu Krankheitssymptomen führen.

Oft ist den betroffenen Frauen diese Diagnose noch nicht einmal bekannt. Denn die wenigsten SchulmedizinerInnen sind bisher in der Lage, die vielfältigen Symptome einem – ihnen selbst noch unbekannten und politisch bisher unerwünschten – Krankheitsbild zuzuordnen. Erst in den letzten zwei Jahren tauchen in vielen Städten vereinzelt MedizinerInnen mit einer entsprechenden Zusatzausbildung auf.

Sehr viele ÄrztInnen halten die vielfältigen physischen und psychischen Symptome wie:

vermehrtes Müdigkeitsgefühl – raschere Ermüdbarkeit – Antriebsarmut – Gefühl allgemeiner Schwäche
verminderte Konzentrationsfähigkeit - Gedächtnisprobleme
erschwerte Auffassung und fehlender Überblick bei komplexen Aufgaben
Verdrehen von Buchstaben, Silben, Zahlen - Verwechseln ähnlicher Begriffe
Kopfschmerzen – diffuse Schmerzen in Knochen, Weichteilen und Gelenken
Magen- und Darmbeschwerden
vermehrte Schleimproduktion/vermehrter Speichelfluss
allgemeine motorische Ungeschicklichkeit
Zittern der Hände
Infekthäufung
allgemeine Ruhelosigkeit - innere Unruhe - Reizbarkeit
vermehrtes Schwitzen
kalte Hände/Füße sowie blässlich oder rötliche Verfärbung der Hände/Füße
Schwellungen im Bereich der Augenlider und des Gesichtes - Augenbrennen
Hautjucken – vermehrtes Auftreten von Akne
Schlafstörungen – depressive Verstimmung - Ängste
Leistungsknick im Beruf und bei Hobbies
Interessenverlust – soziale Rückzugstendenz

für Symptome der ihnen – je nach Fachgebiet – bekannten Erkrankungen und behandeln entsprechend. Nicht zu erklärende bzw. therapieresistente Beschwerden werden überwiegend mit einem Schulterzucken übergangen oder mit Psychopharmaka therapiert.

Oft erzählen die betroffenen Frauen von einer Besserung der Beschwerden im Urlaub und erneuten Beschwerden nach Rückkehr in das häusliche Umfeld oder den Arbeitsplatz.

Betroffene ziehen sich unter diesen Umständen von ihrer „Mitwelt" zurück, denn:
Das Parfum der Freundin löst starke Kopfschmerzen aus, der Zigarettenrauch im Lokal oder Fahrstuhl führt zu Atemnot, das gemeinsame Essen mit Freunden oder der Familie wird wegen der besonderen Regeln für die Ernährung zur Qual. Modische Kleidungsstücke lösen Hautprobleme aus, im Auto oder als Fußgängerin ist frau den Autoabgasen ausgesetzt, in öffentlichen Verkehrsmitteln dem Parfum der Fahrgäste, der Spaziergang im Wald kann zum lebensbedrohlichen Schock führen, denn der typische Waldgeruch entsteht durch Schimmelpilze ...
Leben und Arbeiten in der Gemeinschaft wird unter diesen Umständen zum großen gesundheitlichen Risiko, eventuell sogar lebensbedrohlich.

Die Betroffenen erhalten von ihrer Mitwelt ebenso wenig Verständnis wie von ihren ÄrztInnen qualifizierte Hilfe.
Die Frauen, die schon oft die ÄrztInnen gewechselt haben, weil bisher kein Mediziner, keine Medizinerin erfolgreich therapieren konnte, sind vielleicht schon zutiefst verzweifelt, sehr oft depressiv. Mit viel Glück haben sie eine verantwortungsbewusste Ärztin, einen Arzt der „besonderen Behandlungsformen"(1) oder einen Heilpraktiker, eine Heilpraktikerin gefunden.
Auch die Kostenträger (Krankenkassen, Berufsgenossenschaft, Sozialhilfeträger) bezahlen nur nach zähem Ringen oder bei schulmedizinisch nachge-

wiesenen Allergien die Kosten der besonderen Behandlungen – z.B. Amalgamsanierung und teurere Ersatzstoffe sowie anschließender Ausleitung des Quecksilbers.
Ohne entsprechende fachliche Hilfe können sich manche Menschen mit Umwelterkrankungen nur noch in keimfreien Räumen mit gefilterter Luft und keimfreien Möbeln aufhalten. Oder sie leben, z.B. im Wohnmobil an wechselnden Plätzen, in ausreichender Entfernung von Straßenverkehr und stromführenden Leitungen.

Die soziale Isolation, fehlende Unterstützung sowie fehlendes Verständnis und die zum Teil unvorstellbaren Leiden können dazu führen, dass die betroffenen Menschen nicht mehr weiterleben wollen.
Und während betroffene Menschen mit dieser Erkrankung und ihrem Wunsch nach Veränderung meist nicht anerkannt und ernst genommen werden, erfahren sie ausgerechnet in ihrem Todeswunsch Unterstützung. So hat in den USA Dr. Kevorkian (genannt Dr. Death) der CFS-Patientin Judith Curren mit der von ihm entwickelten „Todesmaschine" die von ihr gewünschte aktive Sterbehilfe gewährt.(2)

**Beschreibung von MCS – Arbeitshypothese von Cullen, 1987**
*„Eine erworbene Störung, die charakterisiert ist durch rezidivierende Symptome, ... vorzugsweise an mehreren Organsystemen. Sie ist Antwort auf nachweisbare Expositionen gegenüber vielen chemischen miteinander nicht verwandten Stoffen, die bei Dosen auftritt, die weit unter denen liegen, die in der Allgemeinbevölkerung als schädigend gelten. Es gibt keinen allgemein akzeptierten Test physiologischer Funktionen, der mit diesen Symptomen korreliert."* (3)

Mit anderen Worten: Es handelt sich um eine erworbene Störung bzw. Erkrankung. Die Symptome treten immer wieder auf und betreffen meist mehrere Organe und Körperteile. Die Krankheit entsteht durch einen nachweisbaren Kontakt mit unterschiedlichen chemischen Stoffen. Von diesen Stoffen reichen bereits Dosen aus, die weit unter der allgemein als schädlich anerkannten Menge liegen. – Beispiel: Der Rauch von 4 Zigaretten in einem geschlossenen Raum überschreitet die gesetzlich definierte „Maximale-Arbeitsplatz-Konzentration" von Formaldehyd nicht. Geringste Spuren des Zigarettenrauchs können bei einem an MCS erkrankten Menschen aber schwerste Symptome auslösen.
Es gibt keinen allgemein akzeptierten Test, durch den sich der Zusammenhang zwischen der Wirkung der chemischen Stoffe und den Krankheitssymptomen nachweisen lässt.

**Behandlungsmethoden**
„Umweltmedizinische und psychologisch/psychiatrische Behandlungsansätze werden zusammen entsprechend ihrer Gewichtung beim Patienten angewandt. Dazu gehören:

- die Entwicklung eines tragfähigen therapeutischen Bündnisses über psychotherapeutische und psychoedukative Maßnahmen
- Erarbeitung und Durchführung nachhaltiger Expositionsmeidungs und -minderungsstrategien (dies gelingt nur mit entsprechenden Verhaltensänderungen)
- Eliminations-, Rotationskost u.a.

- Behandlung und Supplementierung mit Mikro- und Makronährstoffen
- Hyposensibilisierung nach der modifizierten Millertechnik
- andere medizinische Maßnahmen"(4)

**Prognose**
Der Verlauf der Störung wird entscheidend geprägt durch Lebensbedingungen und Verhaltensweisen, die der Störung angepasst sind.
Ohne adäquate Wohn- und Arbeitsbedingungen, ohne angepasste Ernährung und Sozialverhalten haben Patienten wenig Chancen, eine nachhaltige Veränderung zu erzielen. Zum einen hängt dies von den finanziellen Ressourcen, der praktischen Unterstützung im sozialen Umfeld (Partner, Familie, Arbeitgeber), zum anderen von der Motivation des Patienten im Hinblick auf Sozial- und Essverhalten ab.

Erst dann hat der Arzt eine Chance, sich erfolgreich an der Behandlung von MCS zu beteiligen.

Die Behandlung der Störung und die Förderung geistiger und körperlicher Leistungsfähigkeit ist langzeitig. Die o.g. Behandlungsstrategien sind auf viele Monate und Jahre ausgerichtet.
*Für längere Zeit stellt MCS bei den Betroffenen eine große Behinderung dar. (Hervorhebung durch die Autorin)*
Die Erfahrungen von uns und anderen (W. Rea, USA; J. Monro, England, K. D. Runow, Deutschland) zeigen jedoch, dass ... eine gesundheitliche Stabilisierung und Rehabilitation innerhalb von Monaten und Jahren, entsprechend der Schwere des Krankheitsbildes möglich ist."(5)

Die Prognose zeigt, dass MCS keine Krankheit für finanziell Minderbemittelte ist.

**In der Beratung**
Wir können in der Beratung (leider noch immer) sehr wenig konkrete Hilfen vermitteln – denn die berufliche Eingliederung oder die Suche nach einer geeigneten Wohnung ist aufgrund der vielen fast unerfüllbaren Bedingungen ungleich schwieriger, als bei einer Behinderung mit anerkanntem Krankheitsbild.(6)
Unser Part ist es:

- in der Beratung auf Hinweise zu achten, die auf eine bisher unerkannte Umwelterkrankung schließen lassen
- die betroffenen Frauen ernst zu nehmen
- den gesellschaftlichen und politischen Kampf um die Anerkennung der Krankheit mitzutragen
- die Arbeit der bestehenden Selbsthilfegruppen zu unterstützen (auch indem wir z.B. rauch- u. parfumfreie Räume zur Mitbenutzung anbieten)
- betroffenen Frauen die Möglichkeit zu geben, zur Beratung zu kommen – indem wir ihnen nicht selbst parfümiert gegenübertreten und
- den Beratungsraum frei von Schadstoffen zu halten
- kompetente ÄrztInnen und Selbsthilfegruppen zu benennen

# Anhang

Stichwortverzeichnis
Anmerkungen zu den Texten und Literaturnachweise
Literaturtipps
Nützliche Adressen
Vorstellung der Autorinnen
Bildnachweis

# Stichwortverzeichnis

Abhängigkeit 41, 56, 84, 91, 104, 107, 110, 131, 189, 198, 203, 204, 220
Adoption 147
Akzeptanz/Ablehnung 56, 74, 78, 79, 84, 217
Alkohol 195, 196
Amelotatisten 92
Angehörige 30, 33, 34, 35, 107, 108, 110, 115, 144, 197, 211, 213, 223, 232
Arbeit 54, 55, 56, 61, 63, 65, 67, 69, 153, 157, 165, 170, 212, 231
Arbeit:
  Erster Arbeitsmarkt 64, 160, 161, 162
  Kündigung 163, 166
  Nichterwerbstätigkeit 170, 171
Arbeitslosigkeit 61, 64, 66, 173
Assistenz 41, 91, 182
Assistenz:
  Ambulante Hilfsdienste 183
  Behinderte ArbeitgeberInnen 185
  Arbeitsplatzassistenz 62, 160, 163, 174, 175, 178, 179, 180
  Arbeitsplatzassistenz - Definition 178
  Assistenzgenossenschaft 184
  Individuelle Schwerstbehindertenbetreuung 183
  Persönliche Assistenz 62, 68, 84, 95, 113, 114, 136, 138, 139, 143, 144, 150, 186
  Persönliche Assistenz - Definition 186
  Pflegeversicherungsgesetz 183
Aufenthaltsbestimmung 107, 110
Ausbildung 19, 51, 57, 62, 69, 77, 153, 158, 159, 212
Austausch 39, 42, 134, 220, 234
Barrieren/Barrierefreiheit 30, 52, 65, 78, 100, 112, 122, 134, 138, 154, 196
Bedarfsermittlung 79, 188
Begleitung 197
Behindertenbewegung/Krüppelbewegung 52, 69
Behindertenvereine 64
Behinderung 64, 106, 199
Behinderung:
  Ablehnung 214
  Auseinandersetzung 164, 197, 214
  Blindheit 75, 135
  Chronic Fatigue Syndrom 235
  Chronische Erkrankung 62, 209, 230
   Definition 208
   Einschätzung 75, 141, 159, 174, 175, 233
  Frühbehinderung 103, 141, 154, 211
   Gehörlosigkeit 100, 135
   Gesellschaftlicher Aspekt 22, 212
   Hoffnung 216, 231
   Körperbehinderung 134
   Multiple Chemical Sensitivity Syndrom 235, 237
   Multiple Sklerose 230
   Nicht sichtbare Behinderung 72, 220
   Progrediente Behinderung 204, 230
   Psychische Erkrankung/Behinderung 225, 226
   Psychische Veränderungen 232

Sick Building Syndrom 235
Sogenannte geistige Behinderung 62, 106, 107, 110, 125, 135, 179
Spätbehinderung 79, 103, 141, 154, 189, 213
Trauer 56
Umwelterkrankungen 209, 235
Unkenntnis 230, 233, 235
Unsicherheiten 213, 216, 218, 233
Unvorhersehbarkeit 230
Verarbeitung 214
Verlust 213, 231
Werteskala 209
Beratung 18, 19, 34, 37, 69, 81, 90, 92, 93, 99, 105, 109, 112, 117, 130, 139, 152, 157, 158, 161, 163, 164, 174, 175, 188, 197, 204, 223, 227, 234, 238
Beratung:
Abgrenzung 26, 37, 38, 39, 45, 92, 106
Beratungsziel 31, 33, 37, 159
Betroffenheit 24, 26
Co-Beratung 26, 118
Dialogischer Prozess 21
Ganzheitlichkeit 23, 25
Gesprächsführung nach Rogers 22, 39
Identifikation 24
Kreative Methoden 29, 38
Parteilichkeit 23, 24, 105, 109
Persönliche Zukunftsplanung 23
Reflexion 20, 25, 37, 42, 93, 118, 198, 201
Rahmenbedingungen 109, 118
Rollenspiele 188
Übertragung 106, 118
Unterstützung 34, 82, 118
Beratungsangebote 100, 137
Beruf 158, 159, 175
Berufliche Bildung 61, 161
Berufsbildungswerke 54, 154, 159
Berufsförderungswerke 54, 154
Betreuung 107, 110, 115
Betroffenheit 45
Bezugspersonen/Einbeziehung 33, 34, 159
Bürgerrechtsbewegung 21
Burn-out 38, 40, 47
DDR 55, 60, 61, 117
Wende 63, 64
Defizitorientierung 20, 22, 54, 57, 68, 69, 75, 78, 97, 175, 211
Depression 196, 197, 201, 203, 216, 225
Diskriminierung 211
Doppelte Diskriminierung 19, 44, 54, 60
Dispensierebetreuung 62
Einwilligungsfähikeit 125
Eltern 56, 58, 79, 103
Erziehung 141
ExpertInnen 36, 75, 86, 104, 107, 211, 223
Fortbildung 114
Frauenberatungsstellen/Frauenhäuser 19, 45, 100, 107
Frauenbewegung 69
Frauenrolle/Frauenbild 24, 40, 57, 67, 69, 88, 196, 220

Fremdbestimmung 81, 104, 113, 134, 211
GebärdensprachdolmetscherInnen 30, 34, 93, 100, 138, 160
Geburt 133
Gefahrensituationen 140, 145
Gewalterfahrung 226
Gleichberechtigung 28
Gleichberechtigung:
als Frau 63
als Mensch mit Behinderung 61, 115, 131, 192
Grenzen erkennen/setzen 130, 150, 189, 216, 224, 228
Grenzüberschreitungen 81, 104, 105
Gynäkologie 97, 127, 134
Hebammen 127, 128, 132, 134, 136
Hilfsmittel 57, 93, 139, 142, 160, 163, 174, 175, 177, 232
Humangenetische Beratung 97
Hysterie 225
Identifikation 57, 72
Identifikation:
als Frau 72
als Frau mit Behinderung 70
Identität 66, 86, 221
Identität:
als Frau 24, 68, 72, 86, 97
als Frau mit Behinderung 72, 74
Integration 217
Integrationsfachdienste 165, 174
Interessenvertretung 49
Kommunikation 22, 29, 30, 80, 92, 107, 109, 116, 135, 138
Kompetenzerwerb 113, 189
Körperbild 83, 84
Körpergefühl 72, 84, 103, 113
Kostenträger 160, 169, 236
Krisenbewältigung 197
Krisensituationen 227
Lebenssituation 19, 42, 54, 61, 68
Leistungen 120, 136, 143, 166, 167, 168, 169, 177, 178, 179, 191
Leistungsdruck 76, 77, 132, 133, 134, 218, 221, 228, 231
Lesbische Mädchen und Frauen 88, 90
Lobbyarbeit 123
Mädchen 25, 30, 56, 103
Medien 123
Medikamente 106, 135, 195, 196, 221, 225, 227, 228
Medikamentenabhängigkeit 196, 201
Medizin 225
Mikrozensus 55, 156
Missbrauch Widerstandsunfähiger 116
Mobbing 47, 163, 165
Mobilität 138
Mutterschaft 54, 56, 62, 69, 125, 127, 131, 133, 138, 142
Nachbarschaftshilfen/Tauschringe 146
Netzwerke 49, 70, 91
Normalität 57, 78, 126, 138, 227, 228, 231
Normen und Werte 19, 65, 68, 69, 72, 74, 76, 78, 88, 130, 196, 220
Notrufinitiativen 117
PartnerInnenschaft 54, 56, 69, 86, 88, 90, 125, 189, 213

