

Rebekka Schafroth

Elternschaft von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung

Professionelle Unterstützungsleistungen für Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung, die eine kompetente Entscheidung bezüglich Kinderwunsch fördern und Umweltfaktoren im Sinne des Konzepts der Funktionalen Gesundheit, die dabei berücksichtigt werden müssen.

Eingereicht bei: Lic. phil. Gerber Andrea

Bachelor Thesis an der Hochschule für Soziale Arbeit,
Fachhochschule Nordwestschweiz, Olten

Eingereicht im Juni 2014 zum Erwerb des Bachelor of Arts in Sozialer Arbeit

Abstract

Elternschaft von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung ist ein kontrovers diskutiertes Thema. Obwohl eine Öffnung gegenüber der Thematik stattgefunden hat, erschweren oder verunmöglichen Barrieren im Umfeld der betroffenen Menschen eine Teilhabe an diesem Lebensbereich.

Die vorliegende Bachelor Thesis befasst sich mit der Fragestellung "Welche professionellen Leistungen können Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung bei einer kompetenten Entscheidung bezüglich Kinderwunsch unterstützen, und welche Umweltfaktoren im Sinne des Konzepts der funktionalen Gesundheit müssen dabei berücksichtigt werden?"

Ausgehend vom Konzept der Funktionalen Gesundheit werden nach der Einführung in die Thematik im Hauptteil förderliche und hinderliche Umweltfaktoren für eine Teilhabe am Lebensbereich Elternschaft von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung dargestellt und ausführlich erläutert. Der Bezug zur praktischen Umsetzung erfolgt durch eine Auflistung von geeigneten Materialien und Methoden zur Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch.

In den Schlussfolgerungen werden gewonnene Erkenntnisse zusammengefasst. Aufgaben und Forderungen auf gesellschaftlicher, institutioneller und professioneller Ebene bilden den Abschluss der Arbeit.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	2
2. Einführung in die Thematik	6
2.1 Begriffserläuterungen.....	6
2.1.1 <i>Kognitive Beeinträchtigung</i>	6
2.1.2 <i>Elternschaft</i>	8
2.2 Ausgangslage und aktueller Diskurs	10
2.2.1 <i>Geschichtlicher Abriss</i>	10
2.2.2 <i>Zur Situation in der Schweiz</i>	11
2.2.3 <i>Rechtliche Grundlagen</i>	15
3. Das Konzept der Funktionalen Gesundheit	19
3.1 Das bio-psycho-soziale Modell.....	20
3.2 Das Modell der Prozessgestaltung.....	21
3.3 Agogische Grundsätze für die professionelle Arbeit	22
4. Umweltfaktoren, Kinderwunsch und professionelle Unterstützungsleistungen	24
4.1 Umweltfaktoren.....	24
4.1.1 <i>Einstellungsbezogene Umwelt</i>	25
4.1.2 <i>Soziale Umwelt</i>	30
4.1.3 <i>Materielle Umwelt</i>	36
4.2 Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch.....	38
4.2.1 <i>Ausgangslage</i>	38
4.2.2 <i>Kinderwunschmotive</i>	39
4.2.3 <i>Methoden- und Materialsammlung</i>	41
5. Schlussfolgerungen	45
6. Quellenverzeichnis	48
Anhang: Kinderwunschspiel	

1. Einleitung

Die Einstellung gegenüber Partnerschaft und Sexualität von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung ist in den letzten Jahrzehnten deutlich liberaler geworden (vgl. Wohlgensinger 2008: 9). Vor diesem Hintergrund gewinnt die Diskussion zum Thema Elternschaft von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung an Aktualität (vgl. Hoyningen-Süess/Staudenmaier 2004: 45, Staudenmaier 2006: 306).

Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung (BRK), welche vom Schweizer Parlament und vom Bundesrat ratifiziert wurde und im Mai 2014 in Kraft getreten ist, fordert im Artikel 23 unter anderem, dass „das Recht aller Menschen mit Behinderung im heiratsfähigen Alter, auf der Grundlage des freien und vollen Einverständnisses der künftigen Ehegatten eine Ehe zu schliessen und eine Familie zu gründen, anerkannt wird“ (Art. 23 Abs. 1 lit. a BRK).

In der Fachliteratur setzt sich zunehmend eine positive Sichtweise gegenüber der Elternschaft von Menschen mit einer Beeinträchtigung durch (vgl. Kreis 2009: 35, Pixa-Kettner/Sauer 2006: 233, Wohlgensinger 2008: 11). Aktuell steht weniger die Frage, ob Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung eine Familie gründen dürfen, als die Auseinandersetzung damit, welche Unterstützung für eine gelingende Elternschaft notwendig ist, im Vordergrund (vgl. Pixa-Kettner 2006a: 9).

Und doch ist die Realität in der Praxis häufig eine andere. Es ist keine Selbstverständlichkeit, dass Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung eine Familie gründen und ihr Leben gemeinsam mit Kindern gestalten (vgl. Lenz et al. 2010: 13). Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung sind diesbezüglich mit Vorurteilen konfrontiert (vgl. Pixa-Kettner 2007: 3). So wird davon ausgegangen, dass Menschen, die bei ihrer Lebensgestaltung auf Unterstützung angewiesen sind, nicht in der Lage sind, ein Kind zu versorgen und daher eine Kindeswohlgefährdung absehbar ist (vgl. Sanders 2006a: 161, Wohlgensinger 2008: 10). Elterliche Kompetenzen und die Fähigkeit, solche zu erlernen, werden Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung grundsätzlich abgesprochen (vgl. Lenz et al. 2010: 25). Kreis stellt fest, dass die Annahme vorherrscht, die Elternschaft von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung sei nicht mit der Gewähr einer glücklichen Kindheit vereinbar (vgl. Kreis 2009: 39f.).

Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung soll eine Elternschaft mit grösstmöglicher Autonomie ermöglicht und parallel dazu das Kindeswohl gewährleistet werden (vgl. Hoyningen-Süess/Staudenmaier 2004: 45f.). Die Fachwelt scheint sich einig zu sein, dass dafür angemessene und den individuellen Ressourcen entsprechende Unterstützungsangebote notwendig sind (vgl. Kreis 2009: 65; Lenz et al. 2010: 64; Lorenz

2012: 42; Pixa-Kettner 2006a: 11; Wohlgensinger 2008: 10). Die Voraussetzung dafür ist, dass die Eltern diese Notwendigkeit erkennen und die angebotene Unterstützung annehmen (vgl. Kreis 2009: 89).

Eine Gefährdung des Kindeswohls entsteht meist aus Überforderung, Unwissenheit oder schlechten Rahmenbedingungen und ist nicht grundsätzlich auf die kognitive Beeinträchtigung der Eltern zurückzuführen (vgl. Lenz et al. 2010: 85). Mit angemessener Unterstützung können Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung elterliche Fähigkeiten weiterentwickeln (vgl. Prangenberg 2006: 43). Zudem kann ein gutes Unterstützungssystem in bestimmten Bereichen elterliche Aufgaben übernehmen und so fehlende elterliche Kompetenzen kompensieren (vgl. Schneider 2006: 256). Es darf dabei nicht ausser Acht gelassen werden, dass die Elternschaft auch für Menschen ohne Beeinträchtigung eine Herausforderung darstellt und in der Regel Unterstützung - sei dies durch Angehörige, Freunde oder professionelle Einrichtungen wie Kindertagesstätten oder Beratungsangebote - in Anspruch genommen wird (vgl. ebd.: 253). Die Notwendigkeit von Unterstützung darf deshalb nicht gegen die Elternschaft von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung sprechen (vgl. Kreis 2009: 63).

Bereits wenn ein Kinderwunsch ausgesprochen wird, erfahren Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung von Angehörigen und Fachkräften häufig Ablehnung (vgl. ebd.: 35). Der Umgang mit dem Kinderwunsch löst oft grosse Hilflosigkeit aus. Der Wunsch wird nicht ernst genommen, bagatellisiert oder abgelehnt mit der Begründung, die Erfüllung des Wunsches, ein Kind grosszuziehen stelle keine Option für ihren Lebensentwurf dar. Hinter der Ablehnung scheint nicht selten die Angst vor der eigenen Überforderung zu stehen (vgl. Pixa-Kettner/Bargfrede 2006: 75f.). Den potenziellen Eltern wird vorgeworfen, Kinder dienen vor allem dazu, die eigenen Bedürfnisse nach Lebensbereicherung, Zuwendung oder dem Gefühl, gebraucht zu werden, zu erfüllen. Dabei wird ausgeblendet, dass diese Motive für Menschen ohne Beeinträchtigung ebenfalls entscheidend sind (vgl. ebd.: 75).

Ein Kinderwunsch verschwindet allerdings nicht einfach, indem er ignoriert oder dagegen argumentiert wird (vgl. ebd.: 76). Selbst wenn er nicht in jedem Fall erfüllt werden kann ist es erforderlich, den Wunsch ernst zu nehmen und Gelegenheit zu bieten, sich damit auseinander zu setzen (vgl. ebd.: 77). Wenn diese Auseinandersetzung von Professionellen nicht gefördert wird, kann dies zu einer Idealisierung der Vorstellung von einer eigenen Familie führen (vgl. Lenz et al. 2010: 125). Um in der Lage zu sein, eine selbstbestimmte und kompetente Entscheidung zu treffen, braucht es Aufklärung (vgl. Kreis 2009: 54). Es bedingt eine Vorstellung davon, wie ein Leben mit Kindern aussehen kann und welche Folgen und Konsequenzen die Entscheidung für ein Kind hat (vgl. ebd.: 48). Weiter ist

Transparenz über die Pflichten einer Elternschaft, der lebenslangen Verantwortung und den Veränderungen, welche damit einhergehen, erforderlich (vgl. Wohlgensinger 2013: 3).

In der Schweiz vertritt INSOS (nationaler Branchenverband der Institutionen für Menschen mit einer Behinderung) die Interessen von Menschen mit Behinderung (vgl. INSOS Schweiz o.J.). INSOS Schweiz sieht das Konzept der Funktionalen Gesundheit (siehe Kapitel 3) als zukunftsweisend und propagiert es als Rahmenkonzept für Institutionen im Behindertenbereich der Schweiz (vgl. INSOS Schweiz 2009: 7). Eine Person gilt gemäss diesem Konzept als funktional gesund, „...wenn sie möglichst kompetent und mit einem möglichst gesunden Körper an möglichst normalisierten Lebensbereichen teilnimmt und teilhat.“ (ebd.: 21).

Das Thema Elternschaft von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung betrifft auch die Profession der Sozialen Arbeit. Die betroffenen Menschen sollen nach dem Verständnis von adäquater Begleitung nicht länger als Objekte der Fürsorge gesehen, sondern als Subjekte mit Rechten und Pflichten wahrgenommen werden. Aus dieser Haltung heraus ergeben sich vielfältige Aufgaben und Pflichten für die Professionellen der Sozialen Arbeit (vgl. Wohlgensinger 2013: 6). Laut Konzept der Funktionalen Gesundheit beziehen sich agogische Leistungen auf die spezifische Lebens- und Entwicklungssituation einer Person. Das Ziel ist es, die Kompetenzentwicklung einer Person zu unterstützen und zu fördern und so eine aktive und selbstbestimmte Teilhabe an gesellschaftlich üblichen Lebensbereichen zu ermöglichen (vgl. INSOS Schweiz 2009: 51). Da Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung häufig nicht über die nötigen Ressourcen verfügen, um sich eigenständig mit dem Thema Elternschaft auseinanderzusetzen, sind sie auf ein unterstützendes professionelles Umfeld angewiesen (vgl. Kreis 2009: 42, Lorenz 2012: 48, Lenz et al. 2010: 14f.).

Die professionellen Dienstleistungen im Behindertenbereich haben laut Konzept der Funktionalen Gesundheit zum Ziel, die funktionale Gesundheit eines Menschen zu wahren oder zu verbessern beziehungsweise jene Faktoren, welche die funktionale Gesundheit beeinträchtigen, zu orten und zu minimieren (vgl. INSOS Schweiz 2009: 34). Eine rein biomedizinische und somit lineare Betrachtungsweise von Behinderung wird verlassen. Das komplexe Zusammenspiel von unterschiedlichen persönlichkeits- und umweltbezogenen Faktoren, welche die Partizipation von Menschen mit einer Beeinträchtigung an unterschiedlichen Lebensbereichen förderlich oder hinderlich beeinflussen können, wird mit einbezogen (vgl. ebd.: 15).