Peer Counseling 18, 19, 28, 30, 33, 34, 42, 92, 117, 157, 204
Peer Counseling:
Rahmenbedingungen 28, 30, 33
Peer Support 21, 34
Peoples First 23
Pflegebedürftigkeit 190
Pflegestufen 191
Pränataldiagnostische Tests 128, 129
Prävention 113
Psychiatrie 225
Psychopharmaka 225
Psychosozialer Dienst 165
Rahmenbedingungen 161
Rechtliche Aspekte:
§ 218 127
Antidiskriminierungsgesetzgebung 21
Betreuungsgesetz 107, 125
Bundessozialhilfegesetz 143, 186, 190, 191, 208
Bürgerliches Gesetzbuch 148
Glaubwürdigkeitsgutachten 124
Grundgesetz 190, 192
Kinder- und Jugendhilfegesetz 136, 143, 148
Mutterschaftsrichtlinien 127
Nebenklage 115
Opferentschädigungsgesetz 120
Persönliche Assistenz 186, 190, 192
Pflegeversicherungsgesetz 182, 188, 190, 191
Prozesskostenhilfe 119
Rehabilitation 156
Schwerbehindertengesetz 166
Sexuelle Gewalt 19, 109, 111, 115
Sozialgesetzbuch I 166
Sozialgesetzbuch XII 208
Sozialgesetzbuch IX156, 161, 163, 166, 167, 169, 177, 190
Strafgesetzbuch 115
Strafprozess 101, 115
Unterlassungsklage 116
Zivilprozessordnung 119
Rehabilitation 64, 156, 166, 167, 169
Rehabilitation:
Arbeitstraining 162
Berufliche Rehabilitation 19, 153, 161, 168
Rente 62, 64, 66, 158, 163, 171, 172, 173
Ressourcen 31, 38
Rollenvorbilder 22, 73, 77
Schmerzen 79, 196, 199, 201, 204, 222
Schönheitsideal 54, 57, 63, 68, 77, 88, 233
Schuldgefühle/Schuldzuweisung 41, 105, 140, 197, 201, 223, 232
Schule 54, 56, 62, 76, 154
Schwangerenvorsorge 128
Schwangerschaft 125, 126, 133, 138
Schwangerschaftsabbruch 125, 127, 129
Schweigepflicht 120
Schwerbehindertenausweis 208
Selbstbestimmt Leben 21, 22, 65, 70, 157, 186, 212

Selbstbestimmung 22, 31, 32, 33, 55, 75, 80, 104, 113, 128, 135, 198
Selbsterfahrung 83, 118
Selbstheilung 111
Selbsthilfegruppen 19, 52, 64, 97, 196, 197, 233
Selbstverteidigungskurse 113, 114
Selbstwahrnehmung/Fremdwahrnehmung 20, 60, 72, 73
Selbstwertgefühl/Selbstbild 41, 54, 58, 59, 72, 73, 88, 103, 105, 170, 196, 211, 215, 217, 233
Selektion 127, 129, 130
Sensibilisierung 123
Sexualberatung 94
Sexualität 58, 69, 79, 83, 90, 93, 99, 103, 113, 114, 133
Sexuelle Gewalt 54, 100, 102, 117, 201
Sexuelle Gewalt:
Prozessbegleitung 117, 118
Signale 108, 109
Sondereinrichtungen 56, 62, 91, 104, 154
Sozialhilfe 158
Sozialisation 56, 60, 72, 83, 90, 103, 105, 196
Sozialstation 183
Sterilisation 97, 103, 108, 125
Stillen 135
Strukturelle Gewalt 104, 114, 226
Studium 159, 160
Sucht 194
Suizid 197, 201, 213, 237
Supervision 26, 39, 44, 45, 106, 109, 110, 114, 118, 120, 130, 165, 198
Therapie 47, 92, 100, 101, 112, 196, 197, 231
Therapien/Trainings 20, 57, 75, 76, 78, 129, 215, 223, 228
Therapien/Trainings:
Physiotherapie 79
Sprachheiltherapie 80
Trauer 103, 203, 213
Überforderung 67, 109, 146, 163, 221, 224, 231
Umwelterkrankung 235
Unsicherheit 34
UnterstützerInnen 34, 109, 110, 111, 121
Unterstützte Beschäftigung 163
Unterstützung 107, 119, 131, 144, 159, 164, 197, 227, 228, 237, 238
Unwissenheit 134
Vergewaltigung 115, 117
Verhütung 98, 108
Vertrauensperson 112, 123, 135
Vertrauensverhältnis 118
Vorgeburtliche Untersuchung (Pränatale Diagnostik) 126, 129
Vormundschaftsgericht 115
Vorurteile 20, 123, 151, 221
Wahrnehmung 227
Weiterbildung 26, 51
Weltgesundheitsorganisation 195, 208
Werkstatt für Behinderte 86, 104, 116, 154, 161, 171
Widerstandsunfähigkeit 119
Wohlfahrtsverbände 65
Wohnen 62

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

# Anmerkungen zu den Texten und Literaturnachweise

# Anmerkungen zu den Texten und Literaturnachweise

### Brigitte Faber: Vorwort

(1) Peer-Beratung / Peer Counseling: Beratung durch Menschen mit „gleichem" Erfahrungshintergrund bzw. mit gleichen Lebensumständen.

(2) Eine ausführliche Auswertung mit der Dokumentation der Seminareinheiten ist bei bifos erhältlich.

(3) Es gibt inzwischen zu dem Themenbereich „Lebenssituation von Frauen und Mädchen mit Behinderung" eine wachsende Zahl an Veröffentlichungen. Dabei handelt es sich bei den ausführlicheren Abhandlungen meist um Arbeiten zu einem eingegrenzten Thema. So wird z.B. entweder die Lebenssituation von körperbehinderten oder gehörlosen Frauen, oder die Situation von Frauen mit unterschiedlichen Behinderung in der Arbeitswelt oder als Mutter analysiert und beschrieben. Häufig ist die Thematisierung sogar noch stärker – z.B. auf die Sexualität sog. geistig behinderter Menschen – eingegrenzt. Arbeiten, die sich mit der Lebenssituation behinderungs- und themenübergreifend beschäftigen, sind meist kürzere Aufsätze, die zudem verstreut in verschiedenen Readern und Tagungsdokumentationen vorliegen.

## Teil A – Die Beratungsarbeit

### Monika Strahl: Die Beratung von/für Frauen mit Behinderung

(1) Dieser Text ist eine überarbeitete und erweiterte Fassung meines Beitrages „Ansatz und Bedeutung von Peer Counseling..." in: Geschlechterverhältnisse in der Behindertenpädagogik. Subjekt/Objekt-Verhältnisse in Wissenschaft und Praxis, 1997
Zur besseren Lesbarkeit habe ich im Folgenden grundsätzlich die weibliche Schreibweise gewählt.

(2) Rogers/Stevens, 1984, 225 zit. in: Schmidtmann, Andrea: Dialog und Beziehung im personenzentrierten Ansatz von C. R. Rogers und deren Bedeutung für die Beratung Behinderter und ihrer Angehörigen, Unveröffentlichte Diplomarbeit, Uni Bremen, 1999, S.2

(3) vgl. Jeltsch-Schudel, Barbara: Die einen und die anderen – ihr und wir oder wer weiß was für Behinderte gut ist, in: Mürner, Christian; Schriber, Susanne (Hg.): Selbstkritik der Sonderpädagogik? Stellvertretung und Selbstbestimmung, Luzern, 1993
und Kuhne, Tina: Feministische Mädchenarbeit. Übertragbarkeit der Konzepte auf die Arbeit mit behinderten Mädchen und jungen Frauen, in: Kontakt und Informationsstelle der IMMA e.V. (Hg.): Arbeit mit behinderten Mädchen und jungen Frauen - Ergebnisse einer Fachtagung, München 1992
und Schildmann, Ulrike: Lebensbedingungen behinderter Frauen. Aspekte ihrer gesellschaftlichen Unterdrückung, Gießen: Focus-Verlag, 1983
und Schildmann, Ulrike: Zur Situation behinderter Mädchen – Realität und Träume im Kontrast, in:
Diezinger, Angelika; Marquardt, Regine u.a. (Hg.): Am Rande der Arbeitsgesellschaft: Weibliche
Behinderte und Erwerbslose, Opladen: Leske und Budrich, 1985

(4) vgl. Miles-Paul, Ottmar; Frevert, Uwe: Zentrum für selbstbestimmtes Leben Behinderter in Deutschland, in: Dr. med. Mabuse, Nr. 103, Sept./Okt. 1996, 21. Jhg., Frankfurt, S.23 ff
(5) vgl. Schmidtmann, 1999, S.42 ff.
(6) Schmidtmann, 1999, S.83
(7) People First ist ein Zusammenschluß von Menschen mit einer sog. Lern- und geistiger Behinderung. Der Name People First weist auf die Forderung hin, zuerst als Mensch und nicht als „Geistigbehinderte(r)" gesehen zu werden. Die People First Bewegung kommt aus Nordamerika und hat ihren europäischen Sitz in London. People First Gruppen gibt es mittlerweile auch in Deutschland.
(8) vgl. Doose, Stefan: "I want my dream!" Persönliche Zukunftsplanung – Neue Perspektiven und Methoden einer individuellen Hilfeplanung mit Menschen mit Behinderungen. Bundesarbeitsgemeinschaft Unterstützte Beschäftigung. 1998, S.25 ff.
(9) Mies, Maria: Frauenforschung oder feministische Forschung? Die Debatte um feministische Wissenschaft und Methodologie, in: Sozialwissenschaftliche Forschung und Praxis für Frauen e.V. (Hg.): beiträge zur feministischen theorie und praxis. Köln: Eigenverlag, Bd. 11.2, leicht korrigierte Fassung, 1984, S.57
(10) vgl. ebd., S.56 ff.
(11) vgl. Berliner Pädagoginnengruppe: Feministische Mädchenarbeit, in: Sozialwissenschaftliche Forschung und Praxis für Frauen e.V. (Hg.): beiträge zur feministischen theorie und praxis. Köln: Eigenverlag, Bd.2, 1979, S.87 ff
(12) Waldschmidt, Anne: Distanz oder Parteilichkeit? Behinderte Frauen als Objekte und Subjekte der Forschung, in: Jantzen, Wolfgang (Hg.): Geschlechterverhältnis in der Behindertenpädagogik: Subjekt/Objekt-Verhältnisse in Wissenschaft und Praxis (Bericht der 33. Arbeitstagung der Dozenten und Dozentinnen für Sonderpädagogik in deutschsprachigen Ländern in Bremen), Luzern, 1997, S.185
(13) Bizan, 1993, S.206 zitiert in Kuhne, Tina Wege der Vielfalt und Differenz. Feministisch orientierte Arbeit - Feministische Mädchenpolitik mit Mädchen und jungen Frauen mit unterschiedlichen Behinderungen, in: Kuhne, Tina; Mayer, Anneliese (Hg.): Kissenschlacht und Minigolf. Zur Arbeit mit Mädchen und jungen Frauen mit unterschiedlichen Befähigungen und Fähigkeiten, Kassel: bifos, bifos-Schriftenreihe, Bd.8, 1998, S. 6
(14) Kuhne, 1992, S.12
(15) vgl. ebd.
(16) vgl. Sandfort, Lothar (Hg.): Ratschlagen will gelernt sein. Dokumentation zur ersten Weiterbildung zum/zur Peer CounselorIn ISL, Kassel: bifos, bifos-Schriftenreihe, Bd.7, 1996

**Gisela Hermes: Die Methode des Peer Counseling in der praktischen Arbeit mit behinderten Frauen**

(1) van Kan, Peter; Doose, Stefan: Zukunftsweisend, Kassel, 1999
(2) Müller-Lottes, Anne: Warum nicht mit Spaß? Kreative Methoden in der Beratung, Kassel, 1998

### Anne Müller-Lottes: Die Rolle der Abgrenzung in der Beratung

(1) Goleman, Daniel: Emotionale Intelligenz, Verlag Hauser, 1998
(2) Müller-Lottes, Anne: Warum nicht mit Spaß? Kreative Methoden in der Beratungsarbeit, bifos Schriftenreihe, Kassel, 1998
(3) Ausführlich beschrieben wird dies in Schmidbauer, Wolfgang: Hilflose Helfer, rororo, 1992
(4) Berckhahn, Barbara: Die etwas gelassenere Art, sich durchzusetzen, München, 1995

### Bettina Schneider: Austausch und Unterstützung

(1) Freudenberger, Herbert; North, Gail: Burn-out bei Frauen, New York: Doubleday, Frankfurt/Main, 1998
(2) Die Zyklen entstammen dem Buch „Burn-out bei Frauen" von H. Freudenberger/ G. North, 1998
(3) Brönnimann, U.-B.: Professionalisierung der Supervision in der Schweiz, in: Forum Supervision 4/94, 1994. In Deutschland besteht die DGSV, Deutsche Gesellschaft für Supervision. Sie gibt Empfehlungen und Standards für die Supervision heraus.
(4) Erger, Raimund; Molling, Manfred: Der kleine Unterschied, Frauen und Männer in der Supervision, Hille, 1991
(5) Pühl, Harald: Teamsupervision, Göttingen, 1998
(6) Pühl, Harald (Hg.): Handbuch der Supervision, Berlin, 1990
(7) Die Literatur zum Thema „Supervision in Organisationen" ist vielfältig. Die Handbücher von H. Pühl geben zum Einstieg ausreichende Informationen.
(8) siehe Angebote von bifos e.V. „Behinderte Frauen in Ost und West. Ein Weiterbildungsangebot für behinderte Beraterinnen"
(9) AStA Uni Mainz (autonomes Behindertenreferat) und ISL (Interessenvertretung selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V.) (Hg.): Peer Counseling – Reader & Peer Counseling Training Programm, Mainz, 1993, 2.Aufl.

## Teil B - Allgemeine Einführungen zur Situation behinderter Mädchen und Frauen

### Gisela Hermes: Zur Situation behinderter Mädchen und Frauen

(1) Sigrid Arnade: Aspekte zur Lebenssituation behinderter Mädchen und Frauen. In: Senatsverwaltung für Arbeit, Berufliche Bildung und Frauen (Hg.): Ratgeber für behinderte Mädchen und Frauen in Berlin, August 1999

### Gisela Hermes: Die Sozialisation behinderter Mädchen

(1) Bruner, Claudia Franziska: Das „ver-hinderte Mädchen", die „ver-hinderte Frau"– geschlechtsspezifische Sozialisation von Mädchen und deren Konsequenzen auf die Lebensentwürfe von Frauen mit Behinderungen, Unveröffentlichter Artikel des bifos, Kassel, 1999

(2) ebenda
(3) Hermes, Gisela: Sozialisation körperbehinderter Mädchen. Unveröffentlichte Diplomarbeit an der Phillipps-Universität Marburg, 1984
(4) Kluge, Karl-J.; Sanders, Elisabeth: Körperbehindert und deswegen soll ich „anders" sein als Du? Eine vergleichende empirische Untersuchung zum Sexualleben von körperbehinderten und nichtbehinderten Jugendlichen, München, 1987
(5) Bruner, s.o., 1999

## Zur Situation von Frauen mit Behinderung in der DDR

### Barbara Vieweg: Lebenssituation behinderter Frauen in der DDR

(1) Dispensierebetreuung: „Vorbeugende Erfassung und medizinische Betreuung bestimmter gesundheitlich gefährdeter Bevölkerungsgruppen". In der DDR wurden PatientInnen, die chronisch erkrankt waren (z.B. Diabetes oder Rheuma), in Dispensiereabteilungen der Krankenhäuser oder Polikliniken regelmäßig untersucht und begleitet. Viele Frauen beschreiben das rückblickend als eine Form des Aufgehobenseins und der Sicherheit. Zur Zeit wird die Dispensierebetreuung mit großem Aufwand für DiabetespatientInnen wieder eingeführt.

### Susanne Schnabel: Und plötzlich wurde alles anders – Ein kurzer Rückblick auf die Wende

(1) EU- Renten und BU-Renten: Erwerbsunfähigkeitsrenten, Berufsunfähigkeitsrenten. Zum Unterschied siehe Kapitel „Beruf und Arbeit" - Abschnitt „Renten".
(2) Kieß, Sabine: Die Veränderung der Lebenssituation von Frauen mit Beeinträchtigungen im Ostteil Berlins seit der Wiedervereinigung Deutschlands, Berlin, 1995
(3) Kieß, Sabine, 1995, S. 30 ff.

# Teil C - Beratungsthemen in der Arbeit mit behinderten Mädchen und Frauen

## Weibliche Identität, Sexualität und Partnerschaft

### Dinah Radtke: Identifikation als Frau

(1) Köbsell, Swantje: Eine Frau ist eine Frau ist eine Frau.... In: Barwig, G. u.a. (Hg): „unbeschreiblich weiblich!?". Materialien der AG SPAK M 115, München, 1993, S.35

### Claudia Franziska Bruner: Das Körperbild behinderter Frauen

(1) Friske, Andrea: Als Frau geistig behindert sein. Ansätze zu frauenorientiertem heilpädagogischen Handeln. München, 1995, S.110
(2) Friske, 1995, S.17

(3) Paulus, Peter: Körpererfahrung und Selbsterfahrung in persönlichkeitspsychologischer Sicht. In: Bielefeld, Jürgen (Hg.): Körpererfahrung – Grundlage menschlichen Bewegungsverhaltens. Göttingen, 1986, S.88
(4) Friske, 1995, S.110 ff.
(5) Mrazek, Joachim: Einstellungen zum eigenen Körper – Grundlagen und Befunde. In: Bielefeld, Jürgen (Hg.): Körpererfahrung – Grundlage menschlichen Bewegungsverhaltens. Göttingen, 1986, S.230
(6) Friske, Andrea: Als Frau geistig behindert sein. Ansätze zu frauenorientiertem heilpädagogischen Handeln. München 1995, S.112

**Dinah Radtke: Das Körpergefühl behinderter Mädchen und Frauen**

(1) Schriber, Susanne: Schönheit muss leiden, in: Puls, Nr.1, 1992, o.S.
(2) The Boston Women´s Health Book Collective (1994): Unser Körper - Unser Leben, Bd.1, Hamburg, S.38
(3) Bass, Ellen; u.a.: Trotz allem, Berlin, 1990, S.191

**Dinah Radtke: Liebe und Sexualität**

(1) Zemp, Aiha: Wir behinderten Frauen - das abgesprochene Geschlecht, in: G. Barwig, u.a. (Hg.): „Unbeschreiblich weiblich!?", Materialien der AG Spak M 115, München, 1993, S.93
(2) s.a. Whipple, Beverly: Sexual Response in Women with Complete Spinal Cord Injury, in: Krotoski, D. M. (Hg.): „Woman with Physical Disabilities", Baltimore, 1996, S.79

**Dinah Radtke: Partnerschaft**

(1) Gill, Carol J.: Dating and Relationship Issues, in: Krotoski, D. M. (Hg.): „Women with Physikal Disabilities", Baltimore, 1996, S.121
(2) s.a. Nosek, Magret A.: Sexuality and Reproductive Health, S. 66, und O´Toole, Corbett Joan: Disabled Lesbians: Challenging Monocultural Constructs, S.145 in: Krotoski, D. M. (Hg.): „Woman with Physical Disabilities", Baltimore, 1996
(3) Kent, Debra, in: Saxton, Marsha (Hg.): With wings, New York, 1987, S.85

## Sexuelle Gewalt

**Bärbel Mickler: Sexuelle Gewalt an Mädchen und Frauen mit Behinderung – Unabhängige parteiliche Beratung und Unterstützung**

(1) BGH NStZ 2000, 140ff

**Barbara Stötzer: Begleitung und Unterstützung von Frauen und Mädchen mit Behinderung vor, während und nach Strafprozessen wegen sexueller Gewalt**

(1) s.a.: Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte (Hg.): Die Rechte behinderter Menschen und Ihrer Angehörigen, 1998, 26. Aufl., S.47-48

## Reproduktion und Mutterschaft

### Claudia Franziska Bruner: Kinderwunsch — Recht auf Mutterschaft oder Pflicht zur Sterilisation?

(1) vgl. Christoph, Franz; Illiger, Horst (Hg.): Notwehr. Gegen die neue Euthanasie, Neumünster, 1993, S.11 und Lux, Ulrike: Frauen – Körper – Politik. Die Würde der Frau ist (un-) antastbar. Politik für Frauen mit Behinderung. In: Barwig, Gerlinde/Busch, Christiane (Hg.): „Unbeschreiblich weiblich!?". Frauen unterwegs zu einem selbstbewussten Leben mit Behinderung, München, 1993, S.11

(2) vgl. Schatz, Andrea: Geschlecht: behindert - Besonderes Merkmal: Frau. Behinderte Frauen zwischen Selbst- und Fremdbestimmung. In: Behindertenpädagogik 33/1994/2, 1994, S.180

(3) Da fast ausschließlich Frauen mit einer meist sog. geistigen oder psychischen Behinderung von Sterilisation betroffen sind, werden an dieser Stelle Männer in Klammern gesetzt, um so auf die geschlechtsspezifisch deutlich unterschiedliche Betroffenheit hinzuweisen.

(4) Friske, Andrea: Als Frau geistig behindert sein. Ansätze zu frauenorientiertem heilpädagogischen Handeln. München, 1995, S.157-169

(5) Friske, 1995, S.159

### Silke Boll: Hauptsache, gesund? — Hauptsache, lebendig?

(1) Die Verfahren, Risiken, Erkennungsmöglichkeiten Indikationen und Diagnosemöglichkeiten sind sehr übersichtlich in der Cara - Broschüre „Schwanger-Sein, ein Risiko?" dargestellt. Frau kann sie bestellen.

### Christiane Rischer: Die Beratung behinderter und/oder chronisch kranker Mütter

(1) In diesen Artikel fließen überarbeitete Fassungen meiner Texte: Mütterzentrum Dortmund in Zusammenarbeit mit dem Netzwerk organisierter und nichtorganisierter Frauen und Mädchen in NRW (Hg.): „Wie schaffen sie das bloß? - Behinderte Mütter und ihr Alltag – Arbeitsbericht", 1998 und „Assistenz für behinderte Mütter verschiedene Formen und Finanzierungs(un)möglichkeiten" in: Hermes, G. (Hg.): Krücken, Babys und Barrieren, 1998, S.171-176, mit ein.

(2) Aufgrund der gesetzlich geregelten Aufsichtspflicht, die z. B. im Kindergarten an der Gruppentür beginnt, besteht z.B. auch für die Rollstuhlfahrerin die Notwendigkeit, ihr Kind in das Gebäude hineinbringen zu können. Andernfalls müsste sie für das Hinbringen und Abholen des Kindes eine Assistenz haben.

(3) Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg.): Zur Lage der Behinderten in der Rehabilitation – Arbeitsbericht, 1997

(4) Bundessozialgericht, Urteil vom 12.Oktober 1988 in SozR 2200 § 182b Nr. 37

(5) vgl. Seipelt-Holtmann, Claudia: Die rechtlichen (Un)-Möglichkeiten für Mütter mit Behinderungen, in: Hermes, G. (Hg.): Krücken, Babys und Barrieren, Kassel, bifos-Schriftenreihe, S.193-200, 1998

# Berufliche Ausbildung und Arbeit

## Claudia Franziska Bruner: Die berufliche Perspektive von Mädchen mit Behinderung

(1) vgl. Oyen, Renate: Berufsbildung, Arbeitsmarktchancen und betriebliche Integration Behinderter. In: Mitt. AB 4/89, 1989

(2) Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hg.): Frauen in der beruflichen Rehabilitation, Bonn, 1988

(3) Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit (Hg.): Berufliche Ausbildung jugendlicher Rehabilitanden (IAB-Projekt), Nürnberg, 1989, S.11/11

(4) Statistisches Bundesamt Wiesbaden (Hg.): Strukturdaten über Behinderte. In: Wirtschaft und Statistik, Heft 3, Stuttgart und Mainz, 1979, S.225

(5) Hermes, Gisela: Behinderte Frauen auf dem Ausbildungs- und Arbeitsmarkt. In: Hermes, G. (Hg.): Mit Recht verschieden sein. Forderungen behinderter Frauen an Gleichstellungsgesetze, Kassel, 1994, bifos Eigenverlag, S.52-63

(6) Rainer Ommerborn legt mit seiner 1994 an der FernUniversität eingereichten Dissertation eine Analyse der Voraussetzungen, Formen und Möglichkeiten eines Fernstudiums für Behinderte vor.

(7) Das Entgelt in den WfB ist jedoch kein Lohn im arbeitsrechtlichen Sinne. Bei geschäftsunfähigen WfB-ArbeiterInnen gilt es lediglich als Anerkennungsleistung bzw. als Taschengeld. Degener (1995) weist darauf hin, dass die Frage der Arbeitnehmereigenschaft der in WfB Beschäftigten u.a. von Neumann (1992) intensiv und kontrovers diskutiert wird.

(8) Hermes, Gisela: Die Stellung behinderter Frauen am Arbeitsplatz. In: Miles-Paul, Ottmar/Windisch, Matthias (Hg.): Diskriminierung Behinderter. Erfahrungen, Analysen, Gegenstrategien, Kassel, bifos Eigenverlag, 1993, S. 29 und Commission of the European Communities, Directorate General Employment, Industrial Relations and Social Affairs: „Measures for the Disabled", Sheltered Employment in European Communities, 1992, V/390/92, S.71

## Anita Grießer: Ausbildung und Arbeit

(1) von Henninges, Hasso, in: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesanstalt für Arbeit (IAB) (Hg.): Arbeitsmarktsituation und Merkmale von arbeitslosen Schwerbehinderten, Nürnberg, 1997, S.4

(2) Statistisches Bundesamt, Mikrozensus April 1995 – Frage zur Behinderteneigenschaft, Tab. 5a: Bevölkerung. Nichtbehinderte und Behinderte nach Geschlecht und dem monatlichen Nettoeinkommen.

(3) von Henninges, Hasso, 1997, S.4-5 und Tabelle 12

(4) Arbeitsbereich/Produktionsbereich: Beide Begriffe werden je nach Region bzw. Bundesland verwendet, sind synonym.

(5) vgl. Cramer, Horst H.: Werkstätten für Behinderte, München: C.H. Beck, 1997, S.53
Das Buch gibt eine ausführliche Darstellung der WfB, deren Geschichte, deren Auftrag und Pflichten. Es werden die Rechtsgrundlagen, incl. eines guten Kommentars zu Schwerbehindertengesetz (Zehnter

Abschnitt) und Werkstättenverordnung unter Berücksichtigung des Leistungsrechts, des Sozialversicherungsrechts und sonstiger Vorschriften dargestellt.

(6) Landeswohlfahrtsverband Hessen (Hg.): Hauptfürsorgestelle 1995, Kassel, 1995, S.19

(7) Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hg.): Wegweiser - Eingliederung von Behinderten in Arbeit, Beruf und Gesellschaft, Frankfurt, 1998, S.98

(8) Duales System: Ausbildungssystem, in dem sich Zeiten in Betrieben und Berufsschulen abwechseln

(9) vgl. Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (Hg.), 1998, S.6-7

(10) Arbeitszeit: Im rechtlichen Sprachgebrauch heißt diese Zeit bis zur Fälligkeit der Rente „Wartezeit".

(11) vgl. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hg.): Die Lage der Behinderten und die Entwicklung der Rehabilitation, Bonn, 1998, S.79

(12) Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (Hg.): Renten an Versicherte wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, Berlin, 1997, S.7

(13) vgl. Zender, A.: Die berufstätige Frau und ihre Rechte von A bis Z, Planegg: Wirtschaft, Recht und Steuern, 1996, und
Arbeitslosenprojekt TuWas (Stascheit, U., Turk, E.): Leitfaden für Arbeitslose. Der Rechtsratgeber zum SGB III, Frankfurt/Main: Fachhochschulverlag, 1998, 15. Aufl., Bd 3. In dem Rechtsratgeber „Leitfaden für Arbeitslose" werden umfassende Sachinformationen zum SGB III leicht verständlich dargestellt.

**Birgit Nabben: Hilfsmittel und persönliche Assistenz in Ausbildung und Arbeit**

(1) vgl. Seel, Helga Dr. u.a.: „Schwerbehinderte im Arbeitsleben" in: Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Hauptfürsorgestellen (Hg.): „ABC der Behindertenhilfe - Handbuch für Schwerbehindertenvertretungen, Beauftragte des Arbeitgebers, Betriebs- Personalräte", Karlsruhe, 1998, 6.Aufl., S.88

(2) aus: Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung (Hg.): „IMPULSE"- Informationsblatt der Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung, Heft Nr. 7/8, März 1998, S.9

(3) ebd.

## Persönliche Assistenz

**Birgit Stenger: Persönliche Assistenz – eine Grundlage selbstbestimmten Lebens für Mädchen und Frauen mit Behinderungen**

(1) Hinsichtlich der konkreten und aktuellen Regelungen in den jeweiligen Bundesländern empfehle ich, sich an die regionalen Zentren für selbstbestimmtes Leben oder an das Forum selbstbestimmte Assistenz behinderter Menschen e.V. zu wenden.

(2) Nähere Informationen über das sog. ArbeitgeberInnen-Modell sind u.a. beim Forum selbstbestimmte Assistenz behinderter Menschen e.V., dem Verband behinderter ArbeitgeberInnen - VbA e.V. in München und der Arbeitsgemeinschaft für selbstbestimmtes Leben schwerstbehinderter Menschen - ASL e.V. Berlin erhältlich

(3) Zu diesem Thema wurden in den letzten Jahren sehr gute Seminare vom Ganzheitlichen Bildungs- und Beratungszentrum für behinderte Frauen - Bibez e.V. in Heidelberg durchgeführt.
(4) siehe oben Seite 3 und 4, Definition der persönlichen Assistenz
(5) Eine selbstbewusste Haltung ist auch Voraussetzung dafür, dass „... persönliche Assistenz zum Schlüssel gelebter Sexualität in Beziehungen, Partnerschaft und Familie werden kann" schreibt Dorle Brozek in ihrem Artikel "Wenn der Liebste kommt..." in domino 4/97
(6) vgl. auch §1 des österreichischen Bundespflegegeldgesetzes (BPGG): „Das Pflegegeld hat den Zweck, in Form eines Beitrages pflegebedingte Mehraufwendungen pauschaliert abzugelten, um pflegebedürftigen Personen, soweit wie möglich die notwendige Betreuung und Pflege zu sichern sowie die Möglichkeit zu verbessern, ein selbstbestimmtes, bedürfnisorientiertes Leben zu führen."
(7) §3a BSHG DAS RECHT AUF AMBULANTE HILFEN; Hrsg. Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e.V., Frankfurt am Main, 1996
(8) zit. aus: Beck-Rechtsberater: „Mein Recht auf Pflegebedürftigkeit" von Dr. Andreas Jürgens, Stand: 1.Juli 1996, S.40
(9) zit. aus: Beck-Rechtsberater: „Mein Recht auf Pflegebedürftigkeit" von Dr. Andreas Jürgens, Stand: 1.Juli 1996, Seite 53; sehr hilfreich sind auch die Ausführungen in Hauck/Wilde SGB XI Soziale Pflegeversicherung Kommentar, Stand 1.Mai 1998
(10) zit. aus: Zusammenfassung der Situation behinderter Menschen mit Assistenzbedarf in Deutschland. Erstellt im Auftrag der Europäischen Union von Elke Bartz, Mulfingen-Hollenbach, im Dezember 1996
(11) Aktenzeichen: 4L1845/96; auch Schellhorn Jirasek/Seipp, BSHG Kommentar zum Bundessozialhilfegesetz 15.Auflage, geht davon aus, dass beide Tatbestandsmerkmale erfüllt sein müssen, d.h. die Unterbringung in einer Einrichtung muss „zumutbar" sein, erst dann wird die Frage der Kosten relevant.

## Sucht und Suizid

### Barbara Poge: Behinderung und Sucht

(1) Wanke, Klaus u. Täschner, Karl Ludwig: Rauschmittel: Drogen - Medikamente - Alkohol, Stuttgart, 1985, Enke, 5. Aufl., S.13
(2) vgl. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (Hg): Jahrbuch Sucht '98, Geesthacht, 1997
(3) Cannabisprodukte: Hanfprodukte, z.B. Hasch
Halluzinogene: Rauschmittel, die in erster Linie Halluzinationen hervorrufen. Dazu zählen synthetische Drogen wie LSD, STP und pflanzliche Drogen wie Mescalin, Psylocybin
Stimulantien: anregende Mittel, gibt es auf synthetischer (Weckamine) und pflanzlicher Basis (z.B. Coffein)
Schnüffelstoffe: Dämpfe leichtflüchtiger Lösungsmittel, die eingeatmet werden (Lacke, Kleber, Verdünner, Benzin)
Opiate: Opium (eingetrockneter Milchsaft der unreifen Fruchtkapsel des Schlafmohns) oder Produkte daraus wie Morphin, Codein; betäubend
Kokain: in den Blättern des Kokastrauchs enthaltenes Alkaloid; berauschend

(4) vgl. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (Hg): Jahrbuch Sucht 98
(5) Amphetamine: auch „Speed" genannt, synthetische antriebssteigernde Drogen. Chronischer Amphetaminmissbrauch führt zu paranoid-halluzinatorischen Zuständen, „Speed-Paranoia". A. unterdrücken als Nebeneffekt das Hungergefühl und werden daher als „Schlankheitspille" missbraucht.
(6) Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (Hg): Jahrbuch Sucht '98, Geesthacht, 1997
(7) Heroin: Abkömmling des Morphin (Opium), jedoch mit wesentlich stärkerer Wirkung
(8) vgl. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren e.V. (Hg): Jahrbuch Sucht '98
(9) Synanon: Selbsthilfeverein. Projekt ehemals betroffener Menschen – gemeinsames alkohol-, drogen- und gewaltfreies Wohnen, eigene kleine Betriebe; keine klassischen Therapieeinrichtungen
(10) Weil/Steier: Ständig unter Strom, in: Suchtreport 4, 1997; in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Geschlechtsbezogene Suchtprävention, Reihe Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Bd.2, Köln, 1998, S.4-11
(11) Der Name ist selbstverständlich geändert.
(12) Politoxikomanie: Drogenabhängigkeit von mehreren oder vielen Drogen und Alkohol, die teils nacheinander, teils gleichzeitig genommen werden. Unter europäischen Verhältnissen bleiben die meisten süchtigen Menschen nicht einem Mittel treu, sondern wechseln je nach Wirkung oder durch äußere Umstände das Mittel (Peters Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie, Urban und Schwarzenberg, 1990, 4. überarb. Aufl.)

**Petra Stefan: Suizid/Suizidversuch**

(1) Epidemiologie: Lehre von der Häufigkeit und Verteilung von Krankheiten sowie deren Ursachen und Risikofaktoren in Bevölkerungsgruppen (im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen)
(2) Demographie: Darstellung von Struktur und Bewegung der Bevölkerung/von Bevölkerungsgruppen aufgrund von Statistik
(3) Narzissmus: gesteigerte Verliebtheit in sich selbst
(4) vgl. Pohlmeier,H.; Schöch, H.; Venzlaff, U. (Hg.): Suizid zwischen Medizin und Recht
(5) in Anlehnung an Ringel, E. in: Dörner, v. K., Plog, U.: Irren ist menschlich

## Teil D - Unterschiedlicher Behinderungen

**Martina Puschke: Frauen mit nicht sichtbarer Behinderung**

(1) Ehrig, Heike: „Zwischen den Stühlen oder auf dem richtigen Weg?" Aus: Psychologie & Gesellschaftskritik 71/72, 1994, S.158.