Aufgrund der einleitenden Überlegungen ergibt sich folgende Hauptfragestellung:

- Welche professionellen Leistungen können Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung bei einer kompetenten Entscheidung bezüglich Kinderwunsch unterstützen, und welche Umweltfaktoren im Sinne des Konzepts der funktionalen Gesundheit müssen dabei berücksichtigt werden?

Dazu stellen sich nachstehende Unterfragen:

- Was ist das Konzept der Funktionalen Gesundheit?
- Welche Anforderungen müssen erfüllt sein, um eine kompetente Entscheidung zu ermöglichen? Welche konkreten professionellen Leistungen können diese Anforderung in der Praxis erfüllen?
- Was sind förderliche und hinderliche Umweltfaktoren? Was braucht es, um eine förderliche Entwicklungssituation zu schaffen?

Das methodische Vorgehen in der vorliegenden Bachelor Thesis ist die theoretische Auseinandersetzung mit der Thematik anhand der Bearbeitung von bestehender Literatur. Dabei dient das Konzept der Funktionalen Gesundheit als Rahmenkonzept. Aus der Perspektive dieses Konzeptes wird die Fragestellung aufgegriffen und bearbeitet.

Um den Lesern und Leserinnen das nötige Verständnis zu vermitteln, folgt im ersten Teil der vorliegenden Arbeit eine Einführung ins Thema. Dazu tragen nach den Begriffserläuterungen ein geschichtlicher Abriss und ein Überblick zur Situation in der Schweiz sowie die rechtlichen Grundlagen bei.

Im nächsten Teil wird das Konzept der Funktionalen Gesundheit, welches über die gesamte Arbeit hinweg mitgedacht wird, ausführlich vorgestellt.

Der Hauptteil der Arbeit befasst mit den professionellen Leistungen beim Kinderwunsch von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung. Es werden themenrelevante Überlegungen angestellt und Möglichkeiten zur Unterstützung bei der Auseinandersetzung mit einem Kinderwunsch in der Praxis aufgezeigt. Auf der Ebene von einstellungsbezogener, sozialer und materieller Umwelt werden förderliche und hinderliche Einflüsse von Umweltfaktoren diskutiert. Bei den Umweltfaktoren werden über die Fragestellung hinaus die eine Elternschaft betreffenden Themen mitgedacht, da der Kinderwunsch nicht losgelöst von weiterführenden Überlegungen betrachtet werden kann.

In den Schlussfolgerungen wird auf die gewonnen Erkenntnisse eingegangen. Diese werden kommentiert und weiterführende Überlegungen werden formuliert.

2. Einführung in die Thematik

Das folgende Kapitel dient dazu, eine Übersicht zum Thema Elternschaft von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung zu vermitteln. Dazu werden die für die Fragestellung relevanten Begriffe erläutert. Die Verwendung der Begriffe im Rahmen der Arbeit wird aufgezeigt. Ein geschichtlicher Abriss, die Schilderung der Situation in der Schweiz und die rechtlichen Grundlagen ergänzen den Überblick, ohne dabei Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben.

2.1 Begriffserläuterungen

Die Definition von kognitiver Beeinträchtigung ist oft weitläufig und uneinheitlich. Elternschaft kann auf verschiedene Art und Weise interpretiert werden. Im Folgenden werden die beiden Wortbedeutungen im Verständnis der vorliegenden Arbeit erläutert.

2.1.1 Kognitive Beeinträchtigung

In dieser Arbeit wird in Anlehnung an das Konzept der Funktionalen Gesundheit der Begriff Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung sinngleich zu der gängigen Bezeichnung Menschen mit einer geistigen Behinderung respektive geistig Behinderte benutzt. Die Zuschreibung einer geistigen Behinderung wird von vielen Betroffenen als diskriminierend und stigmatisierend empfunden (vgl. Göbel/Gross/Kühnel 2006: 27, Pixa-Kettner 2006a: 13). Der Geist im philosophischen Sinn beschreibt ein über das materielle und sinnliche hinausreichendes Denken und Bewusstsein (vgl. BROCKHAUS 2001b: 257f.). Die Attribuierung einer geistigen Behinderung wertet daher das Mensch-Sein an sich ab (vgl. Lorenz 2012: 14). Der Begriff der Kognition (lat. das Erkennen) umschreibt alle Vorgänge oder Prozesse, die mit der Wahrnehmung und dem Erkennen zusammenhängen, wie das Denken, die Vorstellung oder das Lernen (vgl. BROCKHAUS 2001c: 151f.). Durch diese Begriffswahl soll eine Unterscheidung zwischen Geist und Gehirn vorgenommen werden. Der Zusatz kognitiv wird angebracht, um eine Abgrenzung zu Menschen mit anderen Beeinträchtigungen wie einer Sinnesbeeinträchtigung oder einer körperlichen Beeinträchtigung herzustellen.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) benutzt in ihrer Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsproblemen den Begriff Intelligenzstörung respektive Intelligenzminderung. Synonym dazu wird der Begriff geistige Behinderung erwähnt. Als Intelligenzstörung bezeichnet die WHO eine verzögerte oder unvollständige Entwicklung von geistigen Fähigkeiten. Beeinträchtigt sind Fähigkeiten und Fertigkeiten, die sich im Laufe der menschlichen Entwicklung heranbilden wie kognitive, sprachliche, motorische oder soziale Fähigkeiten. Um eine Intelligenzstörung zu beurteilen, werden standardisierte Intelligenztests

durchgeführt (vgl. WHO/DIMDI 2011: 206). Die WHO unterscheidet dabei verschiedene Schweregrade einer Intelligenzminderung:

Leichte Intelligenzminderung

IQ-Bereich von 50-69 (bei Erwachsenen Intelligenzalter von 9 bis unter 12 Jahren). Lernschwierigkeiten in der Schule. Viele Erwachsene können arbeiten, gute soziale Beziehungen unterhalten und ihren Beitrag zur Gesellschaft leisten. (...)

Mittelgradige Intelligenzminderung

IQ-Bereich von 35-49 (bei Erwachsenen Intelligenzalter von 6 bis unter 9 Jahren). Deutliche Entwicklungsverzögerung in der Kindheit. Die meisten können aber ein gewisses Mass an Unabhängigkeit erreichen und eine ausreichende Kommunikationsfähigkeit und Ausbildung erwerben. Erwachsene brauchen in unterschiedlichem Ausmass Unterstützung im täglichen Leben und bei der Arbeit. (...)

Schwere Intelligenzminderung

IQ-Bereich von 20-34 (bei Erwachsenen Intelligenzalter von 3 bis unter 6 Jahren). Andauernde Unterstützung ist notwendig. (...)

Schwerste Intelligenzminderung

IQ unter 20 (bei Erwachsenen Intelligenzalter unter 3 Jahren). Die eigene Versorgung, Kontinenz, Kommunikation und Beweglichkeit sind hochgradig beeinträchtigt.

(WHO/DIMDI 2011: 206)

Bei ungefähr 85% der betroffenen Menschen ist eine leichte, bei 10% eine mittelgradige, bei 3-4% eine schwere und bei 1-2% eine schwerste Intelligenzminderung festzustellen (vgl. Dorsch 2009: 370).

Die Klassifikation der WHO ist sehr defizitorientiert und einseitig. Dadurch ist sie in die Kritik geraten (vgl. Lorenz 2012: 16). Es stellt sich die Frage, inwiefern Intelligenz messbar ist und wie aussagekräftig solche Messungen sind. Der Intelligenzquotient lässt beispielsweise nicht zwingend auf die Anpassungsfähigkeiten und die lebenspraktischen Fähigkeiten eines Menschen schliessen (vgl. Pixa-Kettner/Sauer 2006: 226, 233). Die allgemeine Klassifizierung der WHO wird zudem der Individualität einzelner Lebenssituationen nicht gerecht. Die individuumszentrierte Defizitzuschreibung macht die organische oder körperliche Schädigung allein verantwortlich als Ursache der Beeinträchtigung (vgl. Lenz et al. 2010: 20).

Die WHO anerkennt in neueren Klassifikationsmodellen, dass eine solch lineare Sichtweise der gesamten Lebenswelt der Betroffenen und dem Einfluss, welche diese auf eine Beeinträchtigung hat, nicht gerecht wird. Das aktuelle Verständnis von Beeinträchtigung in der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) der WHO, welche

auf dem Konzept der Funktionalen Gesundheit aufbaut, bezieht die Lebenswelt der Betroffenen in die Bewertung der Beeinträchtigung mit ein. Umweltfaktoren, welche die gesellschaftlich üblichen Aktivitäten und die Teilhabe daran beeinflussen, werden erfasst und dahingehend untersucht, ob sie sich als Förderfaktoren oder als Barrieren auf die Teilhabe auswirken. Personenbezogene Faktoren, welche unabhängig von organischen oder funktionellen Störungen bestehen, wie das Alter, das Geschlecht, der Lebensstil oder der soziale Hintergrund, werden bei der Bewertung ebenfalls berücksichtigt. Eine Behinderung ist das Ergebnis der Wechselwirkungen von Körperstrukturen und Körperfunktionen mit den Kontextfaktoren (Umweltfaktoren und personenbezogene Faktoren) und ist dann festzustellen, wenn die Teilhabe und Teilnahme an normalisierten Lebensbereichen dadurch beeinträchtigt wird. Eine Beeinträchtigung ergibt sich somit nicht alleine aufgrund von personenbezogenen Defiziten. Die individuellen Möglichkeiten stehen im Vordergrund, Kontextfaktoren können so verändert werden, dass ein Mensch möglichst wenig beeinträchtigt ist oder wird. So können medizinisch ähnliche Befunde zu ganz unterschiedlichen Beeinträchtigungen führen, die Individualität jedes Menschen und jeder Lebenssituation wird berücksichtigt (vgl. INSOS Schweiz 2009: 33, Lenz et al. 2010: 20f., Pixa-Kettner 2007: 1f., Schuntermann 2013: 36). Nähere Ausführungen zum Konzept der Funktionalen Gesundheit sind in Kapitel 3 zu finden.

Die Differenzierung des Beeinträchtigungsgrades wird zur allgemeinen Verständlichkeit angebracht. In der vorliegenden Arbeit wird von Menschen mit einer sogenannt leichten oder mittleren kognitiven Beeinträchtigung ausgegangen. In der behandelten Literatur wird mehrfach erwähnt, dass bei Menschen in der begleiteten Elternschaft ein gewisser Grad an Selbstständigkeit eine nötige Voraussetzung ist. Die Elternschaft von Menschen mit schwerer oder schwerster Intelligenzminderung wirft weitere Fragen bezüglich Verantwortbarkeit und rechtlicher Situation auf, welche an dieser Stelle nicht diskutiert werden. Diese Einschränkung geschieht im Wissen, dass die Unterscheidung von mittlerer und schwerer Beeinträchtigung nicht trennscharf ist und daher jede Situation individuell betrachtet werden muss. Umweltfaktoren haben unabhängig vom Grad der kognitiven Beeinträchtigung einen entscheidenden Einfluss darauf, ob eine Elternschaft gelingt. Die Auseinandersetzung mit einem Kinderwunsch muss auch ermöglicht werden, wenn eine Elternschaft nicht realisierbar ist.

2.1.2 Elternschaft

Mit Eltern werden Mutter und Vater eines Kindes bezeichnet (vgl. DUDEN 2002: 311). Eltern und Kinder sind Verwandte ersten Grades. Im rechtlichen Sinne sind neben den leiblichen

Eltern auch andere Personen, welche das Sorgerecht besitzen, gemeint (vgl. BROCKHAUS 2001a: 327).

Eine Elternschaft umfasst das gesamte Elterndasein mit den damit einhergehenden Rechten und Pflichten (vgl. BROCKHAUS/WAHRIG 1981: 470).