**Bettina Köchling: Psychische Behinderungen**

(1) Psychrembel, Medizinisches Wörterbuch, 257. Auflage, 1993
(2) Langbein, M., Weiss: Bittere Pillen, 1996, S. 85

(3) s.o. S.86 ff
(4) Sichrovski, Peter: Krankheit auf Rezept. Die Praktiken der Praxisärzte, Köln: Kiepenheuer & Witsch, 1984, S.143 ff.
(5) Seeman, M.: Interaction of sex, age and neuroleptic dose, Clarke Institute of Psychiatry, Toronto, 1983, Bd. 2, S.20, S.125-128

**Renate Klöckner-Schmied: Progrediente Erkrankungen am Beispiel der Multiplen Sklerose**

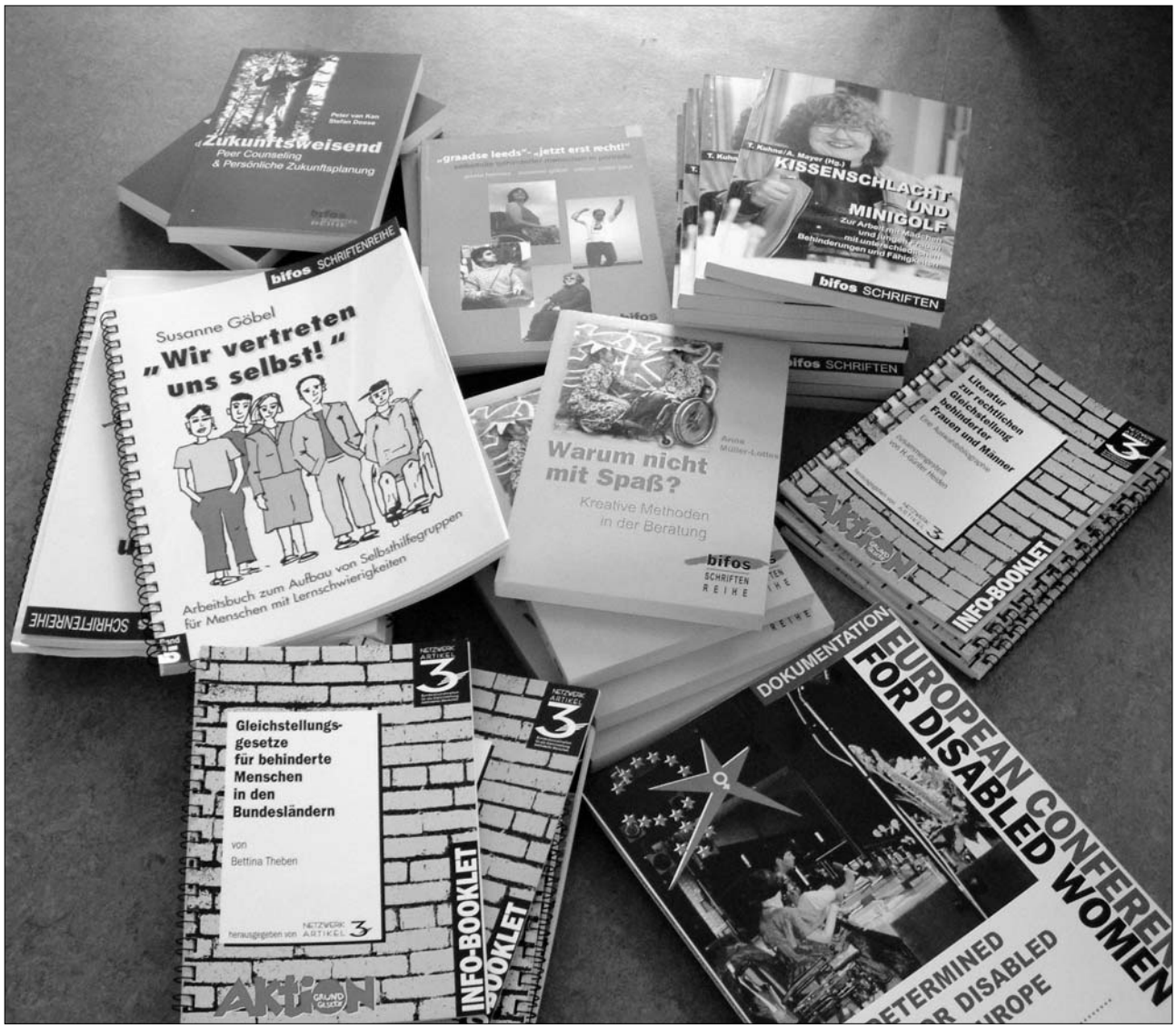
(1) „ZB - Behinderte im Beruf", 3/98, S.9, Zitat des Interviewpartners Bernward Hasselberg.
(2) Bei der Adressensuche können die Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft DMSG sowie Selbsthilfeverbände bzw. deren Dachverband oder örtliche Beratungsstellen weiterhelfen.

**Christa Pfeil: Umwelterkrankungen**

(1) Besondere Behandlungsformen: Falls alle herkömmlichen (meist schulmedizinischen) Behandlungen keinerlei Verbesserung erbringen, sehen die Vorgaben der Krankenkassen eine mögliche Unterstützung „Besonderer Behandlungsformen" vor. (Was jedoch nicht heißt, dass sie diese real dann auch gewähren.) In Anlehnung an diese Klausel ist „Besondere Behandlungsformen" zu einem feststehenden Begriff geworden. Gemeint sind damit zumeist „alternative" Behandlungs- und Heilmethoden.
(2) Stern, Nr. 51, 1998, S.144 ff.
(3) Dr. Schwarz, Eberhardt in: Verein für Umwelterkrankte Bredstedt e.V. (Hg.),1997: Therapeutische Strategien bei MCS, Fachkrankenhaus Nordfriesland, S.1. In den USA ist diese Definition gerichtlich anerkannt. Das Problem der Anerkennung in der medizinischen Praxis liegt darin, dass Menschen mit MCS grundsätzlich in der Lage sind, gestellte Arbeitsanforderungen zu erfüllen (z.B. 10kg zu heben). Sie können dies jedoch nicht, wenn die Umgebung mit den krankheitsauslösenden Chemikalien belastet ist.
(4) ebenda, S.2
(5) ebenda, S.8
(6) Eine Literaturliste sowie Anschriften von Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen und Instituten über die auch kompetente ÄrztInnen zu erfahren sind, enthält das Buch „Umweltgifte - krank ohne Grund?" von Ingeborg Cernaj.
Reinigungsmittel, Hilfsmittel sowie Literatur für AllergikerInnen und umwelterkrankte Menschen können über den Versand Pure Nature Products bezogen werden, sowie sehr vereinzelt auch über Reformhäuser.
Inzwischen gibt es drei gesetzliche Krankenkassen, die ausdrücklich per Satzung „Besondere Behandlungsformen" unterstützten: die SECURVITA-BKK in Hamburg, die IKK Hamburg und die BKK IHV In Wiesbaden.

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

# Literaturtipps



# Literaturtipps

**Adoption und Pflegekinder**

Golomb, Egon; Geller, Hartmut: Adoption zwischen gesellschaftlicher Regelung und individuellen Erfahrungen, Essen: Westwarpen – Wiss., 1992

Kowalczyk, Charly: Mama und Papa sind meine richtigen Eltern, Idstein: Schulz-Kirchner, 1998

Swientek, Christine: Was Adoptivkinder wissen sollten und wie man es ihnen sagen kann, Freiburg i. Breisgau: Herder, 1998

Wiemann, Irmela: Ratgeber Adoptivkinder. Erfahrungen, Hilfen, Perspektiven, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 1999

Wiemann, Irmela: Ratgeber Pflegekinder. Erfahrungen, Hilfen, Perspektiven, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 1994

**Arbeit und Rehabilitation / Sozialrecht**

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation: Frauen in der beruflichen Rehabilitation, Arbeitstagung der BAR, Frankfurt/Main: BAR, o.J.

Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hg.): Frauen in der beruflichen Rehabilitation, Eine empirische Untersuchung zur Partizipation von Frauen an beruflichen Rehamaßnahmen, Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Referat L6/3, 1988

Diezinger, Angelika/Marquardt, Regine u.a. (Hg.):Am Rande der Arbeitsgesellschaft: Weibliche Behinderte und Erwerbslose, Opladen: Leske und Budrich, 1985

Gemeinsam Leben- gemeinsam Lernen: Unterstützte Beschäftigung, Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung, 1997

Goletz, Andrea; Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge: Arbeitsmappe Zuständigkeiten im Sozialhilferecht, Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer, Texte und Materialien 10, 1997

Stascheit, Ulrich: Gesetze für Sozialberufe. Die Gesetzessammlung für Studium und Praxis Frankfurt / Main: Fachhochschulverlag, Band 30, 5. überarb. Aufl., 1998

**Assistenz**

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband: § 3a BSHG – Das Recht auf ambulante Hilfen, Saarbrücken, 2. überarb. Aufl., 1997

Bartz, Elke und Gerhard. Forum selbstbestimmte Assistenz e.V. (Hg.): Ratgeber für behinderte ArbeitgeberInnen, Mulfingen, Neuauflage August 2001

Zu beziehen über Elke Bartz, Nelkenweg 5, 74673 Mulfingen

Bartz, Elke und Gerhard. Forum selbstbestimmte Assistenz e.V. (Hg.): Lohnprogramm für PC (DOS) für behinderte ArbeitgeberInnen, Mulfingen, aktualisiert Januar 2001
zu beziehen. Elke Bartz, Nelkenweg 5, 74673 Mulfingen

Bartz, Elke und Gerhard. Forum selbstbestimmte Assistenz e.V. (Hg.): Handbuch zum Lohnprogramm. Mulfingen, aktualisiert Januar 2001
zu beziehen über Elke Bartz, Nelkenweg 5, 74673 Mulfingen

Dr. Jürgens, Andreas: Mein Recht bei Pflegebedürftigkeit, Praxisleitfaden zur Pflegeversicherung, München: dtv, Beck, Beck-Rechtsberater, 2000

Europäische Union (Hg): Zusammenfassung der Situation behinderter Menschen mit Assistenzbedarf in Deutschland. Studie der EU im Auftrag der Slowakei. Erstellt und überarbeitet von Elke Bartz, Mulfingen, 1996
zu beziehen über Elke Bartz, Nelkenweg 5, 74673 Mulfingen

Verbraucherzentrale Nordrhein-Westfalen (Hg.): Ratgeber Pflegegutachten. 2. Auflage, Düsseldorf 1998

**Beratungsmethoden**

Alterhoff, Gernot: Grundlagen klientenzentrierter Beratung. Eine Einführung für Sozialarbeiter / Sozialpädagogen u.a. in sozialen Berufen Tätige, Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer, 2. überarb. und erw. Aufl., 1994

Berckhahn, Barbara: Die etwas gelassenere Art, sich durchzusetzen, München: Kösel, 1995

Goleman, Daniel: Emotionale Intelligenz, München: dtv, 1997

Müller-Lottes, Anne: Warum nicht mit Spaß? Kreative Methoden in der Beratung, Kassel: bifos, bifos-Schriftenreihe Bd. 12,1998

Mutzeck, Wolfgang: Kooperative Beratung. Grundlagen und Methoden der Beratung und Supervision im Berufsalltag, Weinheim, Basel: Beltz, überarb. Neuaufl., 1999

Schmidtbauer, Wolfgang: Die hilflosen Helfer: Über die seelische Problematik der helfenden Berufe, Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt, 1999

Schmidtmann, Andrea: Dialog und Beziehung im personenzentrierten Ansatz von C. R. Rogers und deren Bedeutung für die Beratung Behinderter und ihrer Angehörigen, Unveröffentlichte Diplomarbeit, Uni Bremen, 1999

Van Kan, Peter; Doose, Stefan: Zukunftsweisend. Peer Counseling & Persönliche Zukunftsplanung, Kassel: bifos, bifos-Schriftenreihe Bd. 9, 1999

**Filme**

Arbeitsgemeinschaft Behinderte in den Medien: Gewalt an behinderten Frauen, Teil 2: Sexuelle Gewalt
ABM, Bonner Platz 1/V, 80803 München, Tel: 089/307 992-20, Fax: 089/307 922-22
Toward Intimacy
National Film Board of Canada, 1 Grosvenor Square, London W1X OAB, England, 1998

Petersen, Maria: In guter Hoffnung -
über die Angst vor einem behinderten Kind, BRD
Medienproduktion Realtime, Anklamer Str. 38, 10115 Berlin, Tel.: 030/448 47 67, Fax: ?
Schweizer Paraplegiker Zentrum der Universitätkliniken Balgrist in Zürich, 1998

Arnade, Sigrid:Manchmal ist es schwer
Behinderte Frauen im Beruf (1), 1994
ABM, Bonner Platz 1/V, 80803 München, Tel.: 089/307 992-20, Fax: 089/307 992-22

Arnade, Sigrid: Meist Männersache
Behinderte Frauen im Beruf (2), 1994
ABM, Bonner Platz 1/V, 80803 München, Tel.: 089/307 992-20, Fax: 089/307 992-22

Arnade, Sigrid: Modelle und Möglichkeiten
Behinderte Frauen im Beruf (3), 1995
ABM, Bonner Platz 1/V, 80803 München, Tel.: 089/307 992-20, Fax: 089/307 992-22

Arnade, Sigrid: Mutig geht's leichter - Aus dem Alltag „geistig behinderter" Frauen
Behinderte Frauen im Beruf (4), 1995
ABM, Bonner Platz 1/V, 80803 München, Tel.: 089/307 992-20, Fax: 089/307 992-22

Arnade, Sigrid: Mütter sind nicht vorgesehen
Behinderte Frauen im Beruf (5), 1995
ABM, Bonner Platz 1/V, 80803 München, Tel.: 089/307 992-20, Fax: 089/307 992-22

Arnade, Sigrid: Ganz schön stark. Behinderte Frauen mischen sich ein, 1995
IsL Deutschland, Kölnische Str. 99, 34119 Kassel, Tel.: 0561/72 885-46, Fax: 0561/ 72 885-58

DeNil, Ines: Kein Tag ohne Liebe
Begegnungen der unbekannten Art, 1999
Ines de Nil, Warthestr. 16, 12051 Berlin, Tel/Fax: 030/626 67 83

Jorfald, Knut W., Norwegian Film Institute /Toril Simonsen:
BM: Send Foto, Norwegen, Norwegian Film Institute / Toril Simonsen, 1994
Boks 482 Sentrum, N-0105 Oslo, Tel.: 0047/22 42 87, Fax: 0047/22 33 22 77

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

**Frauen und Mädchen**

The BOSTON Women's Health Book Collective (Hg.): Unser Körper – Unser Leben, Hamburg,
Band 1 / 2, 1994

Corazza, Verena: Kursbuch Gesundheit; Beschwerden und Symptome, Krankheiten, Untersuchungen und Behandlungen, Selbsthilfe, Köln: Kiepenheuer und Witsch, vollst. überarb. Neuaufl., 1997

Ernst, Andrea; Herbst, Vera: Kursbuch Frauen; Liebe, Partnerschaft, Sexualität, Ausbildung und Beruf, Politik, Alltag und Familie, Seele und Körper, Köln: Kiepenheuer und Witsch, 1997

Mies, Maria: Frauenforschung oder feministische Forschung? Die Debatte um feministische Wissenschaft und Methodologie, in Sozialwissenschaftliche Forschung und Praxis für Frauen e.V. (Hg.): beiträge zur feministischen theorie und praxis, Köln: Eigenverlag, Band 11, 2. leicht korrig. Aufl., 1984

Morris, Jenny: Feminismus und Behinderung, in: Sozialwissenschaftliche Forschung und Praxis für Frauen e.V. (Hg.): beiträge zur feministischen theorie und praxis, Köln: Eigenverlag, Bd. 37, 1994

Wolf, Naomi: Der Mythos Schönheit, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 1994

**Frauen mit Behinderung**

Arnade, Sigrid; Netzwerk Artikel 3 (Hg.): Gleiche Rechte für behinderte Frauen!, Berlin: Eigenverlag, 2000

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.): Dokumentation Symposium „Frauen mit Behinderung – Leben und Interessen vertreten – LIVE" 5.-7.Mai 1999 Freiburg im Breisgau, Bonn, 1999

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.): Mit uns ist zu rechnen – doch wir brauchen noch einen langen Atem. Selbsthilfeinitiativen, Projekte und Angebote von/für Frauen mit Behinderung, Bonn, 1995

Deutscher Gehörlosen-Bund e.V. (Hg.): Gehörlose Frauen 95, dokumentation einer bundesweiten fragebogenaktion zur situation gehörloser frauen in deutschland, Kiel, 1996

die randschau, Zeitschrift für Behindertenpolitik, Schwerpunktheft: Ungleiche Schwestern? Frauen mit Behinderungen zwischen Fremd- und Selbstbestimmung, 8. Jahrg., Nr. 5/93

Europäisches Behindertenforum (Hg.): Manifest der behinderten Frauen in Europa, Brüssel, 1997

Ewinkel, Carola; Hermes, Gisela: Geschlecht: behindert. Besonderes Merkmal: Frau, Ein Buch von behinderten Frauen, München: AG Spak, M68 AG SPAK, 1985

Frauenzentrum e.V. und Notruf Mainz e.V.: Behinderte Frauen im Frauenzentrum – Ein Projekt wird barrierefrei, Mainz, 1997

Hessisches Koordinationsbüro für behinderte Frauen (Hg): Literatur von für über Frauen mit Behinderung. Eine Bibliographie, Kassel, 1996

Hessisches Ministerium für Frauen, Arbeit und Sozialordnung (Hg.): Durchhalten. Dranbleiben. Und sich trauen. Dann haben wir am ehesten eine Chance. Lebenssituation und Alltagserfahrung behinderter Frauen, Wiesbaden, 1994

Köbsell, Swantje: Was wir brauchen. Handbuch zur behindertengerechten Gestaltung von Frauenräumen, Kassel: bifos-Schriftenreihe, Bd. 6, 1996

Ministerium für Frauen, Jugend, Wohnungs- und Städtebau des Landes Schleswig-Holstein (Hg.): Die Situation von Mädchen und Frauen mit Behinderung in Schleswig-Holstein. Barrieren überwinden, Kiel, 1999

Netzwerkbüro – organisierte und nichtorganisierte Frauen und Mädchen mit Behinderungen Nordrhein-Westfalen (Hg.): Nicht ohne uns. Zur Lebenssituation, Interessenvertretung und Selbsthilfe von Frauen und Mädchen mit Behinderung in NRW, Münster, 1999

Niehaus, Mathilde: Behinderung und sozialer Rückhalt. Zur sozialen Unterstützung behinderter Frauen, Frankfurt/Main, New York: Campus, Forschung Bd. 698, 1993

Schildmann, Ulrike: Lebensbedingungen behinderter Frauen. Aspekte ihrer gesellschaftlichen Unterdrückung, Gießen: Focus-Verlag, 1983

Senatsverwaltung für Arbeit und Frauen, Berlin: Unbeschreiblich weiblich, Dokumentation der Fachtagung zur Situation behinderter Frauen in Berlin am 14. Okt. 1994, Berlin, Senatsverwaltung (...) Ref. Öffentlichkeitsarbeit/II A2, 1995

Steengrafe, Katrin: Wir träumen nicht anders. Lebenswelten und Identitätsstrukturen junger behinderter Frauen, Bielefeld: Kleine Wissenschaftliche Reihe, Bd. 66, 1993

**Frauen mit sogenannter geistiger Behinderung**

Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (Hg.): So seh‘ ich meine Welt. Frauen mit geistiger Behinderung tauschen sich aus., Marburg: Lebenshilfe-Verlag, 1999

Freier, Ute; Schön, Elke (Hg.): Neue Elemente in der Arbeit mit Frauen und Mädchen mit (geistiger) Behinderung. Dokumentation einer Veranstaltungsreihe des Multiplikatorinnen-Treffs von Fachfrauen aus Einrichtungen in der Region Tübingen – Reutlingen, Tübingen, 1996

Friske, Andrea: Als Frau geistig behindert sein. Ansätze zu einem frauenorientierten heilpädagogischen Handeln, München: Ernst Reinhardt, 1995

**Mädchen mit Behinderung**

Adelfinger, Theresia: Identitätsfindung behinderter Mädchen und Frauen. in: Heiliger, Anita; Kuhne, Tina (Hg.): Feministische Mädchenarbeit - Feministische Mädchenpolitik, München: Frauenoffensive, 1995

Adelfinger, Theresia: Zur Identitätsfindung von körperbehinderten Mädchen und Frauen, in: I.M.M.A. e.V. (Hg.): Arbeit mit behinderten Mädchen und jungen Frauen, München: Eigenverlag I.M.M.A. e.V., 1992

Berliner Pädagoginnengruppe (Hg.): Feministische Mädchenarbeit, in: Sozialwissenschaftliche Forschung und Praxis für Frauen e.V. (Hg.): beiträge zur feministischen theorie und praxis, Köln: Eigenverlag, Bd. 2, 1979

Hessisches Netzwerk behinderter Frauen (Hg.): Heidi muß nicht sein, Behinderte Mädchen in der zeitgenössischen Kinder- und Jugendliteratur, Marburg, LAG Hilfe für Behinderte, 1997

Kuhne, Tina; Mayer, Anneliese (Hg.): Kissenschlacht und Minigolf, Zur Arbeit mit jungen Mädchen und jungen Frauen mit unterschiedlichen Behinderungen und Fähigkeiten, Kassel: bifos, 1998

Zentralstelle zur Förderung der Mädchenarbeit im Institut für soziale Arbeit e.V. (Hg.): „... am Rande dabei ...?" Mädchen mit Behinderungen im Spannungsfeld von Mädchenarbeit und Jugendhilfe, Münster, 1997

**Pränataldiagnostik**

Boll, Silke: Gegen den Zeitgeist der Machbarkeit – Zur Pränatalen Diagnostik, in: Hermes, Gisela (Hg.): Krücken, Babies und Barrieren. Zur Situation behinderter Eltern in der Bundesrepublik, Kassel: bifos, bifos-Schriftenreihe Bd. 101998), 1998

Braun, Kathrin: Menschenwürde und Biomedizin. Zum philosophischen Diskurs der Bioethik, Frankfurt/Main, New York: Campus, Campus Forschung Bd. 80, 2000

Degener, Theresia; Köbsell, Swantje: „Hauptsache es ist gesund"? Weibliche Selbstbestimmung unter humangenetischer Kontrolle, Hamburg: Konkret Literatur Verlag, 1992

Dörr, Günter; Grimm, Rüdiger; Neuer-Miebach, Therese (Hg.): Aneignung und Enteignung. Der Angriff der Bioethik auf Leben und Menschenwürde, Düsseldorf: Selbstbestimmtes Leben, 2000

Gen-ethisches Netzwerk; Pichlhofer, Gabriele (Hg.): Grenzverschiebungen. Politische und Ethische Aspekte der Fortpflanzungsmedizin, Frankfurt/Main: Mabuse-Verlag, 1999

Kollek, Regine: Präimplantationsdiagnostik. Embryonenselektion, weibliche Autonomie und Recht, Tübingen, Basel: Franke, 2000

Neuer-Miebach, Therese; Tarneden, Rudi: Vom Recht auf Anders Sein - Anfragen an pränatale Diagnostik und humangenetische Diagnostik, Düsseldorf, 1994

Schindele, Eva: Schwangerschaft zwischen guter Hoffnung und medizinischem Risiko, Hamburg: Rasch und Röhrig, 1997

Sichtwechsel e.V., Verein zur Förderung der Ziele des Netzwerkes gegen Selektion durch Pränataldiagnositk: Service-Heft zur Pränataldiagnostik, Düsseldorf Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik, c/o Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte, Brehmstr. 5-7, 40239 Düsseldorf

Verein ganzheitliche Beratung und kritische Information zu pränataler Diagnostik: Das Risiko Leben - Eine Arbeitsmappe für den Unterricht, Zürich Schweizerische Zentrale für Heilpädagogik (SZH), Dossier Nr. 45 Schweizerische Zentrale für Heilpädagogik SZH, Luzern, 1996

**Psychische Probleme/ Behinderung/ Psychiatrie**

Dörner, Klaus; Plog, Ursula: Irren ist menschlich: Lehrbuch der Psychiatrie/ Psychotherapie, Bonn: Psychiatrie-Verlag, 1996

Dr. Enders-Dragässer, Uta; Dr. Sellach, Brigitte (Hg.): Frauen in der stationären Psychiatrie. Ein interdisziplinärer Bericht, Lage: Jacobs, 1999

Federspiel, Christa; Lackinger-Kaspe, Ingeborg: Kursbuch Seele; Was tun bei psychischen Problemen?; Beratung, Selbsthilfe, Medikamente, 120 Psychotherapien auf dem Prüfstand, Köln: Kiepenheuer und Witsch, 1. Aufl., 1996

Finzen, Asmus: Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen. Leitlinien für den psychiatrischen Alltag, Bonn: Psychiatrie-Verlag, 12. Aufl., 1998

Kempker, Kerstin; Lehmann, Peter (Hg.): Statt Psychiatrie, Berlin: Antipsychiatrie Verlag, 1993

Lehmann, Peter: Schöne neue Psychiatrie. Wie Chemie und Strom auf Geist und Psyche wirken, Berlin: Antipsychiatrie Verlag, Bd.1, 1996

Sichrovski, Peter: Krankheit auf Rezept. Die Praktiken der Praxisärzte, Köln: Kiepenheuer & Witsch, 1984

**Sexualität**

Arbeitsgemeinschaft Spina Bifida und Hydrocephalus e.V. (Hg.): Partnerschaft und Sexualität. Ein Aufklärungsbuch für junge Menschen mit Spina Bifida, Dortmund: AsbH,
ASbH e.V., Münsterstr. 13, 44145 Dortmund, 1997

Barabas, Friedrich K.: Sexualität und Recht. Ein Leitfaden für Sozialarbeiter, Pädagogen, Juristen, Jugendliche und Eltern, Frankfurt / Main Fachhochschulverlag, Bd. 71, 1998

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

Bright, Susie: Susie Sexperts Sexwelt für Lesben, Berlin: Krug und Schaden, 1993

Landgrebe, Christiane (Hg.): Wilde Frauen lieben anders, Berlin: byblios-Verlag, 1994

SuB und fib Marburg (Hg.): Dokumentation der Tagung „Aus lauter Lust und Liebe". Selbstbestimmte Sexualität geistig behinderter Menschen?, Marburg: SuB, fib, 1996

**Mutterschaft**

Hermes, Gisela (Hg.): Krücken, Babys und Barrieren. Zur Situation behinderter Eltern in der Bundesrepublik, Kassel: bifos-Schriftenreihe Bd. 10, Kassel, 1998

Pixa-Kettner, Ursula; Bargfrede, Stefanie; Blanken, Ingrid: „Dann waren sie sauer auf mich, daß ich das Kind haben wollte ...": Eine Untersuchung zur Lebenssituation geistigbehinderter Menschen mit Kindern in der BRD, Bundesministerium für Gesundheit (Hg.), Baden-Baden: Nomos-Verlags-Gesellschaft, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 75, 1996

**Sexuelle Gewalt**

BIG e.V., Berliner Initiative gegen Gewalt gegen Frauen (Hg.): Grenzen setzen – verantwortlich machen - Veränderung ermöglichen. Die Arbeit mit Tätern im Rahmen eines Interventionsprojektes gegen häusliche Gewalt, Berlin, 1997
BIG e.V., Paul-Lincke-Ufer 7, 10999 Berlin

BIG e.V., Berliner Initiative gegen Gewalt gegen Frauen (Hg.): Jetzt erst Recht. Rechte für mißhandelte Frauen - Konsequenzen für die Täter, Berlin, 1997
BIG e.V., Paul-Lincke-Ufer 7, 10999 Berlin

BIG e.V., Berliner Initiative gegen Gewalt gegen Frauen (Hg.): Berliner Interventionsprojekt gegen häusliche Gewalt. Alte Ziele auf neuen Wegen - Ein neuartiges Projekt gegen Männergewalt an Frauen stellt sich vor, Berlin, 1999
BIG e.V., Paul-Lincke-Ufer 7, 10999 Berlin

Becker, Monika: Sexuelle Gewalt gegen Mädchen mit geistiger Behinderung. Daten und Hintergründe, Heidelberg: Edition Schindele, 1995

Brückner, Margrit: Wege aus der Gewalt gegen Frauen und Mädchen. Eine Einführung, Frankfurt/Main: Fachhochschulverlag, Bd. 51, 1998

Bundesministerium für Frauenangelegenheiten, Wien (Hg.): Weil das alles weh tut mit Gewalt. Sexuelle Ausbeutung von Mädchen und Frauen mit Behinderung, Wien, Schriftenreihe der Frauenministerin, Bd. 10, 1996

Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen, Referat Öffentlichkeitsarbeit (Hg.): Das Tabu im Tabu. Sexualisierte Gewalt gegen Frauen und Mädchen

mit Behinderung, Bonn, Behindertenreferat Klaus Körner und Koordinationsstelle Frauenpolitik Maria Brosch, 1996
Bündnis 90 / Die Grünen, Bundeshaus AT Ia, 53113 Bonn

Degener, Theresia: „Das glaubt mir doch sowieso keiner" - Behinderte Frauen berichten, in: Janshen, Doris (Hg.): Sexuelle Gewalt: die allgegenwärtige Menschenrechtsverletzung: Ergebnisse einer Initiative des Arbeitskreises „Sexuelle Gewalt" beim Komitee für Grundrechte und Demokratie, Frankfurt/Main: Zweitausendeins, 1991

Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband LV NRW (Hg.): Machtmißbrauch. Sexuelle Gewalt in Einrichtungen sozialer Arbeit - Ergebnisse des Diskussionsprozesses im Paritätischen Nordrhein-Westfalen, Wuppertal, 2. Auflage, 1996
Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband, Landesverband Nordrhein-Westfalen. Loherstr. 7, 42283 Wuppertal

Enders, Ursula: „Zart war ich, bitter war`s". Handbuch gegen sexuelle Gewalt an Mädchen und Jungen, Köln: Kiepenheuer & Witsch, überarb. und erw. Neuausgabe, 1995

Herman, Judith Lewis: Die Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden, München: Kindler, 1993

Kwella, Sigrid; Mayer, Anneliese; Hentschel, Gitti: Skandal und Alltag - Sexueller Mißbrauch und Gegenstrategien, Berlin: Orlanda Frauenverlag, 1996

Ragoss, Silvia: Gewalt an Frauen. Zur sozial-pädagogischen Handlungskompetenz in der Arbeit mit Betroffenen, Frankfurt/Main, Washington: Hänsel-Hohenhausen, 1995

Schliermann, Brigitte: Vergewaltigung vor Gericht, Hamburg: Konkret Literatur Verlag, 1993

Senn, Charlene Y.: Gegen jedes Recht - sexueller Mißbrauch und geistige Behinderung, Berlin: Donna Vita, 1993
Weinwurm-Krause, Eva-Maria: Sexuelle Gewalt und Behinderung, Hamburg: Kovac, 1994

**Sucht**

ARCHIDO Bremen / Fachhochschule Frankfurt/Main (Hg.): Einrichtungen der Drogenhilfe. Verzeichnis der Adressen und Angebote, Frankfurt/Main: Fachhochschulverlag Frankfurt/Main, Bd. 12.1, Materialien zur Sozialarbeit und Sozialpolitik, 1996

Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hg.): Frau und Sucht. Beobachtungen, Erfahrungen, Therapieansätze, Hamm: Hoheneck-Verlag, Schriftenreihe zum Problem Suchtgefahren, Bd. 23, 1981

Dietze, Klaus; Spicker, Manfred: Alkohol - Kein Problem? Suchtgefahren erkennen; richtig handeln, Frankfurt/Main, New York: Campus, 1997

Feuerlein, Wilhelm; Küfner, Heinrich; Soyka, Michael: Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängigkeit. Entstehung - Folgen – Therapie, Stuttgart, New York: Thieme, 5. überarb. Aufl., 1998

Glaeske, G.; Günther, J.; Keller, S.: Nebenwirkung: Sucht. Medikamente, die abhängig machen. Wie Sie sich schützen und welche Alternativen es gibt, München: Kunstmann, 1997

Hurrelmann, Klaus; Bründel, Heidrun: Drogengebrauch – Drogenmißbrauch. Eine Gratwanderung zwischen Genuß und Abhängigkeit, Darmstadt: Primus Verlag, 1997

Lambrou, Ursula: Familienkrankheit Alkoholismus. Im Sog der Abhängigkeit, Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, 2000

Landesstelle gegen Suchtgefahren (Hg.): Adresshandbuch der Suchthilfe, Frankfurt/Main, 1999 Landesstelle gegen Suchtgefahren, Auf der Körnerwiese 5, 60322 Frankfurt/Main

Poser, Wolfgang; Poser, Sigrid: Medikamente - Mißbrauch und Abhängigkeit - Entstehung - Verlauf – Behandlung, Stuttgart, New York: Thieme, 1996

van Treeck, B.: Partydrogen. Wissenswertes zu Extasy, Speed, LSD, Cannabis, Kokain, Pilzen und Lachgas, Berlin: Schwarzkopf und Schwarzkopf, 1997

Vogt, Irmgard; Winkler, Klaudia (Hg.): Beratung süchtiger Frauen. Konzepte und Methoden, Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag, 1996

**Suizid und Tod**

Ariès, Philippe: Geschichte des Todes, München: dtv, 7. Aufl., 1995

Beck, Manfred; Meyer, Barbara (Hg.): Krisenintervention: Konzepte und Realität, Tübingen: Dgvt-Verlag, 1994

Bickel, Lis; Tausch-Flammer, Daniela (Hg.): In meinem Herzen die Trauer. Ein Begleitbuch für schwere Stunden, Freiburg i. Breisgau, Basel, Wien: Herder, 1998
Böhle, Solveig: Damit die Trauer Worte findet. Gespräche mit Zurückbleibenden nach einem Suizid, München: dtv, 1996

Diekstra, René; McEnery, Gary: Der letzte Ausweg? Denkanstöße für Selbstmordgefährdete, Bergisch-Gladbach: Lübbe, 1995

Dorrmann, W.: Suizid. Therapeutische Intervention bei Selbsttötungsabsichten, München: Pfeiffer, 2. erw. Aufl., 1996

Egidi, K.; Boxbücher, M. (Hg.): Systemische Krisenintervention, Tübingen; DGVT, 1996

Freeman, A.; Reinecke, M. A.: Selbstmordgefahr? Erkennen und behandeln: Kognitive Therapie bei suizidalem Verhalten, Bern: Huber, 1995

# Literaturtipps

Giernalczyk, Thomas: Lebensmüde. Hilfe bei Selbstmordgefährdung, München: Kösel, 1995

Henseler, H.; Reimer, Ch. (Hg.): Selbstmordgefährdung. Zur Psychodynamik und Psychotherapie, Stuttgart: frommann-holzboog, 1981

Hömmen, Christa: Mal sehen, ob ihr mich vermißt. Menschen in Lebensgefahr, Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, 1994

Jerneizig, Ralf; Langenmayr, Arnold; Schubert, Ulrich: Leitfaden zur Trauertherapie und Trauerberatung, Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, 2. Aufl., 1994

Kind, J.: Suizidal. Die Psychoökonomie einer Suche, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1992

Pohlmeier, H.; Schöch, H.; Venzlaff, U. (Hg.): Suizid zwischen Medizin und Recht, Stuttgart: G. Fischer, 1996

Quinnett,Paul G.: Warum mit dem Leben Schluß machen? Rat und Hilfe für Gefährdete und für die, die sie verstehen und lieben, Freiburg: Herder, 1990

Reimer, Christian; Arentewicz, Gerd: Kurzpsychotherapie nach Suizidversuch. Ein Leitfaden für die Praxis, Berlin, Heidelberg, New York, London: Springer, 1993

Roder, Amery Jean: Hand an sich legen. Diskurs über den Freitod, Frankfurt/Main: Klett-Cotta, 7. Aufl., 1994

Schwemmer, Siegfried J.: Den Tod durchdringt das Leben. Umgang mit Grenzerfahrungen, Göttingen, Zürich: Vandenhoek und Ruprecht, 1997

Worden, J. William: Beratung und Therapie in Trauerfällen. Ein Handbuch, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber, 2. erw. Aufl., 1999

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

# Nützliche Adressen

# Nützliche Adressen

**Adoption und Pflegekinder**

Bundesverband behinderter Pflegekinder e.V.
Große Straße 100
26817 Papenburg
Tel.: 04962/10 33, Fax: 04962/66 26

Bundesverband der Pflege- und Adoptivfamilien
Große Seestr. 29
60486 Frankfurt/Main
Tel.: 069/97 96 70, Fax: 069/97 98 67 67

Pro Infante - Aktion Kinder in Not e.V.
Bahnstr. 68
47906 Kempen
Tel.: 02152/64 89, Fax: 02152/80 332

Terre des Hommes Deutschland e.V.
Ruppenkampstr. 11a
49084 Osnabrück
Tel.: 0541/710 10, Fax: 0541/70 72 33

**Assistenz**

ASL - Arbeitsgemeinschaft für selbstbestimmtes Leben
schwerstbehinderter Menschen e.V.
Oranienstr. 189
10999 Berlin
Tel.: 030/61 40 14 00, Fax: 030/61 40 14 00

Assistenzgenossenschaft Bremen
Philosophenweg 17
28195 Bremen
Tel.: 0421/17 07 60

BAG UB - Bundesarbeitsgemeinschaft für Unterstützte Beschäftigung
Schulterblatt 36
20357 Hamburg
Tel.: 040/432 53 123, Fax: 040/432 53 125

fab e.V. - Verein zur Förderung der Autonomie Behinderter
Ambulanter Hilfsdienst
Kölnische Str. 99
34119 Kassel
Tel.: 0561/72 885-17, Fax: 0561/72 885-29

fib e.V. - Verein zur Förderung der Integration Behinderter
Am Erlengraben 12a
35037 Marburg
Tel.: 06421/169 67-33, Fax: 06421/169 67-29
Forum selbstbestimmte Assistenz Behinderter e.V.