Nach dem schweizerischen Zivilgesetzbuch (ZGB) entsteht bei der Geburt eines Kindes ein sogenanntes Kindesverhältnis. Zwischen Mutter und Kind beginnt dieses mit der Geburt. Zwischen Vater und Kind tritt das Kindesverhältnis in Kraft, wenn die Eltern verheiratet sind, der Vater das Kindesverhältnis anerkennt oder ein Gericht dieses feststellt (vgl. Art. 252 Abs. 1f. ZGB). Das Kindesverhältnis kann weiter durch eine Adoption entstehen (vgl. Art. 252 Abs. 3 ZGB). Mit dem Kindesverhältnis gehen verschiedene Rechte und Pflichten für die Eltern einher. Sie sind beispielsweise für den Lebensunterhalt des Kindes wie die Übernahme der Kosten für Erziehung und Ausbildung verantwortlich (vgl. Art. 276 Abs. 1 ZGB). Bis zur Volljährigkeit stehen die Kinder unter elterlicher Sorge (vgl. Art. 296 Abs. 1 ZGB). Damit sind die Eltern in der Pflicht, nötige Entscheidungen zur Pflege und Erziehung des Kindes zu treffen (vgl. Art. 301 Abs. 1 ZGB). Sie sind verantwortlich dafür, eine gesunde Entwicklung des Kindes zu schützen und zu fördern (vgl. Art. 302 Abs. 1 ZGB). Die Eltern haben zudem über die religiöse Erziehung zu entscheiden, solange das Kind das 16. Altersjahr nicht erreicht hat (vgl. Art. 303 Abs. 1ff. ZGB). Bei allen erzieherischen Aufgaben haben die Eltern auf die Meinung des Kindes und die Freiheit in der Lebensgestaltung entsprechend der kindlichen Reife Rücksicht zu nehmen (vgl. Art. 301 Abs. 2 ZGB).

Damit sind nur einige Aspekte der Elternschaft angesprochen. Die Elternschaft ist eine komplexe Angelegenheit, welche von Vielfältigkeit, Schnelllebigkeit und Dynamik geprägt ist (vgl. Lenz et al. 2010: 64). Mit dem Alter und den Entwicklungsphasen des Kindes verändern sich die Anforderungen an die Eltern, wodurch sich für sie ein ständiger Entwicklungs- und Lernprozess ergibt (vgl. ebd.: 100). Moderne Elternschaft findet in einem Netz vielfältiger Unterstützung durch Drittpersonen statt (vgl. Kreis 2009: 63, Pixa-Kettner 2006b: 95, Schneider 2006: 253).

In dieser Arbeit wird von natürlich entstandener und biologischer Elternschaft ausgegangen. Themen wie Adoption und künstliche Befruchtung bedürften weiterer Diskussion. Wird der Begriff Eltern verwendet, sind allein erziehende Mütter oder Väter mitgemeint. Partnerinnen oder Partner, die im selben Haushalt wohnen und nicht sorgeberechtigt sind, werden eingeschlossen und nicht explizit erwähnt.

2.2 Ausgangslage und aktueller Diskurs

Im Folgenden wird die Einbettung in den aktuellen Kontext aufgezeigt und die Situation in der Schweiz geschildert.

2.2.1 Geschichtlicher Abriss

Die Diskussion über die Elternschaft von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung im 20. Jahrhundert unterteilt Prangenberg (vgl. 2006: 27) grob in vier Phasen. Er nennt dabei die Zeitspanne von Anfang des letzten Jahrhunderts bis zum Ende des zweiten Weltkrieges (eugenisch-genetische Debatte), die Jahre 1945 bis 1969 (Sterilisation und Institutionalisierung), den Zeitraum der 1970er Jahre (gesellschaftliche Neuorientierung) und die Periode der 1980er und 1990er Jahre (Normalisierung und Deinstitutionalisierung).

In der Zeit der eugenisch-genetischen Debatte ist die Überzeugung, dass die Ursache einer kognitiven Beeinträchtigung in der Vererbung liegt, international weit verbreitet. Die Elternschaft von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung wird strikt abgelehnt, einerseits mit dem Ziel, kognitive Beeinträchtigungen durch eugenische Massnahmen einzudämmen und zu beseitigen, andererseits, weil die Einstellung gegenüber Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung und ihren Kompetenzen grundsätzlich sehr negativ ist. Diese Einstellung wird in vielen Ländern in entsprechenden Gesetzen zur Verhütung von erbkrankem Nachwuchs festgehalten. Den traurigen Höhepunkt erreicht die eugenisch-genetische Debatte während des zweiten Weltkrieges in Deutschland, wo unzählige Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung zwangssterilisiert oder ermordet werden, um der Verbreitung von kognitiver Beeinträchtigung entgegenzuwirken (vgl. ebd.: 28-30).

Nach dem zweiten Weltkrieg haben Forschungen zur Lebenssituation von Eltern mit einer kognitiven Beeinträchtigung und ihren Kindern ebenfalls zum Ziel, der Verbreitung von kognitiver Beeinträchtigung entgegenzuwirken. Die Forschungsergebnisse sollen belegen, dass die Elternschaft von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung für diese eine Überforderung darstellt und negative Folgen wie Entwicklungsverzögerungen oder eine vererbte kognitive Beeinträchtigung für die Kinder hat. In dieser Zeit wird zwar langsam wahrgenommen, dass eine kognitive Beeinträchtigung nicht zwingend vererbt wird, dennoch wird am erhöhten Risiko einer kognitiven Beeinträchtigung der Kinder festgehalten. Es wird teilweise anerkannt, dass soziale Bedingungen ebenfalls einen Einfluss auf das Gelingen einer Elternschaft haben und dies nicht nur von der Beeinträchtigung der Eltern abhängt. Trotzdem bleibt die negative Haltung gegenüber der Elternschaft von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung bestehen. Zwangssterilisation und die Unterbringung in Institutionen von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung sind in dieser Zeit international die gängige Lösung, um Elternschaften zu verhindern (vgl. ebd.: 31-33).

In den 1970er Jahren kommen Diskussionen zur Sexualität von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung auf. Die Sichtweise verändert sich dahingehend, dass Sexualität eine Facette der menschlichen Individualität darstellt und es wird anerkannt, dass Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung ebenfalls sexuelle Bedürfnisse haben. Der Umgang mit Partnerschaften und gelebter Sexualität von Menschen mit einer Beeinträchtigung wird offener. Nach wie vor ist aber die Haltung der Allgemeinheit gegenüber der Elternschaft dieser Menschen ablehnend. Durch den liberaleren Umgang mit gelebter Sexualität lässt sich allerdings ein Anstieg der Elternschaften feststellen, was gezwungenermassen zu einer Auseinandersetzung mit der Thematik führt. Im Mittelpunkt steht die Grundsatzfrage, ob die Kinder von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung bei ihren Eltern bleiben oder fremdplatziert werden. Bis in die 1990er Jahre ist eine Fremdplatzierung die übliche Vorgehensweise (vgl. ebd.: 34f.).

Seit den 1980er Jahren steht die Normalisierungsdebatte im Vordergrund. Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung sollen an möglichst normalisierten Lebenssituationen teilnehmen und teilhaben können. Die Debatte bewirkt eine Deinstitutionalisierung. Alternative Wohnformen wie gemischtgeschlechtliche Wohngemeinschaften oder das Zusammenleben in einer Partnerschaft, welche die Autonomie der Betroffenen stärken und die Kontrollmöglichkeiten der Betreuenden verringern, werden ermöglicht. In dieser Zeit ist erneut ein Anstieg der Elternschaften von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung zu beobachten. Allerdings ist die Haltung gegenüber diesen Elternschaften bis in die 1990er Jahre hinein grösstenteils ablehnend. Der Kenntnisstand über den Unterstützungsbedarf von Eltern mit einer kognitiven Beeinträchtigung ist unzureichend. Ein Grossteil der Studien befasst sich weiterhin mit den negativen Auswirkungen einer Elternschaft. Im Laufe der Zeit ist dann teilweise eine positive Zuwendung und beginnende Akzeptanz zur Thematik der Elternschaft von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung festzustellen. Immer mehr Untersuchungen stellen Unterstützungsmöglichkeiten für eine gelingende Elternschaft in den Vordergrund, es entstehen erste Unterstützungskonzepte. Die Öffnung gegenüber der Thematik bewirkt, dass sich die Frage, ob Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung Eltern werden dürfen und können, vermehrt weiterentwickelt zur Frage, wie eine solche Elternschaft gestaltet und begleitet werden kann (vgl. ebd.: 36-38).

2.2.2 Zur Situation in der Schweiz

Während Länder wie Kanada, Australien, die USA, England, Dänemark, Schweden und Deutschland teilweise seit den 80er Jahren oder seit den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts das Thema Elternschaft von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung

erforschen, setzte man sich in der Schweiz bis zur Jahrtausendwende kaum mit dem Thema auseinander (vgl. Staudenmaier 2006: 306f., Wohlgensinger 2007: 57f.).

Staudenmaier hat 2004 im Rahmen ihrer Lizentiatsarbeit eine Untersuchung zur Betreuungssituation von Eltern mit einer kognitiven Beeinträchtigung in der Schweiz durchgeführt. In einem nachfolgenden Beitrag bezieht sie sich auf die gewonnenen Erkenntnisse und stellt fest, dass die Schweiz im Vergleich zu Deutschland bei der Entwicklung des Themas immer einen Schritt zurück steht (vgl. Staudenmaier 2006: 305). In der schweizerischen Gesellschaft stellt Staudenmaier eine mangelnde Akzeptanz gegenüber der Thematik fest. Der Kinderwunsch und die professionell unterstützte Elternschaft von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung scheinen in der öffentlichen Diskussion weitgehend ignoriert zu werden (vgl. ebd.: 306f.). Bei Fachpersonen ist die Haltung ambivalent, der Informationsstand und das Problembewusstsein sind laut Staudenmaier mangelhaft (vgl. ebd.: 315). Institutionen setzen sich selten konzeptionell mit dem Thema Elternschaft von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung auseinander, sie sind strukturell nicht auf deren Unterstützung vorbereitet und oft auch nicht bereit, die betroffenen Eltern und ihre Kinder aufzunehmen (vgl. ebd.: 310). Möglichkeiten zum fachlichen Austausch und der Zugang zu fachspezifischen Informationen und Beratung fehlen (vgl. ebd.: 313). Stationäre oder ambulante Angebote, welche ausschliesslich die Unterstützung von Eltern mit einer kognitiven Beeinträchtigung anbieten, gibt es zu dieser Zeit nicht. Die bestehenden Unterstützungsangebote sind deshalb Einzellösungen, die aus Notsituationen heraus entstanden sind, viele Ressourcen der Beteiligten beanspruchen und teilweise eine Überforderung bedeuten (vgl. ebd.: 305f., 315).

Das Thema Elternschaft von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung wird in der Schweizer Öffentlichkeit erstmals während der vorangehenden Debatte über die Anpassung der Sterilisationsgesetzgebung im Jahr 2005 intensiv diskutiert. Allerdings flaut diese Diskussion schnell wieder ab, obwohl weiterhin viele Fragen offen bleiben (vgl. Wohlgensinger 2007: 57).

Um dem Bedarf an der Vermittlung von fachlicher Information, Beratung, Öffentlichkeitsarbeit und der Koordination der Begleitung von Eltern mit einer kognitiven Beeinträchtigung gerecht zu werden, fordert Staudenmaier die Schaffung einer Koordinations- und Beratungsstelle (vgl. Staudenmaier 2006: 318). Diese gründet sie mit ihrer Kollegin Corinne Wohlgensinger im Jahr 2006 (vgl. Frey 2007: 11). Die Fachstelle „Lebensräume insieme“ übernimmt nach der Auflösung der Koordinations- und Beratungsstelle seit 2008 mit dem Netzwerk „Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung“ die anstehenden Koordinationsaufgaben (vgl. Insieme o.J.). Das Netzwerk begleitet und berät Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung und setzt sich für deren Rechte und Bedürfnisse ein. Es

betreibt Öffentlichkeitsarbeit, trägt Wissen zum Thema zusammen und dient als Informationsplattform (vgl. ebd.).