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

c/o Elke Bartz
Nelkenweg 5
74673 Mulfingen
Tel: 07938/515, Fax: 07938/8538

Verbund behinderter Arbeitgeber/innen
Westendstr. 93
80339 München
Tel.: 089/41900016, Fax: 089/41900018

Verein zur Assistenz Behinderter
c/o Barbara Combrink
Bonner Str. 43
51145 Köln
Tel. 0220/32 11 65

ZsL Erlangen
- Assistenzorganisation -
Luitpoldstr. 42
91052 Erlangen
Tel.: 09131/20 75 91 und 20 53 13
Fax: 09131/20 45 72

**Frauen und Mädchen**
**Beratungsstellen und Netzwerke**

**Frauen und Mädchen allgemein**

Dachverband der Frauengesundheitszentren in Deutschland e.V.
Goetheallee 9
37073 Göttingen
Tel.: 0551/48 45 30, Fax: 0551/48 70 60
E-Mail: FGZ@FGZ-Goettingen.de

I.M.M.A. (Mädchenarbeit)
Kontakt- und Informationsstelle
Jahnstr. 38
80469 München
Tel.: 089/26 85 65, Fax: 089/26 89 79

Kofra
Kommunikationszentrum für Frauen
zur Arbeits- und Lebenssituation e.V.
Baaderstr. 30
80469 München
Tel.: 089/20 10 450, Fax: 089/20 22 747

**Frauen und Mädchen mit Behinderung**

BiBeZ
Ganzheitliches Bildungs- und Beratungszentrum
zur Förderung und Integration behinderter Frauen e.V.
Alte Eppelheimerstr. 38-40
69115 Heidelberg
Tel.: 06221/600 908, Fax: 06221/600 908
E-Mail: bibez@metronet.de

bundesorganisationsstelle behinderte frauen
Kölnische Str. 99
34119 Kassel
Tel.: 0561/72 885-40
Fax: 0561/72 885-44
E-Mail: service@bifos.de
Internet: www.behindertefrauen.org

**Netzwerke und Koordinierungsstellen behinderter Frauen**

Hamburger Netzwerk "Mädchen und FrauenLesben mit Behinderung"
c/o Bärbel Mickler
Autonom Leben e.V.
Langenfelder Str. 35
22769 Hamburg
Tel.: 040/43 29 01-49, Fax: 040/43 29 01-47
E-Mail: autonom.leben@t-online.de

Hessisches Koordinationsbüro für behinderte Frauen
Kölnische Str. 99
34119 Kassel
0561/72 885-22, 0561/72 885-29
E-Mail: hkbf.fab@t-online.de

Hessisches Netzwerk behinderter Frauen
c/o LAG Hessen "Hilfe für Behinderte e.V."
Raiffeisenstr. 15
35043 Marburg
Tel.: 06421/420 44, Fax: 06421/517 15
E-Mail: lhlv-hessen@t-online.de

KOBRA
Koordinierungs- und Beratungsstelle für
Frauen mit Behinderungen in Rheinland-Pfalz
Rheinstr. 4F
55116 Mainz
Tel.: 06131/146743, Fax: 06131/14 674-44
E-Mail: zsl@mainz-online.de
Internet: www.zsl-mainz.de

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

Krüppel-Lesben-Netzwerk
c/o Frauenbuchladen Amazonas
Schmidtstr. 12
44793 Bochum
Tel.: 0234/68 31 94, Fax: 0234/91 60 944
E-Mail: frauenbuchladenbo@w4w.de
Internet: www.frauenbuchladen.com
Lebendiger leben e.V.
Verein zur Förderung des selbstbestimmten Lebens
behinderter Frauen und Mädchen in Sachsen
Grunaer Str. 18
01069 Dresden
Tel. und Fax: 0351/49 69 339
E-Mail: lebendiger_leben@web.de

Mixed pickles
Verein für Mädchen und Frauen mit und ohne Behinderung
Kanalstr. 70
23552 Lübeck
Tel.: 0451/70 21 640, Fax: 0451/70 21 642
E-Mail: mixed-pickles@t-online.de

Netzwerk behinderter Frauen
und Mädchen in Bayern
c/o LAGH
Orleansplatz 3
81667 München
Tel.: 089/45 99 24 27, Fax: 089/45 99 24 28
E-Mail: frauennetzwerk@lagh-bayern.de

Netzwerk behinderter Frauen Berlin e.V.
Forster Str. 40
10999 Berlin
Tel.: 030/617 09 167, Fax: 030/61709 167
E-Mail: netzfrau-berlin@freenet.de

Netzwerk behinderter Frauen Niedersachsen
c/o Frau Renée Krebs
Büro des Behindertenbeauftragten
Postfach 141
30001 Hannover
Tel.: 0511/12 04-032, Fax: 0511/12 04-290
E-Mail: renee.krebs@mfas.niedersachsen.de

Netzwerkbüro organisierte und nicht organisierte
Frauen und Mädchen mit Behinderung in NRW
Neubrückenstr. 12-14
48143 Münster
Tel.: 0251/51 91 38, Fax: 0251/51 90 51
E-Mail: info@netzwerk-nrw.de

Weibernetz e.V.
Bundesnetzwerk von FrauenLesben und Mädchen
mit Beeinträchtigungen
Kölnische Str. 99
34119 Kassel
Tel.: Mi.: 17-19 Uhr: 0561/72 885-47
Fax: 0561/72 885-29
E-Mail: weibernetz@aol.com

**Lesben**

Bundesverband gehörloser Lesben und Schwuler
c/o Christian Geilfuß
Rendsburger Str. 9
20359 Hamburg
Tel.: 040/317 96 935, Fax: 040/317 96 935

Freakshow
c/o Freies Tagungshaus Waldschlößchen
Waldschlößchen 1
37130 Gleichen
Tel.: 05592/92 77 0

Jugendnetzwerk für lesbische und schwule Jugendliche
Lambda e.V. -Bundesgeschäftsstelle
Rittergut
99955 Lützensömmern
Tel.: 036041/44 9 83, Fax: 036041/44 0 20
E-Mail: bgs@lambda-online.de
Internet: www.lambda-online.de

Rad und Tat e.V. (RuT)
Offene Initiative lesbischer Frauen
Schillerpromenade 1
12049 Berlin
Tel.: 030/621 47 53, Fax: 030/621 47 53

**Mütter / Eltern**

Bundesverband behinderter und chronisch kranker Eltern e.V.
Löwenstr. 9
30175 Hannover
Tel.: 05111/6963256, Fax: 0511/6963257
Email: Behinderte.Eltern@gmx.de
Internet-Seite: www.come.to/behinderte-eltern

(Begleitende Elternschaft für Eltern mit lern- und
sogenannter geistiger Beeinträchtigung)
Elternhilfe e.V.
Frau Stefanie Bargfrede
c/o Arbeiterwohlfahrt Bremen
Senator-Willy-Blase-Haus

Mainstr. 46
28199 Bremen
Tel.: 0421/59 59 752 , Fax: 0421/59 59 752

Mütterzentren - Bundesverband
Müggenkampstr. 30a
20257 Hamburg
Tel.: 040/40 17 06 06/07, Fax: 040/49 038 26
E-Mail: info@muetterzentren-bv.de
Internet: www.muetterzentren-bv.de

Pro Familia Bundesverband
Stresemannallee 3
60596 Frankfurt/Main
Tel.: 069/6390 02, Fax: 069/63 98 52
E-Mail: info@profamilia.de
Internet: www.profamilia.de

**Unterstützte Kommunikation**

(Regionales Angebot:)
Beratungsstelle für nicht oder kaum sprechende Menschen
c/o vae
Karlsruher Str. 9
60329 Frankfurt/Main
Tel.: 069/27 216-250/251, Fax: 069/27 216-199
E-Mail: Aschneider@vae-ev.de

(Regionales Angebot: )
Beratungsstelle für unterstützte Kommunikation
Diakonie-Anstalt
Ringstr. 58-60
55543 Bad Kreuznach
Tel.: 0671/605 38 55, Fax: 0671/605 38 45
E-Mail: buk@kreuznacherdiakonie.de

ISAAC International Society of alternative and
augmentative Communication
c/o Fr. Susanne Bünk
Pffarrer Dr. Hoffmann Str. 5
53343 Wachtberg
Tel.: 02225/90 99 317, Fax: 02225/90 99 318
E-Mail: geschaeftsstelle@isaac-online.de

**Medien**

ABM
Arbeitsgemeinschaft Behinderung und Medien e.V.
Bonner Platz 1/V
80803 München
Tel.: 089/307 992-20, Fax: 089/307 992-22
E-Mail: info@abm-medien.de

Internet: www.abm-medien.de
Presse- und Informationsamt der Bundesregierung
Welkerstr. 11
53113 Bonn
Tel.: 0228/914-07 36, Fax: 0228/208-25 55

**PartnerInvermittlung**

Rollende Herzen
Allermöher Deich 17
22765 Hamburg
Tel.: 040/39 90 54 12, Fax: 040/39 90 54 12
E-Mail: service@rollende-herzen.de
Internet: www.rollende-herzen.de

Sie sucht Ihn - Er sucht Sie
Partnervermittlung für Behinderte
c/o Heinz Zimmermann
Finkenstr. 24
55122 Mainz
Tel.: 06131/38 26 39, Fax: 06131/38 26 39

**Pränatale Diagnostik, Beratungs- und Informationsstellen**

CARA
Beratungsstelle zur vorgeburtlichen Diagnostik e.V.
Große Johannisstr. 110
28199 Bremen
Tel.: 0421/59 11 54, Fax: 0421/59 78 495
E-Mail: caraev@t-online.de

Evangelische Frauenarbeit in Deutschland e.V.
Emil-von-Behring-Str. 3
60439 Frankfurt/Main
Tel.: 069/95 80 12-2, Fax: 069/95 80 12-26

Gen-Ethisches Netzwerk e.V.
Brunnenstr. 4
10119 Berlin
Tel.: 030/685 70 73, Fax: 030/684 11 83
E-Mail: GeNBerlin@aol.com

Genarchiv
Friederikenstr. 41
45130 Essen
Tel.: 0201/78 42 48

Netzwerk gegen Selektion durch Pränataldiagnostik
c/o Bundesverband für Körper- und Mehrfachbehinderte e.V.
Brehmstr. 5-7
40239 Düsseldorf
Tel.: 0211/64 004-20, Fax: 0211/64 004-0

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

E-Mail: info@bvkm.de
Internet: www.bvkm.de

Sichtweisen e.V.
Hamburger Initiative für unabhängige Beratung
Zur Pränatalen Diagnostik
c/o Silke Mittelstädt
Auf dem Rapsfeld 19 a
22359 Hamburg
Tel.: 040/68 84 90, kein Faxanschl.
E-Mail: SilkeMittelstaedt@gmx.de

**Psychische Behinderung**

Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker BApK
Thomas-Mann-Str. 41a
53011 Bonn
Tel.: 0228/63 26 46, Fax: 0228/65 80 63
E-Mail: bapk@psychiatrie.de

Bundesverband der Psychiatrie-Erfahrenen BPE
Thomas-Mann-Str. 41a
53011 Bonn
Tel.: 0228/63 26 46, Fax: 0228/65 80 63
E-Mail: bpe@psychiatrie.de

Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen e.V. DGZ
Geschäftsstelle
Möserstr. 56
49074 Osnabrück
Tel.: 0541/35 74 433, Fax: 0541/35 74 435
E-Mail: bgz@ince.phycho.uni-osnabrueck.de
Internet: www.zwaenge.de

Psychotherapie-Informations-Dienst PID
Heilsbachstr. 22
53123 Bonn
Tel.: 0228/74 66 99, Fax: 0228/64 10 23
E-Mail: wd-pid@t-online.de
Internet: www.psychotherapiesuche.de

**Sexualisierte Gewalt**

BIG Berliner Initiative gegen Gewalt gegen Frauen
Koordinationsstelle des Berliner Interventonsprojektes gegen häusliche Gewalt
Paul-Lincke-Ufer 7
10999 Berlin
Tel.: 030/617 09-100, Fa: 030/617 09-101
E-Mail: bigteam@snafu.de
Internet: www.bigberlin.org

Weißer Ring e.V.
Gemeinnütziger Verein zur Unterstützung von
Kriminalitätsopfern und zur Verhütung von Straftaten
Weberstr. 16
55130 Mainz
Tel.: 01803/34 34 34 (buweit. Info!) und 06131/830 30
Fax: 06131/830 345
E-Mail: info@weisser-ring.de
Internet: www.weisser-ring.de

**Sexualität**

'Sexgeflüster' VbA - Selbstbestimmt Leben e.V.
Westendstr. 93
80339 München
Tel.: 089/419 000-16, Fax: 089/419 000-18
E-Mail: vba-muenchen@link-m.de
Internet: www.vba-muenchen.de

**Sucht**

Suchtfachklinik für Frauen
Am Huschebrink 17
37632 Eschershausen
Fax: 05534/551, Fax: 05534/1859

Landesstelle gegen die Suchtgefahren
siehe örtl. Telefonbuch

Suchtzentrum Leizpig e.V.
Brockhausstr. 36
04229 Leipzig
Tel.: 0341/480 9 287, Fax: 0341/480 9 288
E-Mail: gs@suchtzentrum.de

Sucht- und Drogenberatungsstellen
siehe örtl. Telefonbuch

Synanon Berlin
Bernburger Str. 25
10963 Berlin
Tel: 030/55 000-0 / Fax: 030/55 000-220
E-Mail: mail@suchtreport.de

**Umwelterkrankungen**
**Adressen und anerkennende Krankenkassen**

Bürgerwelle e.V.
Dachverband der Bürger und Initiativen zum
Schutz vor Elektrosmog
c/o Siegfried Zwerens

Lindenweg 10
95643 Tirschenreuth
Tel.: 09631/79 57 39
E-Mail: info@buergerwelle.de
Internet: www.buergerwelle.com

Pure Nature Products
Mühlwiesenstr. 2
55743 Kirschweiler
Tel.: 06781/901 625, Fax: 06781/315 70

BKK IHV
Äppelallee 27
65203 Wiesbaden
Tel.: 0611/186 86-0, Fax: 0611/186 86-73
E-Mail: bkk-ihv@t-online.de
Internet: http://www.bkk-ihv.de

Innungskrankenkasse Hamburg IKK
Kieler Str. 464-470
22525 Hamburg
Tel.: Hotl. 01802/ 22 67 67; 040/54 00 3-0
Fax: 040/54 00 3-333
E-Mail: geschaeftskunden@ikk-hamburg.de
Internet: www.ikk-hamburg.de

SECURVITA-BKK
Geschäftsstelle
Große Elbestr 39
22767 Hamburg
Tel.: 0130/17 69 17, Fax: 040/30 68 28 29
Internet: www.securvita-bkk.de

**Vernetzung von Selbsthilfegruppen**

NAKOS (Hg.): Grüne Adressen: Bundesweite Selbsthilfevereinigungen und relevante Institutionen, erscheint jährlich.
Zu beziehen bei: Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.
Albrecht-Achilles-Str. 65, 10709 Berlin, Tel:030/8914019, Fax:030/8934014, E-Mail: nakos@gmx.de., Internet: www.nakos.de

NAKOS (Hg.): Rote Adressen: Lokale / regionale Selbsthilfe-Unterstützung in Deutschland, erscheint jährlich.
Zu beziehen bei: Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.
Albrecht-Achilles-Str. 65, 10709 Berlin, Tel:030/8914019, Fax:030/89340 14, E-Mail: nakos@gmx.de., Internet: www.nakos.de

NAKOS (Hg.): Blaue Adressen: Suche von Menschen mit seltenen Erkrankungen und Problemen nach Gleichbetroffenen und Selbsthilfegruppen, erscheint jährlich.
Zu beziehen bei: Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.
Albrecht-Achilles-Str. 65, 10709 Berlin, Tel:030/8914019, Fax:030/8934014, E-Mail: nakos@gmx.de., Internet: www.nakos.de

**Zentren und Angebote der Selbstbestimmt-Leben-Bewegung**

Aktive Behinderte in Stuttgart und Umgebung e.V.
Moehringer Landstr. 103 A
70536 Stuttgart
Tel.: 0711/780 18 58
E-Mail: Goesmann@rhein-neckar.netsurf.de

ASL e.V.
Arbeitsgemeinschaft für ein selbstbestimmtes
Leben schwerstbehinderter Menschen
Oranienstr. 189
10999 Berlin
Tel.: 030/61 40 14 00, Fax: 030/61 65 89 51
E-Mail: asl-berlin@t-online.de

Autonom Leben e.V.
Langenfelderstr. 35
22769 Hamburg
Tel.: 040/43 29 0 14-8/, Fax: 040/43 29 0 14-7
E-Mail: Autonom.Leben@t-online.de

bifos e.V.
Bildungs- und Forschungsinstitut
zum selbstbestimmten Leben Behinderter
Kölnische Str. 99
34119 Kassel
Tel.: 0561/72 885-40, Fax: 0561/72 885-44
E-Mail: bifos@t-online.de
Internet: www.bifos.de

BZsL
Berliner Zentrum für selbstbestimmtes Leben e.V.
Marienburger Str. 32 A
10405 Berlin
Tel.: 030/44 05 44 24 , Fax: 030/44 05 44 26
E-Mail: BZSL@aol.com

fab e.V.
Verein zur Förderung der Autonomie Behinderter
Kölnische Str. 99
34119 Kassel
Tel.: 0561/72 885-0, Fax: 0561/72 885-29
Internet: www.fab-kassel.de

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

Hohenloher Interessengemeinschaft selbstbestimmtes Leben
c/o Ingeborg Wiemer
Südstr. 16
74238 Krautheim
Tel.: 07940 / 92 25 46 / Fax: ohne

ISL e.V.
Interessengemeinschaft zum selbstbestimmten Leben
Behinderter -Bundesgeschäftsstelle
Kölnische Str. 99
34119 Kassel
Tel.: 0561/72 885-46/47, Fax: 0561/72 885-58
E-Mail: info@isl-ev.org
Internet: www.isl-ev.org

ISL Interessengemeinschaft selbstbestimmt Leben
Landesverband Thüringen
Drakendorfer Str. 12 a
07747 Jena
Tel.: 03641/36 11 55, Fax: 03641/39 8 814
E-Mail: isl@infonet-thueringen.de

Jenaer Zentrum für selbstbestimmtes Leben Behinderter– JZsL
Ernst-Schneller-Str. 10
07747 Jena
Tel.: 03641/33 13 75, Fax: 03641/39 62 52
E-Mail: Jzsl98@aol.com

Kontakt Selbstbestimmt Leben Juelich
c/o Bianka Becker
Andreasstr. 24
52428 Juelich
Tel.: 02461/59 204, Fax: 02461/59 2 03
E-Mail: kolnsel@t-online.de

Netzwerk Artikel 3
Bundeskoordination für die Gleichstellung behinderter Menschen
Krantorweg 1
13503 Berlin
Tel.: 030/436 44-41, Fax: 030/436 44-42
E-Mail: HGH-si@t-online.de

SelbstBestimmt Leben Bremen
Ostertorsteinweg 98
28203 Bremen
Tel.: 0421/70 44-09, Fax: 0421/70 44-01
E-Mail: slbremen@aol.com

Selbstbestimmt Leben Hannover
Markgrafstr. 5
30419 Hannover
Tel.: 0511/35 22 521, Fax: 0511/27 16 215
E-Mail: SelbstbestimmtLebenHannover@t-online.de

SüZsL  Südthüringer Zentrum zum selbstbestimmten Leben Behinderter
Hauptstr. 89
98593 Struth-Helmershof
Tel.: 03683/78 27 92

Wir vertreten uns selbst
Projekt zur Förderung der Selbstvertretung
von Menschen mit sogenannter geistiger Behinderung
Kölnische Str. 99
34119 Kassel
Tel.: 0561/72 885-46/47, Fax: 0561/72885-58
E-Mail: info@isl-ev.org
Internet: www.isl-ev.org

WüSL
Selbstbestimmt Leben von Menschen mit Behinderung in Würzburg
St. Benedikt-Str. 4
97080 Würzburg
Tel.: 0931/50 456, Fax: 0931/50 455
E-Mail: WueSL@aol.com

ZENIT
Kontakt- und Beratungsstelle für Behinderte
Weststr. 10
07407 Rudolstadt
Tel.: 03672/344 624, Fax: 03672/344 624

ZsL Erlangen
Zentrum für selbstbestimmtes Leben Behinderter e.V.
Luitpoldstr. 42
91052 Erlangen
Tel.: 09131/20 50 22, Fax: 09131/20 73 51
E-Mail: info@zsl-erlangen.de
Internet: www.zsl-erlangen.de

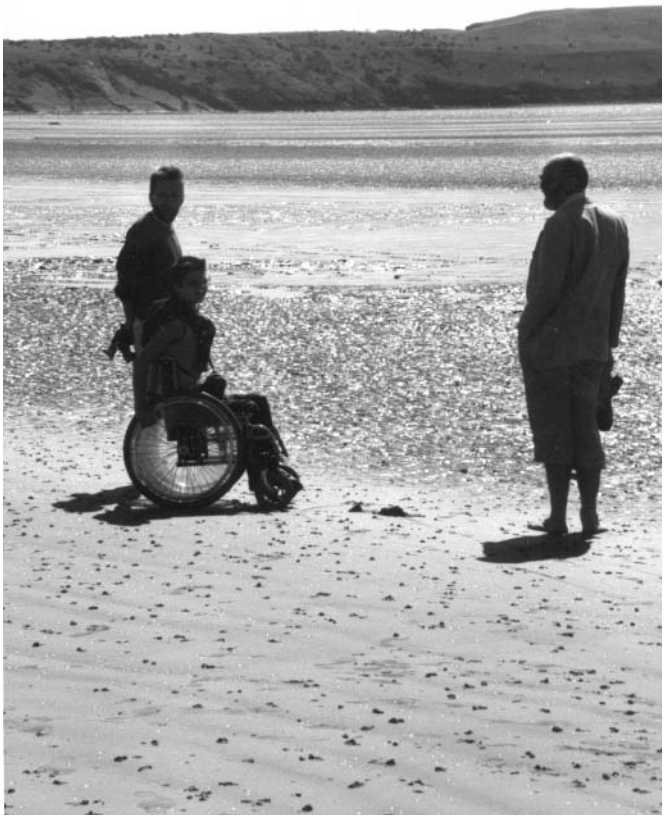
ZsL Köln
Zentrum für Selbstbestimmtes Leben Köln e.V.
An der Bottmühle 2-15
50678 Köln
Tel.: 0221/32 22 90, Fax: 0221/32 14 69
E-Mail: zsl-koeln@netcologne.de

ZsL Mainz
Zentrum für selbstbestimmtes Leben behinderter Menschen
Rheinstr. 4
55116 Mainz
Tel.: 06131/14 674-3, Fax: 06131/14 674-44
E-Mail:zsl@mainz-online.de

ZsL Nürnberg, Zentrum für selbstbestimmtes Leben
c/o Gaby Eder
Dennerstr. 6
90429 Nürnberg
Tel.: 0911/26 48 74, Fax: 0911/26 48 74

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

# Vorstellung der Autorinnen



# Die Autorinnen

**Christiane Biller-Pech**
wurde 1958 geboren und hat eine spastische Behinderung. Von Beruf ist sie Dipl.-Psychologin und Dipl.-Sozialpädagogin. Zur Zeit ist sie im Jugendamt des Allgemeinen Sozialpädagogischen Dienstes beschäftigt , außerdem arbeitet Frau Biller-Pech als Dozentin am Sozialpädagogischen Institut und als Beraterin am Centrum für Sexualwissenschaften e.V. – Sexualberatung für Menschen mit Behinderungen. Hier plant und führt sie Fortbildungen zum Thema „Sexualität und Behinderung" durch. Sie ist ehrenamtlich als Mitglied im Kinderschutzteam „Sexuelle Gewalt und Misshandlung an Kindern und Jugendlichen" in Berlin-Tempelhof und in der Arbeitsgruppe „Sexualität und Behinderung" der Berliner Senatsverwaltung (Broschüre: Kinderwunsch) tätig.

**Silke Boll**
wurde 1957 geboren. Ihre Behinderung hat sie von Geburt an und sie benutzt im Alltag einen Rollstuhl. Sie lebt bei Berlin und hat zwei Söhne, die 1992 und 1994 geboren sind. Von Beruf ist Silke Boll Lehrerin und Diplom-Pädagogin. Sie hat Lehraufträge an der Universität Berlin zum Thema Pränatal-Diagnostik und ist Mitautorin des Buches „Geschlecht behindert – besonderes Merkmal frau".

**Claudia Franziska Bruner**
wurde 1959 geboren, M.A., Erziehungs- und Sozialwissenschaftlerin, Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Deutschen Jugendinstitut seit 1988. Arbeitsschwerpunkte: Sozialisations- und Lebensbedingungen von Mädchen und Frauen mit Behinderungen; Mädchen- und Frauenforschung; Wissenschaftliche Dokumentation im Bereich Jugendhilfe; seit März 1998 im Projekt „Modelle gesellschaftlicher Beteiligung von Kindern und Jugendlichen".
Aktuelle Veröffentlichungen: Bruner, Claudia Franziska: Wandel jugendlicher Lebenslagen am Beispiel von Mädchen und jungen Frauen. In: Deutsches Jugendinstitut (Hg.): Bibliographie Jugendhilfe, 1996. Jugendhilfe - wohin? Zwischen Gesetzesauftrag und Marktorientierung. München, 1997, S. 81-178; Bruner, Claudia Franziska / Dannenbeck, Clemens / Eßer, Felicitas: Ethnizität zwischen „Wiederentdeckung" und Dekonstruktion. Eine Literaturdokumentation. In: Deutsches Jugendinstitut (Hg.): Literaturreport, 1997. Supplement zur Zeitschrift DISKURS, München, 1998; Bruner, Claudia Franziska: „Jugend und Gesundheit in Europa" In: Deutsches Jugendinstitut (Hg.): Bibliographie Jugendhilfe, 1998. Jugendhilfe - wohin? Zwischen Gesetzesauftrag und Marktorientierung. München ,1999

**Brigitte Faber**
Jahrgang 1961, ist von Beruf Diplom-Pädagogin. Zu ihrer Behinderung kam sie mit 22 Jahren durch einen Unfall („Urlaubs-Souvenir"). Ehrenamtlich war sie sechs Jahre im Bereich Frauenselbstverteidigung tätig. Mitarbeit im bifos-Frauenprojekt „Behinderte Frauen in Ost und West", einem Weiterbildungsangebot für behinderte Beraterinnen von 1997-1999. Sie ist Mitgründerin und Vorstandsfrau vom „Weibernetz" e.V. - Bundesnetzwerk von FrauenLesben und Mädchen mit Beeinträchtigung. Gelegentlich ist Brigitte Faber als Referentin in Sachen „Frauen mit Behinderung", „Pränataldiagnostik", „Sexualisierte Gewalt" oder „Berufliche Reha" unterwegs.

**Anita Grießer**
wurde 1963 geboren und ist aufgrund eines Unfalles seit ihrem 2. Lebensjahr auf einen Rollstuhl angewiesen (Querschnittlähmung). Von Beruf ist sie Dipl. Sozialarbeiterin und Peer Counselorin (ISL), Kassel.
1990 hatte Anita Grießer erstmalig Kontakt zur Selbstbestimmt-Leben-Bewe-

gung behinderter Menschen. Vom Ansatz des „Peer Counseling" fasziniert und in dem Wissen, daß das genau die Arbeit ist, die sie gerne perspektivisch machen wollte, arbeitete sie von 1990 bis 1995 im Kölner Zentrum für selbstbestimmtes Leben. Mitte 1995 zog sie nach Kassel und ist seither im Verein zur Förderung der Autonomie Behinderter -fab e.V- beschäftigt. Ihre beruflichen Arbeitsschwerpunkte lagen bislang in der sachlichen und psychosozialen Beratung von Frauen (und Männern) sowie in der Beratung von Frauen mit Behinderung und gesundheitlichen Einschränkungen zum Thema Erwerbstätigkeit.

**Gisela Hermes**
wurde 1958 geboren und hat eine Tochter. Von Beruf ist sie Dipl. Pädagogin und Dipl. Supervisorin. Sie hatte als Baby Kinderlähmung und benutzt heute einen Rollstuhl. Seit 1992 arbeitet Gisela Hermes im von ihr mitgegründeten Bildungs- und Forschungsinstitut zum selbstbestimmten Leben Behinderter e.V. Der Selbstbestimmt Leben Bewegung behinderter Menschen fühlt sie sich seit über 20 Jahren verbunden. In ihrem Rahmen beschäftigte sie sich schon sehr früh mit ihrer Situation als behinderte Frau, gründete vor ca. 18 Jahren eine der ersten Frauengruppen behinderter Frauen in Marburg mit und verfasste zusammen mit anderen behinderten Frauen das Buch „Geschlecht behindert – besonderes Merkmal frau". Später gab sie im Rahmen des bifos e.V. verschiedene weitere Bücher über die Situation behinderter Frauen heraus und organisierte viele Seminare und Tagungen in diesem Bereich, u.a. die erste europäische Konferenz behinderter Frauen, die 1996 in München stattfand. Sie leitete das bifos-Frauenprojekt „Behinderte Frauen in Ost und West" und ist seit 1999 Koordinatorin der „bundesorganisationsstelle behinderte frauen".

**Renate Klöckner-Schmied**
wurde 1949 geboren und lebt mit ihrem Mann und zwei Töchtern in Kassel. Seit ihrem 31. Lebensjahr ist sie an Multipler Sklerose erkrankt, die inzwischen zu einigen Behinderungen geführt hat. Sie leitete zwei Jahre lang in Kassel die Gesprächsgruppe „Chronisch kranke Menschen mit fortschreitender Behinderung".

**Lissi Bettina Köchling**
wurde 1953 in der früheren DDR geboren – Einzelkind, frühe Kindheit und Jugend auf den Philippinen und in Argentinien. Selbstverletzung ab der Pubertät. Nach Trennung und Scheidung ihrer Eltern '71 Abitur, seitdem alleinlebend mit Katzen, ohne die sie sich kein Dasein vorzustellen vermag.
Politisiert durch den Militärputsch in Chile fand sie zur Frauenbewegung. Studium: „Visuelle Kommunikation". Lissi Bettina Köchling war 15 Jahre lang als Diplom-Designerin in Werbeagenturen tätig.
Erste Psychiatrieerfahrungen '89; es folgten sechs weitere; der jeweilige Einweisungsgrund: „Autoaggression". Kündigung mit allen sozialen Konsequenzen. Seit '92 erhält sie EU-Rente; 80% schwerbehindert.
Ohne ihre Mutter und deren liebenswerten Mann würde sie das Schicksal all derer teilen, die in irgendwelchen Institutionen verstummt sind.

**Susanne Lambeck**
wurde 1963 geboren und lebt mit ihrer Familie im Kreis Recklinghausen. Als Klinische Psychologin und Psychotherapeutin ist sie in der Elternberatung mit Eltern Frühgeborener und Risikoneugeborener tätig. Sie ist Autorin des Buches „Diagnoseeröffnung bei Eltern behinderter Kinder" (Hogrefe Verlag 1992).
Außerdem arbeitet Susanne Lambeck im Projekt Krisenhilfe der Vereinigung der Pflege- und Adoptivfamilien in NRW in der psychologischen Beratung von Pflege- und Adoptivfamilien in Krisensituationen.

**Bärbel Mickler**
wurde 1963 geboren und ist von Geburt an blind. Sie ist Sozialpädagogin und seit 1990 in der Beratungsstelle für Menschen mit Behinderung des Vereins Autonom Leben e.V. tätig. Ihr Schwerpunkt liegt in der Arbeit mit Mädchen und Frauen mit Behinderung, für die sie auch Gruppen anbietet. Bärbel Mickler ist eine der Gründungsfrauen des Hamburger Netzwerks „Mädchen und FrauenLesben mit Behinderung". Im Rahmen ihrer Arbeit bietet sie außerdem für unterschiedliche Zielgruppen Fort- und Weiterbildung zum Thema „Sexualisierte Gewalt gegen Mädchen und Frauen mit Behinderung" an.

**Anne Müller-Lottes**
wurde 1958 geboren, ist nichtbehindert und arbeitet als Psychotherapeutin in eigener Praxis. Sie arbeitet häufig mit behinderten Frauen und führte während ihrer langjährigen Zusammenarbeit mit der Selbstbestimmt-Leben-Bewegung behinderter Menschen mehrere Seminare über kreative Methoden in der Beratungsarbeit und Tagungen für Kinder mit behinderten Eltern durch. 1999 veröffentlichte sie im Rahmen der bifos-Schriftenreihe das Buch „Warum nicht mit Spaß? Kreative Methoden in der Beratung".

**Birgit Nabben**
wurde 1963 in Köln geboren, ist seit ihrer Geburt körperbehindert und nutzt seit 16 Jahren leidenschaftlich gern den Rollstuhl zur Fortbewegung. Mit der „Selbstbestimmt-Leben-Philosophie" kam sie zunächst als Ratsuchende und Studentin der Sozialarbeit im „Kölner Zentrum für selbstbestimmtes Leben" in Berührung, wo sie dann ebenfalls ihr Anerkennungsjahr als Diplom-Sozialarbeiterin gemacht hat. Inhaltlicher Schwerpunkt ihrer Arbeit dort war „Persönliche Assistenz".
Seit 1995 wohnt sie in Kassel und arbeitet im „Verein zur Förderung der Autonomie Behinderter" - fab e.V. Der Schwerpunkt ihrer Beratungstätigkeit hier lag in der Arbeit mit behinderten Frauen, die im Landkreis Kassel leben und Unterstützung beanspruchen bei der Suche nach Ausbildungs- oder Arbeitsplätzen. Seit 1996 ist Birgit Nabben „Peer Counselorin" (IsL).