Einen Grund für die fehlenden Unterstützungsangebote sieht Staudenmaier darin, dass die Schweiz klein ist und entsprechend wenige Elternschaften von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung bestehen (vgl. Staudenmaier 2006: 305f.). Orthmann Bless hat im letzten Jahr eine Studie zur Häufigkeit von Schwangerschaften und Geburten bei Frauen mit einer kognitiven Beeinträchtigung in der Schweiz im Zeitraum von 1998 bis 2009 veröffentlicht (vgl. Orthmann Bless 2013c: 22). Dazu hat sie die medizinische Statistik von Krankenhäusern analysiert. Laut dieser Studie sind von 1998 bis 2009 176 Schwangerschaften von Frauen mit einer kognitiven Beeinträchtigung dokumentiert. Im genannten Zeitraum wurden 98 Kinder von Frauen mit einer kognitiven Beeinträchtigung geboren. In 83 Fällen fand ein Abort statt. Die bestehende rechnerische Differenz lässt sich durch Mehrlingsgeburten erklären (vgl. ebd.: 27f.). Ob es sich bei den Aborten um Fehlgeburten oder um durchgeführte Abtreibungen handelt, ist aus der Statistik nicht ersichtlich. Es lässt sich feststellen, dass der Anteil an Aborten im Vergleich zu nicht beeinträchtigten Frauen sehr viel höher ist (vgl. ebd.: 32). Frey (vgl. 2007:9) hält dazu fest, dass in der Schweiz nach wie vor viele schwangere Frauen mit einer kognitiven Beeinträchtigung zu einem Schwangerschaftsabbruch gedrängt werden. Im Zeitraum der Untersuchung stellt Orthmann Bless einen signifikanten Anstieg der Schwangerschaften und Geburten fest (vgl. Orthmann Bless 2013c: 30). Trotzdem bleibt die Anzahl von Schwangerschaften und Geburten bei Frauen mit einer kognitiven Beeinträchtigung in der Schweiz im internationalen Vergleich sehr gering (vgl. ebd.: 31). Orthmann Bless räumt allerdings ein, dass dies mit methodischen Unterschieden bei den Untersuchungen zusammenhängen könnte, da Frauen mit einer leichten kognitiven Beeinträchtigung in den Statistiken der Krankenhäuser nicht zwingend als solche erfasst werden (vgl. ebd.: 31). Einen weiteren möglichen Grund für die geringe Anzahl sieht sie bei der Einstellung von Herkunftsfamilie, gesetzlichen Vertreter und Vertreterinnen oder Fachpersonen aus Institutionen. Diese haben einen grossen Einfluss auf die Entfaltungsmöglichkeiten und den Handlungsspielraum von Betroffenen (vgl. ebd.: 32).

Obwohl Elternschaften von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung in der Schweiz relativ selten vorkommen, werden zunehmend Kinder geboren (vgl. ebd.: 33). Die Seltenheit der Elternschaften bedeutet keineswegs, dass eine Auseinandersetzung mit dem Thema unwichtig ist. Diese Tatsache ist aber eine Herausforderung, da Fachpersonen nur sporadisch mit der Situation konfrontiert werden und daher praktische Erfahrungen oft fehlen. Umso wichtiger sind empirische Erkenntnisse, die über die Einzelerfahrung hinausgehen und daraus entstehende Konzepte, die dem Handlungsbedarf gerecht werden

können (vgl. Orthmann Bless 2013b: 6). Eine weitere Schwierigkeit der geringen Anzahl von Elternschaften stellt sich beim Anspruch nach wohnortnahen und flächendeckenden Unterstützungsangeboten, um Eltern den Verbleib in ihrem sozialen Umfeld zu ermöglichen. Damit dieser Forderung entsprochen werden kann, ist neben der Schaffung von neuen Angeboten die Öffnung und Weiterentwicklung von bestehenden Angeboten erforderlich (vgl. Staudenmaier 2006: 315f.).

Es zeigt sich, dass in der Schweiz in den letzten Jahren ein Entwicklungsprozess angefangen hat. Das Thema Elternschaft von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung wird vermehrt und offener diskutiert (vgl. Wohlgensinger 2013: 1). Im Januar 2013 wurde auf Radio SRF eine Doppelpunkt-Sendung zum Thema „Geistig behindert und trotzdem Eltern sein“ gesendet (vgl. SRF 2013b). Das Schweizer Fernsehen SRF strahlte im Oktober 2013 eine Clubsendung zum Thema behindert und verliebt aus, in der unter anderem über die Elternschaft von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung diskutiert wurde (vgl. SRF 2013a).

Nach einer ersten Tagung zum Thema im Jahr 2003 fand im September 2012 an der Hochschule Luzern die zweite Fachtagung zu Kinderwunsch und Elternschaft von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung in Zusammenarbeit mit Insieme, Pro Infirmis und SEXUELLE GESUNDHEIT Schweiz statt. Dabei wurden ethische Überlegungen zum Thema diskutiert und Wissen und Informationen über Konsequenzen im Zusammenhang mit dem neuen Kindes- und Erwachsenenschutzrecht, Herausforderungen für Angehörige und Fachpersonen sowie bestehende Unterstützungsangebote ausgetauscht (vgl. Hochschule Luzern 2012).

Die erwähnte Untersuchung von Orthmann Bless zeigt, dass sich die Forschung verstärkt mit dem Thema befasst. Eine weitere Studie „zur Entwicklung von Kindern intellektuell beeinträchtigter Eltern“ läuft seit Januar 2014 (Schweizerischer Nationalfonds/Universität Freiburg o.J.). Aktuelle Daten, ob das Unterstützungsangebot in der Schweiz inzwischen bedarfsgerecht und ausreichend ist, existieren nicht. Eine Bestandesaufnahme und Dokumentation über die gegenwärtigen Unterstützungsangebote und den aktuellen Bedarf ist wünschenswert und notwendig, um allfällige Versorgungslücken sichtbar zu machen.

Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung ist in der Schweiz im Mai 2014 in Kraft getreten. Die Konvention befürwortet eine selbstbestimmte Entscheidung bezüglich der Elternschaft von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung klar und fordert die Gewährleistung von Unterstützung bei der Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch und bei der Begleitung einer Elternschaft von den Vertragsstaaten (vgl. Art. 23

BRK). Die weitere Auseinandersetzung mit dem Thema und die Förderung des begonnenen Entwicklungsprozesses in der Schweiz ist somit Pflicht (vgl. Wohlgensinger 2013: 6).

2.2.3 Rechtliche Grundlagen

Die Schweizerische Bundesverfassung (BV) schreibt in den Grundrechten (Art. 7-36 BV) vor, dass alle Menschen „vor dem Gesetz gleich“ sind (Art. 8 Abs. 1 BV). Dies bedeutet, dass niemand diskriminiert werden darf. Namentlich werden dazu unter anderem Menschen mit einer geistigen Behinderung erwähnt (vgl. Art. 8 Abs. 2 BV). Der Artikel 10 Absatz 2 der Bundesverfassung befasst sich mit dem „Recht auf persönliche Freiheit“. Insbesondere wird dabei „das Recht auf körperliche und geistige Unversehrtheit“ genannt (Art. 10 Abs. 2 BV). Dieses Recht beinhaltet unter anderem das Recht jedes Menschen, seine Sexualität auszuleben, sofern es sich nicht um widerrechtliche sexuelle Handlungen handelt (vgl. Wohlgensinger 2007: 77). Ein weiteres Grundrecht, welches jedem Mensch zusteht ist „das Recht auf Ehe und Familie“ (Art. 14 BV).

Die Behindertenrechtskonvention bezieht sich im Artikel 23 konkret auf das Recht von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung auf eine Elternschaft:

Achtung der Wohnung und der Familie

(1) Die Vertragsstaaten treffen wirksame und geeignete Massnahmen zur Beseitigung der Diskriminierung von Menschen mit Behinderung auf der Grundlage der Gleichberechtigung mit anderen in allen Fragen, die Ehe, Familie, Elternschaft und Partnerschaften betreffen, um zu gewährleisten, dass

a) das Recht aller Menschen mit Behinderung im heiratsfähigen Alter, auf der Grundlage des freien und vollen Einverständnisses der künftigen Ehegatten eine Ehe zu schliessen und eine Familie zu gründen, anerkannt wird;

b) das Recht von Menschen mit Behinderung auf freie und verantwortungsbewusste Entscheidung über die Anzahl ihrer Kinder und die Geburtenabstände sowie auf Zugang zu altersgemässer Information sowie Aufklärung über Fortpflanzung und Familienplanung anerkannt wird und ihnen die notwendigen Mittel zur Ausübung dieser Rechte zur Verfügung gestellt werden; (...)

Eine weitere rechtliche Frage, welche sich im Zusammenhang mit der Elternschaft von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung stellt, ist die, ob das Kind bei den Eltern bleiben kann oder fremdplatziert wird. Das Wohl des Kindes steht hier im Zentrum. Der Artikel 302 des Zivilgesetzbuches besagt, dass Eltern ihr Kind „den Verhältnissen entsprechend zu erziehen und seine körperliche, geistige und sittliche Entfaltung zu fördern

und zu schützen“ haben (Art. 302 Abs. 1 ZGB). Ein das Wohl des Kindes gefährdendes Verhalten wird vom Kinderschutz-Zentrum Berlin (2009: 32) folgendermassen definiert:

Kindeswohlgefährdung ist ein das Wohl und die Rechte eines Kindes (...) beeinträchtigendes Verhalten oder Handeln bzw. ein Unterlassen einer angemessenen Sorge durch Eltern oder andere Personen in Familien oder Institutionen (...) das zu nicht-zufälligen Verletzungen, zu körperlichen und seelischen Schädigungen und/oder Entwicklungsbeeinträchtigungen eines Kindes führen kann, was die Hilfe und eventuell das Eingreifen von Jugendhilfe-Einrichtungen und Familiengerichten in die Rechte der Inhaber der elterlichen Sorge im Interesse der Sicherung der Bedürfnisse und des Wohls eines Kindes notwendig machen kann.

Gefährdendes Verhalten kann in verschiedenen Formen wie beispielsweise körperlicher oder psychischer Gewalt, sexueller Ausbeutung, physischer oder psychischer Vernachlässigung auftreten (vgl. Bundesamt für Sozialversicherung 2005: 26f.).

Ist das Wohl des Kindes gefährdet, geht es nach dem Schweizerischen Zivilgesetzbuch in erster Linie darum, dass die Kinderschutzbehörde geeignete „Massnahmen zum Schutz des Kindes“ trifft, sofern „die Eltern nicht von sich aus für Abhilfe“ sorgen (Art. 307 Abs. 1 ZGB). Die Eltern können ermahnt werden, und ihnen können bestimmte die Pflege und die Erziehung betreffende Weisungen erteilt werden. Es wird eine Person oder Stelle bestimmt, „der Einblick und Auskunft zu geben ist“ (Art. 307 Abs. 3 ZGB). Wenn von der Kinderschutzbehörde als nötig angesehen, erhält das Kind einen Beistand, „der die Eltern in ihrer Sorge um das Kind mit Rat und Tat unterstützt“ (Art. 308 Abs. 1 ZGB). Dem Beistand können besondere Befugnisse übertragen werden, die elterliche Sorge wird entsprechend beschränkt (vgl. Art. 308 Abs. 2f. ZGB). Erst wenn „der Gefährdung des Kindes nicht anders begegnet werden“ kann, „hat die Kinderschutzbehörde es den Eltern (...) wegzunehmen und in angemessener Weise unterzubringen“ (Art. 310 Abs. 1 ZGB). Die Kinderschutzbehörde kann, wenn andere Massnahmen erfolglos bleiben, als schwerwiegendsten Eingriff die elterliche Sorge entziehen. Dies geschieht beispielsweise, „wenn die Eltern wegen Unerfahrenheit, Krankheit, Gebrechen, Ortsabwesenheit oder ähnlichen Gründen ausserstande sind, die elterliche Sorge pflichtgemäss auszuüben“ oder „sich um das Kind nicht ernstlich gekümmert oder ihre Pflichten gegenüber dem Kinde gröblich verletzt haben“ (Art. 311 Abs. 1 ZGB). Wird das Sorgerecht beiden Eltern entzogen, erhält das Kind einen Vormund (vgl. Art. 311 Abs. 2 ZGB). Bei einer Fremdunterbringung ohne oder mit Sorgerechtsentzug haben die Eltern und das Kind Anspruch auf einen angemessenen persönlichen Verkehr (vgl. Art. 273 Abs. 1 ZGB). Die Behindertenrechtskonvention äussert sich im Artikel 23 (Achtung der Wohnung und der Familie) wie folgt zur Fremdplatzierung:

(...)

(4) Die Vertragsstaaten gewährleisten, dass ein Kind nicht gegen den Willen seiner Eltern von diesen getrennt wird, es sei denn, dass die zuständigen Behörden in einer gerichtlich nachprüfaren Entscheidung nach den anzuwendenden Rechtsvorschriften und Verfahren bestimmen, dass diese Trennung zum Wohl des Kindes notwendig ist. In keinem Fall darf das Kind aufgrund einer Behinderung entweder des Kindes oder eines oder beider Elternteile von den Eltern getrennt werden.