**Christa Pfeil**
wurde 1951 geboren und hat trotz der früh auftretenden Muskeldysthrophie weiterhin die Regelschule und später die Handelsschule besucht. Es folgte ein kaufmännische Ausbildung, zeitweise war sie beruflich selbständig.
Seit 1973 ist sie ehrenamtlich in Behinderten-Selbsthilfegruppen und in der Johanniter-Unfall-Hilfe tätig. Seit 1983 erhält Christa Pfeil eine unbefristete EU-Rente. Seit 1994 ist sie „behinderte Arbeitgeberin" ihrer Assistenz und bei fab e.V. in Kassel in der Assistenzberatung tätig.

**Chr.-Barbara Poge**
wurde 1956 in Ludwigslust/Mecklenburg geboren. Seit 1975 lebt sie in Berlin. Dort absolvierte sie zunächst ein Studium der Soziologie (1975-1980). Seit 1979 ist sie verheiratet; Geburt der Söhne 1980 und 1986. Sie arbeitete von 1980 bis 1986 in einer Rehabilitationswerkstatt für psychisch kranke Menschen. Seit 1988 ist Barbara Poge als Suchttherapeutin in einer Suchtberatungsstelle in Berlin-Hohenschönhausen tätig. Zusätzlich machte sie von 1995-1997 eine berufsbegleitende Weiterbildung zur Sozialtherapeutin/Suchttherapeutin (psychoanalytisch interaktionell orientiert). Seit 1993 ist Frau Poge an einer Dopa-sensitiven Dystonie erkrankt.

**Martina Puschke**
wurde 1967 geboren und lebt heute in Kassel, wo sie seit 1999 bei der „Intressenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland - ISL e.V." arbeitet. Im Jahr 1998 leitete sie das Hessische Koordinationsbüro für behinderte

Frauen in Kassel, ist seither im Vorstand des Weibernetz e.V. - des Bundesnetzwerks von FrauenLesben und Mädchen mit Beeinträchtigung, und als Referentin für Bioethik sowie für die Lebenssituation von Frauen und speziell auch lesbisch lebenden Frauen mit Behinderung tätig. Von Beruf ist Martina Puschke Diplom-Pädagogin. Als geburtsbehinderte Frau, deren Gehbehinderung weitgehend nicht sichtbar ist, beschäftigte sie das Thema der Nichtsichtbarkeit einer Behinderung seit langem. An der FrauenLesbenthematik hängt ihr Herz als feministische Krüppellesbe ganz besonders.

**Dinah Radtke**
ist Jahrgang 1947, Rollstuhlfahrerin und hat eine spinale Muskelatrophie. Sie ist Peer Counselorin (ISL) und Peer Counseling-Ausbilderin.
1976 bildete sie mit behinderten und nichtbehinderten StudentInnen eine Arbeitsgruppe, die versuchte, die Bedingungen an der Erlanger Uni für behinderte Studierende zu verbessern. 1977 war sie Mitbegründerin der „Studenteninitiative Behinderter" StiB e.V., zu der auch behinderte Frauen und Männer aus dem Stadtbereich kamen. Die StiB setzte durch, Erlangen behindertenfreundlicher zu gestalten.
1988 gründeten die behinderten Menschen aus der StiB das „Zentrum für selbstbestimmtes Leben Behinderter" (ZSL) in Erlangen. Seit 1989 arbeitet Dinah Radtke dort als Beraterin im ZSL e.V.. Ihre Schwerpunkte sind Öffentlichkeits-, Frauen- und behindertenpolitische Arbeit.
Sie war 1990 Gründungsmitglied der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V. und bis Herbst 1995 auch im Vorstand der ISL.
Seit 1991 ist sie zweite Vorsitzende der „Disabled Peoples International" Europa und seit 1994 Vorstandsmitglied des europäischen Komitees behinderter Frauen von DPI Europa.
1998 wurde Dinah Radtke zur Vorsitzenden des weltweiten Frauenkomitees von DPI gewählt.

**Daniela von Raffay**
wurde 1951 in München geboren. Im dritten Lebensjahr erkrankte sie an Poliomyelitis und ist seither Rollstuhlfahrerin.
Seit 1972 lebt sie in Berlin und von Beruf ist sie Diplom-Soziologin. Sie wohnt zusammen mit ihrer Freundin Uta und drei Katzen in Berlin-Schöneberg.
Seit über zehn Jahren arbeitet sie in verschiedenen Behindertenprojekten und Einrichtungen: Initiatorin Gruppe behinderter Mädchen „blisse 14", Gründung und Zusammenarbeit mit verschiedenen Frauen- und Lesbengruppen (u.a. Rolling Dykes, KNUB, Flying Freaks), Mitbegründerin der „Freakshow" – seit 1993 regelmäßig stattfindende Veranstaltung lesbischer und schwuler Behinderter in Zusammenarbeit mit dem Freien Tagungshaus Waldschlößchen e.V. in Reinhausen, Leiterin der Fortbildungsveranstaltung zur „Sexualberatung behinderter Frauen und Männer" bei ASL e.V. (Arbeitsgemeinschaft für selbstbestimmtes Leben schwerstbehinderter Menschen).
Außerdem arbeitet Daniela von Raffay als freie Autorin: u.a. in Traude Bührmann (Hg.): „Lesbisches Berlin", Orlanda Verlag, 1999; Vaßen/Koch/Naumann (Hg.): „Wechselspiel: KörperTheaterErfahrung", Frankfurt a.M., 1998; „Unser Körper Unser Leben", Rowohlt 1980 (Deutsche Erstausgabe); „Raffaela rolling Dyke" in: COURAGE 1, aktuelle frauenzeitung „behindert leben", Januar 1980

**Christiane Rischer**
wurde 1967 mit Spina bifida geboren. Sie ist Diplompsychologin, verheiratet und hat zwei Kinder.
Derzeit arbeitet sie im Vorstand des Mütterzentrum Dortmund. Sie begleitet unter anderem eine Gruppe behinderter Mütter, die sich zweimal im Monat trifft. Gelegentlich bietet das Mütterzentrum Tagesseminare für diesen Personenkreis an.

**Susanne Schnabel**
ist Jahrgang 1969 und in der DDR aufgewachsen. Dort durchlief sie eine Sonderschulkariere. Als sie am Beginn eines ungeliebten Technikstudiums stand, wurde sie von der Wende überrascht, die ihr daraufhin die Chance zu einer Neuorientierung gab. Sie studierte bis zu ihrem Abschluss 1996 Sozialarbeit/Sozialpädagogik in Erfurt. In den letzten beiden Jahren war sie als Beraterin/Peer Counselorin (ISL) im Zentrum für selbstbestimmtes Leben behinderter Menschen Kassel tätig. Außerdem ist Susanne Schnabel Gründungsmitglied des Südthüringer Zentrums für selbstbestimmtes Leben. Im Sommer 1999 ist sie wieder nach Thüringen gezogen.

**Bettina Schneider**
wurde 1957 geboren und ist Diplom Sozialpädagogin/-arbeiterin. Außerdem absolvierte sie ein Zusatzstudium an der Gesamthochschule Kassel zur Diplom-Supervisorin. Ihre Behinderung hat sie seit Geburt (spina bifida).
Bettina Schneider ist Mitbegründerin des „Vereins zur Förderung der Autonomie Behinderter (fab e.V.)" und Vorstandsmitglied im Bildungs- und Forschungsinstitut zum selbstbestimmten Leben Behinderter (bifos e.V.). Ehrenamtlich ist sie seit vielen Jahren in der Behindertenbewegung aktiv.

**Christiane Schneider**
wurde 1961 geboren, ist sehbehindert und lebt in Köln. Sie arbeitete viereinhalb Jahre im „Zentrum für selbstbestimmtes Leben Köln", davon zwei Jahre im Modellprojekt „Peer Support für behinderte Frauen". Heute arbeitet sie freiberuflich als Referentin und Autorin im Bereich „Mädchen und Frauen mit Behinderung".

**Birgit Schopmans**
ist 36 Jahre alt und langjährig in der Behinderten- und Frauenbewegung aktiv. 1987 war sie Mitbegründerin des „Verein zur Förderung der Autonomie Behinderter - fab e.V.". Seit 1993 leitet sie das „Hessische Koordinationsbüro für behinderte Frauen" in Kassel. Birgit Schopmans ist Sozialpädagogin und Peer Counseling-Ausbilderin. Zudem hat sie eine dreieinhalbjährige Tochter.
Veröffentlichungen u.a.: Mitautorin von: Hans-Günter Heiden (Hg.): Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden, 1996

**Birgit Stenger**
ist 38 Jahre alt, nicht verheiratet und hat keine Kinder. Sie ist Sozialpädagogin (FH), Peer Counselorin und systemische Familienberaterin. Seit 1983 lebt sie mit persönlicher Assistenz (Zivildienstleistende, Honorarkräfte und Arbeitnehmer nach dem ArbeitgeberInnenmodell). Birgit Stenger arbeitet seit sechs Jahren als Sozialarbeiterin und Peer Counselorin in der Beratungsstelle der Arbeitsgemeinschaft für selbstbestimmtes Leben schwerstbehinderter Menschen - ASL e.V. in Berlin.

**Petra Stephan**
ist Jahrgang 1953, Diplompsychologin/Psychotherapeutin, Peer Counselor/in (ISL) - Ausbilderin. Sie ist Mitbegründerin des „Berliner Zentrums für Selbstbestimmtes Leben behinderter Menschen e.V.".
Von Geburt an ist sie durch eine Muskelsystemerkrankung behindert und daher rollstuhlabhängig. Sie durchlief eine typische „Sonderschulkarriere" mit anschließendem Studium der „Klinischen Psychologie" an der Humboldt-Universität Berlin.
Seit 1976 arbeitet Petra Stephan an der Klinik für Neurologie und Psychiatrie der Charité, seit 1992 ist sie außerdem wissenschaftliche Mitarbeiterin des Instituts für Medizinische Psychologie dieses Universitätsklinikums.

**Monika Strahl**
wurde 1954 in Hamburg geboren. Seit dem 3. Lebensjahr lebt sie mit einer spinalen Muskelatrophie und ist seit dem 17. Lebensjahr Rollstuhlfahrerin.
Nach einer kaufmännischen Ausbildung arbeitete sie in einer Spedition, studierte über den zweiten Bildungsweg Dipl.-Sozialwissenschaften in Bremen und arbeitete anschließend in der Beratungsstelle Selbstbestimmt Leben Bremen. Sie ist langjährig tätig in der Frauen-/Behindertenbewegung und Mit-Initiatorin der Fotoausstellung „Unbeschreiblich weiblich", einer Fotoausstellung von Frauen mit Behinderung.
Seit sechs Jahren arbeitet Monika Strahl als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Bremen mit dem Schwerpunkt Supervision/Praxisbegleitung für Studierende der Behindertenpädagogik und studiert z. Zt. berufsbegleitend „Systemische Supervision und Organisationsberatung" in Oldenburg.

**Barbara Stötzer**
wurde 1953 geboren und erkrankte mit dem 12. Lebensjahr an progressiver Muskeldystrophie. In Folge dessen benutzt sie einen Rollstuhl.
Von 1975 bis 1980 studierte sie Informationswissenschaften. Sie ist (1990) Mitbegründerin des Suhler und Thüringer Verbandes der Behinderten. Dort war sie von 1990-1995 als Beraterin und Referentin beschäftigt. Berufsbegleitend schloss sie die Qualifikation als Sozialarbeiterin ab und absolvierte die erste bundesweite Ausbildung zur Peer Counselorin - ISL. Barbara Stötzer ist Initiatorin und Projektleiterin der Kontakt- und Beratungsstelle für behinderte Frauen im Frauenzentrum Suhl e.V. Von 1992-1997 war sie Mitglied im Jenaer Zentrum für selbstbestimmtes Leben behinderter Menschen und hat 1997 das Südthüringer Zentrum für selbstbestimmtes Leben behinderter Menschen mitbegründet. Seit 1999 ist sie außerdem Ausbilderin für Peer Counseling – ISL.

**Elke Thimsen**
ist Jahrgang 1963, geboren in Schleswig-Holstein. Seit 1978 hat sie als Folge einer Kopfoperation eine Hemiparese links. Im Anschluß folgten verschiedene Aufenthalte in Reha-Zentren. Im Rahmen der letzten Reha machte sie eine Ausbildung zur Bürokauffrau. Direkt im Anschluß studierte sie in Kassel im Fachbereich Sozialwesen. Ihre Arbeitsstellen waren als Hilfssachbearbeiterin der Abteilung Reha/SB beim Arbeitsamt Kassel, als Sozialarbeiterin/Sozialpädagogin in der Psychosozialen Kontakt- und Beratungsstelle „Leben mit Krebs e.V." und die Berufsbegleitenden Dienste der Sozialtherapie Kassel e.V. im Bereich des Integrationsfachdienstes. Die Geschäftsführung des „Vereins zur Förderung der Autonomie Behinderter – fab e.V." wird ihre nächste berufliche Herausforderung werden. Ehrenamtlich engagiert sich Elke Thimsen im Vorstand des Behindertenbeirates der Stadt Kassel, im Vorstand „Leben mit Krebs e.V." und im Förderrat der Selbsthilfegruppen bei der KISS Kassel.

**Barbara Vieweg**
wurde 1960 in Berlin geboren. Sie ist verheiratet und hat eine dreizehnjährige Tochter. Nach dem Philosophiestudium arbeitete sie einige Jahre an der Friedrich-Schiller-Universität in Jena. Seit 1991 ist sie in der Beratungsstelle des „Jenaer Zentrums für selbstbestimmtes Leben behinderter Menschen e.V." als Beraterin tätig. Sie bietet Einzelberatung und Gruppengesprächskreise für Menschen mit Behinderung an.
Barbara Vieweg ist Ausbilderin der bifos-Weiterbildung „Peer Counseling". 1996 schloß sie eine Ausbildung in personenzentrierter Gesprächsführung bei der „Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie" (GWG) ab.

# Bildnachweis

Vorwort
Einleitung
Teil A
Teil B
Teil C
Teil D
Anhang

# Bildnachweis

# Bildnachweis

**FotografIn: Ort**

Ute Meier, OSTKREUZ: Dr. Christine Bergmann, Ministerin BMFSFJ (Vorwort)

Privat: G. Hermes; J. Fretter: B. Faber (Vorwort)

Privat G. Hermes: Anhang 5 (Vorstellung der Autorinnen)

Bremer Krüppelfrauen & Renate Rochner:

- Inhaltsverzeichnis
- Einleitung (B. Faber)
- Teil A, Teil B, Teil C, Teil D
- Einführung in das Thema Beratung (Gisela Hermes)
- Zur Situation behinderter Mädchen und Frauen (Gisela Hermes)
- Zur Situation von Frauen mit Behinderung in der DDR (Brigitte Faber)
- Identifikation als Frau (Dinah Radtke)
- Einführung in das Thema Sexuelle Gewalt (Brigitte Faber)
- Kinderwunsch – Recht auf Mutterschaft oder Pflicht zur Sterilisation? (Claudia Franziska Bruner)
- Anhang 1 (Stichwortverzeichnis)
- Anhang 6 (Bildnachweis)

Arbeiterfotografie Marburg: Die berufliche Perspektive von Mädchen mit Behinderungen - Drohung oder Versprechen? (Claudia Franziska Bruner)

Ulrike Rittner: Behinderung und Sucht (Barbara Poge)

Gisela Hermes:

- Einführung in das Thema Persönliche Assistenz (Brigitte Faber)
- Selbst-Verständnis und unterschiedliche Aspekte von Behinderung (Brigitte Faber)
- Anhang 3 (Literaturtipps)

Brigitte Faber: Anhang 2 (Anmerkungen zu den Texten und Literaturnachweise)

Joerg Fretter: Anhang 4 (Nützliche Adressen)

bifos
SCHRIFTEN
REIHE

**Dieses Handbuch ist im Rahmen des bifos Frauenprojektes „Behinderte Frauen in Ost und West" entstanden. Das Projekt wurde vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend finanziert und hatte eine Laufzeit von drei Jahren. Es bestand aus einem Weiterbildungsangebot für behinderte Beraterinnen mit insgesamt neun mehrtägigen Seminaren über Methodik der Beratung, Inhalte der Frauenberatung und Rahmenbedingungen der Beratungsarbeit. Die verschiedenen Themen der Weiterbildung wurden für dieses Buch ausführlich dargestellt und vertieft, um Praktikerinnen, die mit behinderten Mädchen und Frauen arbeiten, Informationen und Unterstützung zu bieten.**

**Die Autorinnen dieses Buches sind, bis auf eine Ausnahme, selbst behindert und schreiben als Expertinnen in eigener Sache. Ganz im Sinne des Peer Counseling (Betroffene beraten andere Betroffene) kennen sie die Situation und Problematik als Frau und als Behinderte aus eigener Lebenserfahrung.**
**Mädchen und Frauen mit Behinderung werden in diesem Buch erstmalig nicht einseitig als BEHINDERTE oder FRAU beschrieben - die Autorinnen bringen beide Perspektiven miteinander in Verbindung.**

**Auswahl und Aufbereitung der Themen insgesamt sind in enger Zusammenarbeit mit in der Praxis tätigen behinderten Beraterinnen entstanden, d.h. dieses ist ein Buch aus der Praxis für die Praxis.**

**Die Hauptthemen sind:**
- **Darstellung der Beratungsmethode des Peer Counseling unter frauenspezifischen Ansätzen**
- **grundlegende behinderungsübergreifende Beschreibungen der Lebenssituation von Frauen und Mädchen für unterschiedliche Lebensbereiche mit Beratungstipps**
- **Darstellung unterschiedlicher Behinderungen und deren Auswirkung auf die Lebenssituation der betroffenen Frauen**

**Ausserdem finden Sie im Anhang nützliche Literaturhinweise und Lebenssituation.**

**"Gedruckt mit freundlicher finanzieller Unterstützung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend"**

**ISBN: 3-932951-24-7**