Als drittes stellt sich die Frage, inwiefern Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung aus rechtlicher Sicht handlungsfähig sind. Das Schweizerische Zivilgesetzbuch betrachtet als Handlungsfähigkeit „die Fähigkeit, durch seine Handlungen Rechte und Pflichten zu begründen“ (Art. 12 ZGB). Wer die Handlungsfähigkeit besitzt, ist volljährig und urteilsfähig (vgl. Art. 13 ZGB). Urteilsfähig im Sinne des Gesetzes sein bedeutet, vernunftgemäss handeln zu können. Eine kognitive Beeinträchtigung kann die Urteilsfähigkeit einschränken (vgl. Art. 16 ZGB). Das neue, seit Januar 2013 geltende Erwachsenenschutzgesetz sieht im Falle einer eingeschränkten Urteilsfähigkeit verschiedene Arten von Beistandschaften vor. Die Aufgabenbereiche des Beistands werden je nach Unterstützungsbedarf durch die Erwachsenenschutzbehörden definiert (vgl. Art. 391 Abs. 1 ZGB). Sie „betreffen die Personensorge, die Vermögenssorge oder den Rechtsverkehr“ (Art. 391 Abs. 2 ZGB). Eine Begleitbeistandschaft meint, dass begleitende Unterstützung bei der Erledigung bestimmter Angelegenheiten nötig ist. Die Handlungsfähigkeit ist bei einer Begleitbeistandschaft nicht eingeschränkt (vgl. Art. 393 Abs. 1f. ZGB). Kann eine Person bestimmte Angelegenheiten nicht selbstständig erledigen, wird sie wo nötig durch eine Vertretungsbeistandschaft vertreten. Entsprechend kann die Handlungsfähigkeit wenn erforderlich eingeschränkt werden (vgl. Art. 394 Abs. 1f. ZGB). Bedürfen bestimmte Handlungen der betroffenen Person zu ihrem Schutz der Zustimmung eines Beistandes oder einer Beiständin, wird eine Mitwirkungsbeistandschaft errichtet. Die Handlungsfähigkeit wird in den entsprechenden Bereichen eingeschränkt (vgl. Art. 396 Abs. 1f. ZGB). Eine umfassende Beistandschaft „bezieht sich auf alle Angelegenheiten der Personensorge, der Vermögenssorge und des Rechtsverkehrs“ (Art. 398 Abs.2 ZGB). Dies ist der Fall, wenn eine Person wegen dauernder Urteilsunfähigkeit in hohem Mass hilfsbedürftig ist (vgl. Art. 398 Abs. 1 ZGB). Bei einer umfassenden Beistandschaft gilt die Person vor dem Gesetz als nicht handlungsfähig (vgl. Art. 398 Abs. 3 ZGB). In der Regel ist kein Mensch grundsätzlich urteilsunfähig. Eine umfassende Beistandschaft ist nur bei Menschen mit schwerster Beeinträchtigung oder einer Demenzkrankheit angebracht. Ansonsten gilt es, die Urteilsfähigkeit in jeder einzelnen Angelegenheit abzuschätzen (vgl. Pro Infirmis o.J.). Es ist je nach Umfang und Bereich des Unterstützungsbedarfes möglich, die Begleit-, Vertretungs- und Mitwirkungsbeistandschaft

miteinander zu kombinieren (vgl. Art. 397 ZGB). Die Grundsätze des Erwachsenenschutzgesetzes sehen vor, dass behördliche Massnahmen das Wohl sowie den Schutz der betroffenen Personen sicherstellen, die Selbstbestimmung aber möglichst erhalten und fördern (vgl. Art. 388 Abs. 1f. ZGB). Dies bedeutet, dass alle behördlichen Massnahmen „erforderlich und geeignet sein“ müssen (Art. 389 Abs. 2 ZGB). Die behördlichen Massnahmen sind im Interesse der hilfsbedürftigen Person zu erfüllen. Die Meinung und der Wille der betroffenen Person zur Gestaltung des Lebens entsprechend eigener Wünschen und Vorstellungen sind soweit wie möglich zu berücksichtigen (vgl. Art. 406 Abs. 1 ZGB).

In der Schweizerischen Bundesverfassung sind höchstpersönliche Rechte definiert, die auch ohne Zustimmung eines gesetzlichen Vertreters wie des Beistandes oder der Beiständin wahrgenommen werden können. Dazu gehören unter anderem das Recht, eine Ehe zu schliessen und ein Kind anzuerkennen. Das Gesetz behält sich allerdings bei bestimmten höchstpersönlichen Rechten, unter anderem bei der Anerkennung eines Kindes, vor, dass die gesetzliche Vertretung die Zustimmung erteilen muss, falls eine Person unter umfassender Beistandschaft steht (vgl. Pro Infirmis o.J.).

Es kann das Fazit gezogen werden, dass die Elternschaft von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung aus rechtlicher Sicht möglich ist und die Entscheidung über die Gründung einer Familie zu den höchstpersönlichen Rechten gehört (vgl. Egli 2003: 1f., Frey 2007: 10, Wohlgensinger 2007: 77).

Wesentlich scheint, dass Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung ein Unterstützungsrahmen geboten wird, in welchem sie die Urteilsfähigkeit erlangen respektive eine verantwortungsbewusste Entscheidung bezüglich des Kinderwunsches treffen können. Der Aufbau eines bedarfsgerechten Unterstützungsnetzwerkes ist bei der Realisierung einer Elternschaft erforderlich, damit das Wohl des Kindes gewährleistet wird.

Bevor weiter auf die obigen Überlegungen eingegangen wird, folgt die Vorstellung des für diese Arbeit zentralen Konzeptes der Funktionalen Gesundheit.

3. Das Konzept der Funktionalen Gesundheit

In der Behindertenhilfe zeichnet sich ein Wandel ab. Das Ziel von professionellen Angeboten und Leistungen ist es vermehrt, eine möglichst aktive und kompetente Teilnahme und Teilhabe an Lebensbereichen, die sich möglichst nach der Gleichaltrigengruppe ohne entsprechende Gesundheits- oder Integrationsproblematik aus der gleichen Region richten, zu fördern (vgl. INSOS Schweiz 2009: 21, 34). Diese kompetente Partizipation von Menschen mit einer Beeinträchtigung steht im Konzept der Funktionalen Gesundheit im Mittelpunkt (vgl. ebd.: 65).

Das Konzept der Funktionalen Gesundheit wurde für diese Arbeit ausgewählt, weil es international, national und institutionell einen hohen Stellenwert einnimmt (vgl. Comparta o.J.). Auftraggeberin für die Entwicklung des Konzeptes war die WHO. Die Staatengemeinschaft hiess das Konzept gut (vgl. INSOS Schweiz 2009: 19). Die ICF der WHO basiert auf dem Konzept der Funktionalen Gesundheit und dessen Struktur (vgl. ebd.: 15).

Die Inkrafttretung der UNO-Behindertenrechtskonvention in der Schweiz verleiht dem Konzept zusätzliche Bedeutung (vgl. ebd.: 34). Es ist anschlussfähig an die Konvention, welche für Menschen mit einer Beeinträchtigung eine vollständige, effektive Teilhabe an der und Einbeziehung in die Gesellschaft fordert (Art. 3 lit. c BRK).

Eine Person gilt nach dem Konzept der Funktionalen Gesundheit als funktional gesund, wenn folgende Punkte erfüllt sind:

1. Ihre körperlichen Funktionen (einschliesslich der mentale Bereich) und Körperstrukturen entsprechen allgemein anerkannten Normen.
2. Sie kann alles tun, was von einem Menschen ohne Gesundheitsproblem erwartet wird (betrifft den Bereich der Aktivitäten).
3. Sie kann ihr Dasein in allen Lebensbereichen entfalten, die ihr wichtig sind. Und zwar in der Weise und in dem Umfang, wie es von einem Menschen ohne Beeinträchtigung erwartet wird (betrifft den Bereich der Partizipation).

(INSOS Schweiz 2009: 21)

Um die funktionale Gesundheit einer Person zu erfassen und zu bewerten, wird die vorgängige lineare Betrachtungsweise der WHO verlassen (vgl. Schuntermann 2013: 32). Die Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit wird nicht mehr allein als unmittelbare Folge eines Gesundheitsproblems gesehen (vgl. ebd.: 31f.). Vielmehr wird das komplexe Zusammenspiel der unterschiedlichen Faktoren, welche die funktionale Gesundheit eines Menschen beeinflussen können, berücksichtigt (vgl. INSOS Schweiz 2009: 15, Schuntermann 2013: 31f.).

3.1 Das bio-psycho-soziale Modell

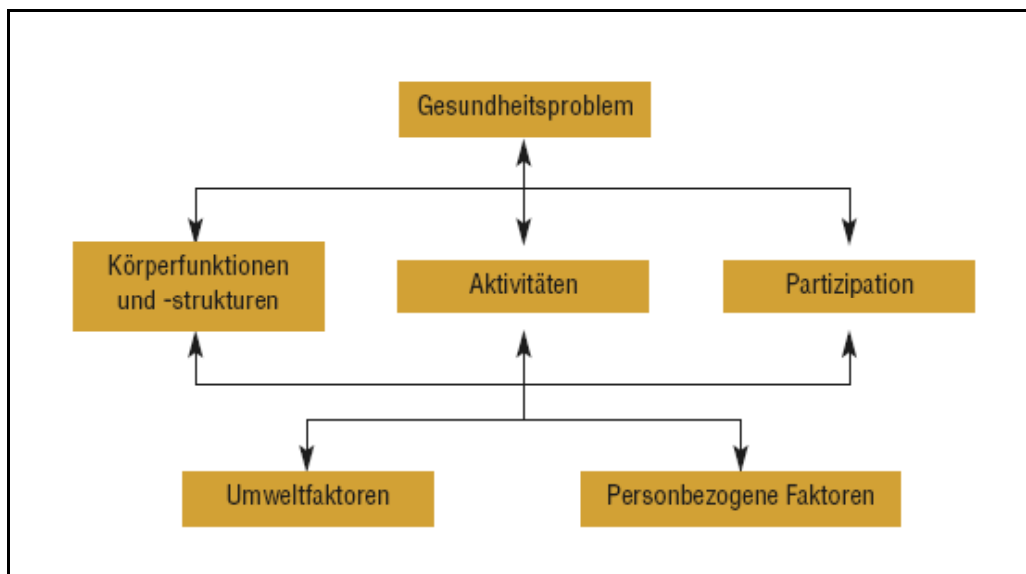


Abb.1: Das bio-psycho-soziale Modell der Komponenten der Gesundheit (INSOS Schweiz 2009:26)

Diese Abbildung stellt das bio-psycho-soziale Modell mit seinen sechs zentralen Elementen und ihrem Zusammenwirken dar (vgl. ebd.: 20).

Teilhabe oder Partizipation meint die Betrachtung des Menschen als Subjekt im Kontext von Gesellschaft und Umwelt. Eine Teilhabe kann durch Probleme, welche eine Person beim Einbezug in gewisse Lebenssituationen oder -bereiche erfährt, beeinträchtigt werden (vgl. Schuntermann 2013: 60).

Mit Aktivitäten sind alle zur Teilhabe notwendigen ausgeführten Tätigkeiten und Handlungen eines Menschen gemeint (vgl. INSOS Schweiz 2009: 20). Dabei wird zwischen der vorhandenen Leistungsfähigkeit und der im bestimmten Kontext erbrachten Leistung unterschieden, da aufgrund der bei einer bestimmten Aktivität gezeigten Leistung nicht auf das maximale Leistungsniveau geschlossen werden kann (vgl. ebd.: 28).

Körperfunktionen bezeichnen die physiologischen und psychologischen Funktionen des Körpers, Körperstrukturen die anatomischen Teile wie Organe und Gliedmassen. Der Oberbegriff der Schädigung meint die Beeinträchtigung einer Körperfunktion oder einer Körperstruktur (vgl. Schuntermann 2013: 42).

Kontextfaktoren bestehen aus Umweltfaktoren und personenbezogenen Faktoren. Mit Umweltfaktoren ist die soziale, materielle und einstellungsbezogene Umwelt, in der ein Mensch lebt, gemeint (vgl. ebd.: 25). Als personenbezogene Faktoren gelten Eigenschaften und Attribute, welche nicht Teil des Gesundheitszustandes sind. Dies sind beispielsweise Alter und Geschlecht, Charakter, Lebensstil, sozialer Hintergrund, Ausbildung und berufliche

Tätigkeit, Erfahrung, Motivation sowie genetische Prädisposition (vgl. ebd.: 25). Durch den Einbezug der Kontextfaktoren in das Konzept der Funktionalen Gesundheit kann die Frage beantwortet werden, ob sich diese positiv im Sinn von Förderfaktoren oder negativ als Barrieren auf die funktionale Gesundheit auswirken (vgl. ebd.: 27).

Das abgebildete Konzept stellt ein komplexes System mit Wechselwirkung dar. Die Elemente sind alle miteinander verbunden. Zusammen ergeben sie die Qualität der funktionalen Gesundheit. Im Konzept wird betont, dass jedes der dargestellten Elemente einen Einfluss auf die Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit haben kann (vgl. INSOS Schweiz 2009: 20, Schuntermann 2013: 32).

Der Zustand der funktionalen Gesundheit variiert mit dem Gesundheitsproblem und den Kontextfaktoren. Die Beeinträchtigung der funktionalen Gesundheit kann neue Probleme des Gesundheitszustandes oder funktionale Probleme verursachen (vgl. Schuntermann 2013: 32).

3.2 Das Modell der Prozessgestaltung

Auf der Grundlage des Konzeptes der Funktionalen Gesundheit soll erhoben und dargelegt werden, wo die funktionale Gesundheit eines Menschen beeinträchtigt wird oder das Risiko einer Beeinträchtigung besteht und wie die Verbesserung oder Erhaltung derselben erreicht werden kann. Weiter sollen Möglichkeiten aufgezeigt werden, wie und mit welchen Ressourcen dies erreicht wird. Dazu müssen sämtliche Ressourcen wie auch Barrieren im System bestimmt werden. Die professionellen Unterstützungsleistungen richten sich basierend darauf am Ziel funktionale Gesundheit aus und sollen strukturiert erbracht werden (vgl. INSOS Schweiz 2009: 39).

Die Prozessgestaltung mit dem Konzept der Funktionalen Gesundheit besteht aus fünf in einem Kreisprozess angeordneten Teilschritten. Der letzte Teilschritt kann den Abschluss der Zusammenarbeit oder den Ausgangspunkt für ein neues Verlaufsassessment und eine neue Prozessgestaltung bedeuten (vgl. ebd.: 40).

Die untenstehende Abbildung veranschaulicht die erwähnten fünf Teilschritte des Prozessgestaltungsmodelles.

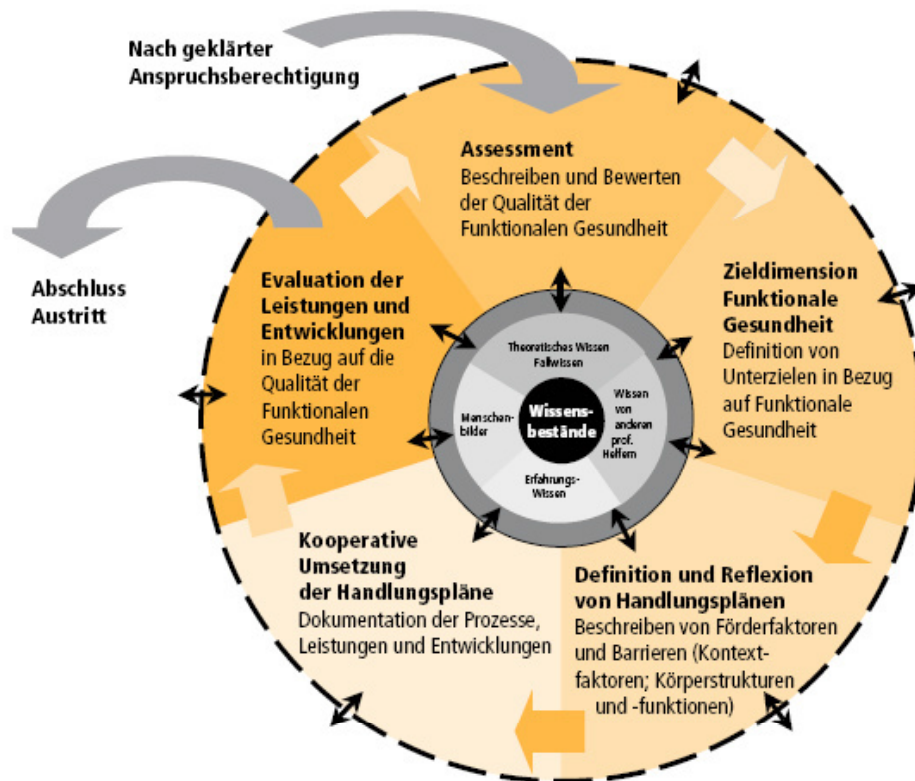


Abb. 2: Die FG-gestützte Prozessgestaltung (INSOS Schweiz 2009: 40)

3.3 Agogische Grundsätze für die professionelle Arbeit

Professionelle Dienstleistungen legitimieren sich wie erwähnt dadurch, dass sie darauf abzielen, Menschen mit einer Beeinträchtigung bei der möglichst kompetenten Gestaltung ihres Lebens in möglichst normalisierten Lebenssituationen und -bereichen zu unterstützen (vgl. ebd.: 45). Die Lebenssituation wird systemorientiert im Kontext des sozialen Umfeldes betrachtet (vgl. ebd.: 54). Beeinträchtigungen und Barrieren sollen wahrgenommen werden und die professionelle Arbeit darauf ausgerichtet sein, diese zu reduzieren oder abzubauen. Ressourcen beim Menschen und seinem sozialen Umfeld werden erkannt und genutzt (vgl. ebd.: 53). Orientierungspunkte sind nicht Defizite, sondern der Bedarf an Unterstützung zur Sicherstellung von Partizipationsmöglichkeiten (vgl. ebd.: 34.). Der Status des Erwachsenenenseins der Betroffenen muss anerkannt und respektiert werden. Von einer traditionellen Förderplanung wird abgesehen, stattdessen ist der Ausgangspunkt der Prozessgestaltung die Auseinandersetzung mit der eigenen Lebenssituation und die individuelle Zukunftsplanung. Im Mittelpunkt der Zukunftsplanung stehen die Interessen, Wünsche, Ziele und Lebensentwürfe der Betroffenen (vgl. ebd.: 46f.). In der

Prozessgestaltung wird den Menschen mit Beeinträchtigung möglichst viel Mitverantwortung übergeben, sie haben immer ein Mitentscheidungsrecht und werden als Experten und Expertinnen in eigener Sache anerkannt (vgl. ebd.: 43). Die Betroffenen werden durch die Bereitstellung von Informationen und Ressourcen und durch die Schaffung von förderlichen Entwicklungssituationen beratend und kooperativ unterstützt und gestärkt, um die Kontrolle und die Selbstbestimmung über die eigene Lebensgestaltung zu erlangen (vgl. ebd.: 46). Dazu werden Entscheidungsräume geschaffen sowie Handlungsmöglichkeiten und Konsequenzen von Entscheidungen aufgezeigt (vgl. ebd.: 56). Dabei geht es um die Befähigung der betroffenen Menschen, sich entsprechend ihrer Möglichkeiten ein eigenes Bild zu machen und Kompetenzen zu entwickeln, um sich immer besser mit sich und ihrer Lebenssituation auseinandersetzen zu können (vgl. ebd.: 47).

Zusammenfassend heisst dies, dass sich alle agogischen Leistungen auf die Lebenssituation einer Person beziehen, am Ziel funktionale Gesundheit ausgerichtet sind und die Kompetenzentwicklung bezüglich Aktivitäten, die eine selbstbestimmte Partizipation ermöglichen, unterstützen (vgl. ebd.: 51).

Im Sinn des Konzeptes der Funktionalen Gesundheit soll der Kinderwunsch von Menschen mit einer Beeinträchtigung in jedem Fall ernst genommen und als möglicher Lebensentwurf akzeptiert werden. Unterstützung bei der Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch heisst, dass sich die Betroffenen eine Vorstellung des Lebens mit Familie machen können und dass mögliche Konsequenzen zusammen thematisiert werden. Je nach individuellem Bedarf ist dabei die Bereitstellung von Informationen, Ressourcen und förderlichen Situationen durch die Professionellen nötig. In dieser Auseinandersetzung werden förderliche wie hemmende Kontextfaktoren mit berücksichtigt.

Im nächsten Kapitel wird zur Vertiefung der vorangehenden Thematik näher auf mögliche Umweltfaktoren und deren Bedeutung im Entscheidungsfindungsprozess eingegangen. Anschliessend folgen grundsätzliche Überlegungen zum Kinderwunsch von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung und eine Ideensammlung, wie das Thema behandelt werden kann, um die Betroffenen bei einer möglichst kompetenten und selbstbestimmten Entscheidung zu unterstützen.

4. Umweltfaktoren, Kinderwunsch und professionelle Unterstützungsleistungen

Durch die aktive Auseinandersetzung mit sich und seiner Umwelt gewinnt der Mensch ein Bild von sich und der Umwelt. Um dabei Fähigkeiten, Kompetenzen und Fertigkeiten entwickeln zu können, bedarf es förderlicher Lebens- und Entwicklungsräume (vgl. INSOS Schweiz 2009: 46).

In diesem Entwicklungsprozess ist jedes Individuum auf andere Menschen angewiesen, um Erfahrungen für einen möglichen Umgang mit der Welt zu machen und die Möglichkeiten und Grenzen zu erkennen. Menschliche Entwicklung findet demnach in der Mitentwicklung, der Mitverantwortung, dem Mithandeln und der Mitbestimmung statt (vgl. ebd.: 46).

Dies bedeutet für professionelle Unterstützungsleistungen, dass benachteiligte Menschen im Sinn von Empowerment zur Ressourcenaktivierung und Nutzung ihrer Stärken motiviert werden, um ihr Leben mit grösster Selbstbestimmung leben zu können. Dies wird durch die Bereitstellung von Ressourcen und förderlichen Situationen sowie durch Informationsvermittlung erreicht (vgl. ebd.: 46).

Als bio-psycho-soziales Wesen muss der Mensch immer in Bezug auf sein soziales Umfeld betrachtet werden. In jeder Lebenssituation finden sich für die Entwicklung fördernde und hemmende Faktoren (vgl. ebd.: 54).

Das Konzept der Funktionalen Gesundheit beinhaltet keine methodischen Vorgaben. Die professionellen Leistungen sollen auf Möglichkeiten und Bedürfnisse der begleiteten Person bezogen sein (vgl. ebd.: 54f.).

4.1 Umweltfaktoren

Die Umweltfaktoren werden grob in einstellungsbezogene, soziale und materielle Umwelt eingeteilt (vgl. Schuntermann 2013: 25). Bei allen Einflussfaktoren müssen die Themen Schwangerschaft, Geburt und Familienleben mitgedacht werden, da die Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch nicht losgelöst von Zukunftsperspektiven und möglichen Konsequenzen erfolgen kann. Um eine ergebnisoffene Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch zu gewährleisten, müssen sich Professionelle bereits jetzt mit beeinflussenden Umweltfaktoren bei einer eventuellen Elternschaft befassen. Sollten sich die Betroffenen für ein Kind entscheiden, muss die Erfüllung des benötigten Unterstützungsrahmens bereits gesichert sein. Es werden deshalb in diesem Kapitel über den Kinderwunsch hinaus weiterführende Gedanken zum Thema Elternschaft verfolgt, welche für die Entscheidung in diesem Sinn eine Rolle spielen.

4.1.1 Einstellungsbezogene Umwelt

Unter einstellungsbezogener Umwelt werden Haltung, Wertvorstellungen und Überzeugungen anderer Menschen und der Gesellschaft verstanden (vgl. ebd.: 25f.).

Die Gesellschaft steht der Elternschaft von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung nach wie vor kritisch gegenüber. Es scheint für viele schwer vorstellbar, dass Menschen, die bei der Bewältigung des Alltages selber Hilfe benötigen, ein Kind versorgen und erziehen können (vgl. Pixa-Kettner/Rischer 2013: 251). Vorurteile wie jene, dass Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung ebenfalls kognitiv beeinträchtigte Kinder zur Welt bringen, überdurchschnittlich viele Kinder haben, ihre Kinder missbrauchen und vernachlässigen und elterliche Fähigkeiten prinzipiell nicht erlernen und deshalb keine Verantwortung für ihre Kinder übernehmen können, herrschen in vielen Köpfen vor (vgl. Lenz et al. 2010: 25, Pixa-Kettner 2007: 3ff.). Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung wird auf Grund solcher Vorurteile oft grundsätzlich die Fähigkeit, für eigene Kinder angemessen sorgen zu können, abgesprochen (vgl. Kreis 2009: 61).

Untersuchungen bestätigen diese Vorurteile nicht. Es hat sich gezeigt, dass die betroffenen Kinder über durchschnittliche intellektuelle Fähigkeiten verfügen. Auftretende Verzögerungen in der Entwicklung stehen im Zusammenhang mit nicht zureichenden Umgebungsbedingungen (vgl. Pixa-Kettner/Sauer 2006: 228f., Prangenberg 2006: 38). Bei Eltern mit kognitiver Beeinträchtigung fällt keine überdurchschnittliche Kinderzahl auf (vgl. Prangenberg 2006: 40f.). In untersuchten Familien wurden keine Hinweise auf ein erhöhtes Missbrauchsrisiko gefunden (vgl. Lenz et al. 2010: 90). Wenn es zu Anzeichen von Vernachlässigung kam, geschah dies aus Unwissenheit, Überforderung oder schlechten Rahmenbedingungen und weder vorsätzlich noch aus Gleichgültigkeit. Hier zeigt sich vielmehr, dass ein Unterstützungsbedarf besteht (vgl. ebd.: 85, 165, Prangenberg 2006: 42). Bei den untersuchten Familien wurde festgestellt, dass es den Eltern gelingt, eine gute Beziehung zum Kind aufzubauen. Sie sind zudem in der Lage, elterliche Fähigkeiten zu erlernen und weiterzuentwickeln (vgl. Pixa-Kettner 2006a: 11, Prangenberg 2006: 42f.). Die verschiedenen Untersuchungen führen zum Fazit, dass Eltern mit einer kognitiven Beeinträchtigung über genau so vielfältige Verhaltensweisen verfügen wie andere Eltern. Daher sind Pauschalurteile nicht gerechtfertigt (vgl. Bargfrede 2006a: 137).

Der Kinderwunsch von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung und die Motive dafür werden häufig kritisch hinterfragt. Wie Gloger-Tippelt feststellt, beruhen Kinderwunschmotive vor allem auf Wünschen und Bedürfnissen der Eltern (vgl. Gloger-Tippelt 1993 in Pixa-Kettner/Bargfrede 2006: 75). Obwohl dies bei nicht beeinträchtigten Eltern genau so der Fall ist, wird Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung teilweise vorgeworfen, der Wunsch

nach eigenen Kindern entspreche bloss einem Selbstzweck (vgl. ebd.: 75). Der Kinderwunsch wird als leicht kompensierbar, beispielsweise durch den Kauf eines Haustieres oder einer Puppe, angesehen (vgl. Wallner-Rübeling 2006: 118). So müssen Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung ihren Kinderwunsch mit Nachdruck rechtfertigen, damit dieser ernst genommen wird (vgl. Pixa-Kettner/Bargfrede 2006: 75).

Die Integration in ein soziales Netzwerk wirkt sich positiv auf eine Elternschaft aus. Soziale Isolation ist für das Gelingen der Elternschaft ein erschwerender Faktor, da Austauschmöglichkeiten fehlen (vgl. Pixa-Kettner/Rischer 2013: 258, Schneider 2006: 272). Dadurch, dass die Elternschaft von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung in der Gesellschaft kritisch hinterfragt wird und von vielen Vorurteilen geprägt ist, werden diese Familien häufig mit Ausgrenzung konfrontiert. Ein sozialer Rückzug kann in vielen betroffenen Familien beobachtet werden, so dass die Teilnahme am öffentlichen Leben oft stark eingeschränkt ist und die Herkunftsfamilie und das professionelle Helfersystem die zentralen Unterstützungspotentiale darstellen (vgl. Lenz et al. 2010: 72, 81).

In den meisten Familien wird regelmässig Hilfe von anderen Personen beansprucht. Das kann beispielsweise Babysitting durch Familienangehörige oder Freunde und Freundinnen wie auch professionelle Hilfe sein (vgl. Kreis 2009: 44f., Lorenz 2012: 41, Pixa-Kettner 2006b: 95f.). Dies trifft auf Eltern mit kognitiver Beeinträchtigung genauso zu. Bei ihnen wird bei der Inanspruchnahme von Hilfsangeboten jedoch oft die erforderliche elterliche Kompetenz grundsätzlich in Frage gestellt (vgl. Pixa-Kettner 2007: 9). Diese Zuschreibung wirkt auf Eltern mit einer kognitiven Beeinträchtigung bedrohlich. Der so entstehende Bewährungsdruck ist belastend und kann dazu führen, dass aus Angst vor einer Wegnahme des Kindes auf die Inanspruchnahme von Hilfeleistungen verzichtet wird (vgl. ebd.: 9, Pixa-Kettner/Rischer 2013: 261f.).

Diese Sorge ist oft nicht unbegründet. Obwohl nach Gesetz die kognitive Beeinträchtigung der Eltern allein kein Grund für eine Fremdplatzierung der Kinder sein darf, finden in der Realität überdurchschnittlich häufig Trennungen von Eltern und Kind statt (vgl. Lenz et al. 2010: 178, Pixa-Kettner/Rischer 2013: 251f.). In vielen Fällen geschieht dies allein auf Grund der kognitiven Beeinträchtigung der Eltern. Durch ein angemessenes Unterstützungssystem können fehlende elterliche Kompetenzen vielfach kompensiert werden. Ob eine Trennung von Eltern und Kind wirklich die beste Lösung für alle Beteiligten ist, ist daher immer gründlich zu hinterfragen (vgl. Lenz et al. 2010: 178).

Ergebnisse aus Interviews mit betroffenen Müttern und Fachpersonen sowie empirische Befunde aus verschiedenen Studien zeigen zentrale Ansatzpunkte für eine wirksame Hilfe- und Unterstützungsarbeit auf (vgl. ebd.: 90f.). Zum Abbau der in Gesellschaft und

Fachöffentlichkeit kursierenden Vorurteile ist gezielte und aktive Öffentlichkeitsarbeit notwendig (vgl. Bargfrede 2006a: 138, Lenz et al. 2010: 90f.). Dazu bieten sich vielfältige Möglichkeiten an, von denen nachfolgend einige aufgezeigt werden: Berichterstattungen über betroffene Familien zeigen konkret auf, welche Unterstützungsangebote zur Verfügung stehen und wie diese zu einer gelingenden Elternschaft beitragen können. Um Berührungsängste abzubauen, sind Kontakt- und Austauschangebote für beeinträchtigte und nichtbeeinträchtigte Eltern hilfreich und tragen zur Sensibilisierung bei. Ein offenes Gemeinwesen, das für alle Familien zugänglich ist, hilft Barrieren und Tabus abzubauen und fördert die Inklusion der betroffenen Familien (vgl. Hoyningen-Süess/Staudenmaier 2004: 47, Pixa-Kettner/Rischer 2013: 263). Die aktive Öffentlichkeitsarbeit trägt zur besseren Akzeptanz der Elternschaft von Menschen mit einer Beeinträchtigung bei und fördert den Ausbau des sozialen Netzwerkes ausserhalb von Herkunftsfamilie und professionellem Hilfesystem (vgl. Staudenmaier 2006: 316).

Der geäusserte Kinderwunsch von Menschen mit einer Beeinträchtigung löst bei deren Eltern und den professionellen Begleitpersonen oft Unsicherheit und Sorge aus (vgl. Specht 2006a: 16). Sie befürchten, dass sie durch die Erfüllung des Kinderwunsches zu viel Verantwortung übernehmen müssen und für sie dadurch Überforderungssituationen entstehen (vgl. Achilles 2010: 75). Daher reagieren das private wie das professionelle Umfeld nur selten spontan positiv auf den Kinderwunsch (vgl. Bargfrede 2006a: 137, Lenz et al. 2010: 72).

Wenn angemessene Unterstützungsangebote fehlen, bedeutet dies für die Angehörigen oft tatsächlich einen erheblichen Mehraufwand (vgl. Wohlgensinger 2008: 10f.). Entsprechende spezialisierte Einrichtungen erleichtern den potenziellen Eltern wie auch deren Angehörigen und dem professionellen Netz einen entspannteren Umgang mit dem geäusserten Kinderwunsch (vgl. Onken 2006: 72). Vielerorts fehlen die notwendigen Strukturen, die den Grosseltern und dem Unterstützungsnetz zu einer positiven Einstellung helfen würden, oder vorhandene Angebote sind zu wenig bekannt (vgl. Bargfrede 2006c: 82, Frey 2007: 10). Deshalb ist die Schaffung und Bekanntmachung solcher Strukturen und Netzwerke zentral (vgl. Frey 2007: 10, Onken 2006: 72, Wohlgensinger 2007: 120).

Fachkräfte aus der Behindertenhilfe müssen die Interessen und Bedürfnisse aller Beteiligten im Blick behalten. Daher ist wichtig, dass bei der Grundsatzdiskussion über die Elternschaft von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung auf gesellschaftlicher, institutioneller und professioneller Ebene neben Fachpersonen Vereine von Betroffenen und Angehörigen mit einbezogen werden (vgl. Hoyningen-Süess/Staudenmaier 2004: 49).

Die Reflexion der eigenen Position und die Inanspruchnahme adäquater Beratung unterstützen die Involvierten bei der Auseinandersetzung mit der Herausforderung, welche eine mögliche Elternschaft für sie darstellt (vgl. Bargfrede 2006c: 82). Fachlich moderierte Elternkreise und Elternstammtische für Angehörige fördern den Austausch und die Vernetzung und können für die Entwicklung einer positiven Haltung förderlich sein (vgl. Specht 2006b: 80).

Weiter bewähren sich für alle Betroffenen Angebote wie Fortbildungsveranstaltungen und Supervision. Runde Tische, an denen alle miteinander ins Gespräch kommen und geklärt werden kann, wie mit dem Kinderwunsch umgegangen werden kann und welche Unterstützungsangebote zur Verfügung stehen, ergänzen das Angebot (vgl. ebd.: 80).

Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung stehen oft in einer Abhängigkeit zu ihrem Unterstützungsnetz. Sie kennen ihre Rechte zu wenig und sind nicht in der Lage, diese umzusetzen (vgl. Egli 2003: 2). Bei einem Kinderwunsch müssen sie auf positive Resonanz bei Familie und Betreuungspersonen hoffen, damit eine Elternschaft überhaupt eine Option wird. Bei der Auseinandersetzung mit ihrem Kinderwunsch sind sie auf Fachpersonen mit einer offenen, positiven Einstellung angewiesen. Der Haltung der Fachpersonen kommt somit eine grosse Bedeutung zu (vgl. Kreis 2009: 36, Staudenmaier 2006: 315).

Für Professionelle der Sozialen Arbeit sind die Auseinandersetzung mit bestehenden Norm- und Wertevorstellungen und die Entwicklung einer eigenen Haltung gegenüber der Thematik zentral (vgl. Lenz et al. 2010: 171). Informationsstand und Problembewusstsein sind sehr unterschiedlich (vgl. Staudenmaier 2006: 315). Zur Wissensvermittlung und Sensibilisierung ist die Thematisierung in Aus- und Fortbildungen nötig (vgl. Sparenberg 2001: 122).

Es ist zu erwarten, dass sich Fachkräfte immer häufiger mit Kinderwunsch und Elternschaft von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung konfrontiert sehen. Untersuchungen zeigen eine steigende Geburtenzahl auf (vgl. Orthmann Bless 2013c: 30). Es liegt in der Verantwortung der einzelnen Institutionen, sich mit dieser Thematik auseinanderzusetzen (vgl. Bargfrede 2006c: 81, Staudenmaier 2006: 314).

Im Grundsatz von sexualpädagogischen Konzepten sollen neben Sexualität, Partnerschaft und Verhütung auch Kinderwunsch und Elternschaft aufgenommen werden. Eine gemeinsame, verbindliche Haltung und konzeptuelle Überlegungen dazu sollen festgelegt sein (vgl. Staudenmaier 2006: 314). Das Thema darf nicht erst zur Sprache kommen, wenn bereits eine Schwangerschaft vorliegt und somit akuter Handlungsbedarf besteht (vgl. Lenz et al. 2010: 25). Dies ist eine Voraussetzung dafür, dass der Kinderwunsch von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung von allen Mitarbeitenden selbstverständlich ernst

genommen wird und eine angemessene Auseinandersetzung mit dem Thema stattfinden kann (vgl. Staudenmaier 2006: 316).

Elternschaft ist eine Herausforderung und bringt grosse Veränderungen mit sich. Das Elternsein ist eine komplexe und subjektive Angelegenheit. Die Gesellschaft ist weitgehend über die allgemeinen Ziele der Elternschaft, nämlich die Sicherung der kindlichen Gesundheit, die Ermöglichung einer guten Entwicklung und die Vermittlung kultureller und gesellschaftlicher Werte und Normen, einig (vgl. Pachter/Dumont-Mathieu 2004 in Pixa-Kettner/Rischer 2013: 257). Die Palette von verschiedenen, individuellen Erziehungsstilen zur Erreichung dieser Ziele ist gross, es gibt nicht nur einen richtigen Weg dazu (vgl. Pixa-Kettner 2006b: 95, Pixa-Kettner/Rischer 2013: 257). Die vorhandene Vielfalt der Erziehungsstile erfährt allgemein eine breite Toleranz. Eltern mit kognitiver Beeinträchtigung gegenüber nimmt diese Toleranz ab, weil wenig Vertrauen in ihre elterliche Kompetenz vorhanden ist (vgl. Pixa-Kettner/Rischer 2013: 258). Es scheint, dass die Gruppe der kognitiv beeinträchtigten Eltern die am strengsten kontrollierte und überwachte Elterngruppe in der Gesellschaft ist. Die Massstäbe an ihren Erziehungsstil werden zum Teil höher gesetzt als bei anderen Eltern, und die Kontrolle ist engmaschig (vgl. Pixa-Kettner 2007: 3, Pixa-Kettner/Rischer 2013: 259, Wallner-Rübeling 2006: 118). Von beeinträchtigten Eltern wird eine Anpassung des eigenen Erziehungs- und Lebensstils an die relativ normierte Vorstellung eines mittelschichtorientierten professionellen Hilfesystems erwartet. Der so entstehende Bewährungsdruck kann Eltern stark unter Druck setzen (vgl. Pixa-Kettner/Rischer 2013: 261f., Wallner-Rübeling 2006: 118).

Solche absoluten Anforderungen sind nicht zulässig und müssen relativiert werden. Neben der Reflexion von eigenen Bildern und Vorstellungen darüber, was die ideale Familie ausmacht gilt es, ein Gleichgewicht im Spannungsfeld von Behindertenrecht und Kindeswohl zu finden (vgl. Bargfrede 2006a: 139, Lenz et al. 2010: 71). Die Eltern sollen nicht der Idealvorstellung von guten Eltern entsprechen müssen (vgl. Pixa-Kettner 2006b: 88). Es geht nicht darum, den Eltern mit kognitiver Beeinträchtigung einen unreflektierten „Behindertenbonus“ zu geben, sondern vielmehr um Unterstützungsangebote, welche die elterliche Kompetenz in einem realistischen Rahmen stärken und fördern (vgl. Wallner-Rübeling 2006: 118).

Das Ziel der Angebote soll es sein, elterliche Fähigkeiten zu stärken und auszubauen, die Eltern zu bestärken, ihre Rolle wahrzunehmen. Unterstützung ist da anzubieten, wo diese nötig ist, und die Eltern sollen ermutigt werden, diese Hilfeleistungen zu beanspruchen (vgl. Lenz et al. 2010: 103). Die Unterstützung soll den Charakter von Begleitung und Beratung auf einer gleichberechtigten Ebene haben (vgl. Bargfrede 2006c: 88). Die Berücksichtigung von Wünschen und Bedürfnissen der Eltern mit einer kognitiven Beeinträchtigung bei der

Gestaltung und Planung von Hilfsangeboten sollte selbstverständlich sein (vgl. Lenz et al. 2010: 89, 202). Für die Bewältigung der Herausforderungen, welche die Elternschaft beinhaltet, ist prägend, was und wieviel die Umgebung den Eltern zutraut (vgl. ebd.: 201, Sanders 2006b: 81, Streit/Wagner-Stolp 2006: 4f.). Im Sinne einer selbsterfüllenden Prophezeiung führt mangelndes Vertrauen in die elterlichen Fähigkeiten erst zum erwarteten Versagen (vgl. Sanders 2006b: 81). Von den Eltern wird es als hilfreich wahrgenommen, in der Elternrolle ermutigt und ernst genommen zu werden (vgl. Streit/Wagner-Stolp 2006: 5).

Unterstützung auf Augenhöhe meint, dass die Verantwortung für die Kindererziehung weitgehend den Eltern überlassen wird und diese dazu angeregt werden, diese Verantwortung zu übernehmen (vgl. Bargfrede 2006c: 88, Schneider 2006: 259). Es gilt für die Fachleute, die natürliche Autorität der Eltern anzuerkennen und zu stärken, damit die Eltern Autoritätspersonen bleiben, auch wenn die Kinder ihnen intellektuell überlegen sind (vgl. Lenz et al. 2010: 89).

Die von den Begleitpersonen angelegten Maßstäbe sollen transparent gemacht werden und denen entsprechen, die für Eltern mit vergleichbaren sozialen und materiellen Lebensbedingungen gelten (vgl. Bargfrede 2006c: 88, Pixa-Kettner 2007: 6).

Eine tragfähige, vertrauensvolle Beziehung zwischen Familie und Professionellen ist zentral für die gute Zusammenarbeit. Das setzt bei den Begleitpersonen eine positive Grundhaltung und pädagogischen Optimismus bezüglich der elterlichen Fähigkeiten voraus (vgl. Lenz et al. 2010: 199). Die kritische Auseinandersetzung mit eigenen Wertvorstellungen bezüglich Erziehung der Kinder nötig ist, um mit den Ansprüchen und angesichts der vorhandenen Beeinträchtigung realistisch zu bleiben (vgl. Bargfrede 2006a: 139, Lenz et al. 2010: 200f.).

Die Orientierung am Kindeswohl kann mit dem Recht der Eltern auf Autonomie kollidieren (vgl. Kreis 2009: 19). Es treten in der Begleitung von Eltern mit einer kognitiven Beeinträchtigung immer wieder Entwicklungen ein, in denen Begleitpersonen zum Schutz des Kindes ein gewisses Maß an Verantwortung übernehmen müssen (vgl. Lenz et al. 2010: 71). Im Umgang mit diesen anspruchsvollen Situationen sind für die Eltern mit einer kognitiven Beeinträchtigung Aufklärung, Informationsvermittlung, Transparenz und Wertschätzung seitens des Unterstützungsnetzes enorm wichtig (vgl. Habermas 1985 in Lenz et al. 2010: 71).

4.1.2 Soziale Umwelt

Zur sozialen Umwelt gehören sämtliche sozialen Beziehungen eines Menschen und die Unterstützung, welche von der sozialen Umwelt geleistet wird (vgl. Schuntermann 2013: 26).

Dabei wird zwischen informellen und formellen Beziehungen unterschieden. Zum informellen Netzwerk gehören Kontakte in der Familie, im Freundeskreis, der Nachbarschaft oder zu Arbeitskolleginnen und -kollegen (vgl. Schiller 1987 in Schneider 2006: 254). Mit der formellen Beziehung ist die begleitende Unterstützung durch Mitarbeitende und Institutionen aus sozialen und pädagogischen Berufsfeldern gemeint, welche für Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung in der Regel einen hohen Stellenwert einnimmt (vgl. ebd.: 254f.).

Soziale Ressourcen sind neben den personalen Ressourcen ein wichtiger Bestandteil, um den vielfältigen Anforderungen einer Elternschaft gerecht zu werden (vgl. Lenz et al. 2010: 68, Sparenberg 2001: 112). In den meisten Familien ist es üblich, dass Eltern Hilfe in der Bewältigung des Alltages erhalten. Dies kann informelle Unterstützung wie diejenige von Familienmitgliedern, Freunden und Freundinnen oder auch formelle Unterstützung, beispielsweise durch die Schule, eine Tagesmutter oder Beratungsstellen, sein (vgl. Kreis 2009: 63, Lorenz 2012: 41, Pixa-Kettner 2007: 8f., Schneider 2006: 253).

Damit die Elternschaft von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung gelingen kann, ist in praktisch allen Fällen eine langfristige Unterstützung durch das soziale Netzwerk notwendig (vgl. Bargfrede 2006a: 139, Frey 2007: 8, Lenz et al. 2010: 217, Lorenz 2012: 42). Der elterliche Alltag zeichnet sich durch Vielfalt, Schnelllebigkeit und Dynamik aus, was bei Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung schnell zu einer Überforderung führen kann (vgl. Lenz et al. 2010: 64). Fehlende Kompetenzen und Ressourcen der Eltern können nur durch ein gut funktionierendes Unterstützungsnetzwerk weiterentwickelt oder kompensiert werden (vgl. Kreis 2009: 81, Lenz et al. 2010: 103, Schneider 2006: 256).

Was betreffend Form und Umfang der Hilfe notwendig ist, variiert mit Alter und Entwicklung des Kindes und ist ebenso abhängig von den individuellen Ressourcen der Eltern (vgl. Lenz et al. 2010: 217).

Die Unterstützung bei der Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch muss die möglichen Konsequenzen von Schwangerschaft, Geburt und Familienleben mit einbeziehen. Bei der Entscheidung zu einer Elternschaft gilt es zu thematisieren, wie das Hilfe- und Unterstützungsangebot bedarfsgerecht gestaltet werden kann, um Eltern und Kindern das Zusammenleben als Familie zu ermöglichen (vgl. Bargfrede 2006a: 139, Lenz et al. 2010: 95, 217).

In der Praxis hat sich gezeigt, dass der Unterstützungsbedarf vorwiegend das Alltagsmanagement, die Versorgung der Kinder, die Förderung der kindlichen Entwicklung sowie die psychosoziale Begleitung der Eltern umfasst (vgl. Lenz et al. 2010: 103-134). Informationsvermittlung, erklären, vorzeigen, gemeinsames Tun, Gespräche, Begleitung zu Terminen und Übernahme von Tätigkeiten zur Entlastung der Eltern sind dementsprechend

die Hauptbestandteile in der Arbeit mit Eltern mit einer kognitiven Beeinträchtigung (vgl. Bargfrede 2006a: 139, Bargfrede 2006d: 294, Lenz et al. 2010: 165, 204-208).

Für die Umsetzung einer bedarfsgerechten Unterstützung bieten sich je nach Situation verschiedene Wohn- und Lebensformen an. Diese können grob in ambulante und stationäre Angebote eingeteilt werden. Mit ambulanter Wohnform ist das Leben als Familie in der eigenen Wohnung mit punktueller Begleitung im Familienalltag gemeint. Bei erhöhtem Unterstützungsbedarf sind stationäre Wohnformen wie Wohnheime, heilpädagogische Lebensgemeinschaften oder Mutter/Eltern-Kind-Heime mit rund um die Uhr verfügbarer Begleitung denkbar. Eine weitere Form ist das Wohnen und Leben in der Herkunftsfamilie, was weitgehend mit einer stationären Wohnform vergleichbar ist (vgl. Hoyningen-Süess/Staudenmaier 2004: 45f., Kreis 2009: 90f.).

Angehörige, oftmals die Grosseltern der Kinder, sind eine wichtige Ressource bei der Unterstützung von Eltern mit einer kognitiven Beeinträchtigung (vgl. Lenz et al. 2010: 56). Oft leben die Eltern gemeinsam mit ihren Kindern in der Herkunftsfamilie (vgl. Bargfrede 2006c: 87). Ein Vorteil familiärer Unterstützung ist der normalisierte Rahmen, denn auch nicht beeinträchtigte Eltern nehmen oft und gern die Unterstützung von Grosseltern in Anspruch (vgl. Pixa-Kettner 1996 in Schneider 2006: 265). Unterstützung durch Angehörige ist für die betroffenen Eltern lokal, zuverlässig und findet in einem Umfeld mit bekannten kulturellen und sozialen Werten statt (vgl. Zeitlin 1985 in Schneider 2006: 258). Für Familienangehörige jedoch bedeutet die Unterstützung eine physische, psychische und oft auch finanzielle Mehrbelastung (vgl. Bargfrede 2006c: 82). Aus Mangel an alternativen Unterstützungsangeboten fühlen sie sich häufig verpflichtet, die Familie aufzunehmen oder in einem grossen Umfang zu unterstützen (vgl. ebd.: 87, Lorenz 2012: 51, Wohlgensinger 2008: 10f.). Eine innerfamiliäre Lösung wird von zuständigen Behörden oft begrüsst, weil dies der für sie einfachste und finanziell günstigste Weg ist (vgl. Bargfrede 2006c: 87). Fehlt es an professionellen Unterstützungsangeboten, bedeutet das für Eltern mit einer kognitiven Beeinträchtigung eine Abhängigkeit von Familienangehörigen, welche unter Umständen nicht erwünscht ist (vgl. Schneider 2006: 265, Wallner-Rübeling 2006: 128). Für die Angehörigen kann die geleistete Unterstützung zu einer Überforderung und Überbelastung werden (vgl. Bargfrede 2006c: 87, Schneider 2006: 258). Zudem hängt die Unterstützung durch Angehörige von Faktoren wie deren Lebenssituation, ihrem Gesundheitszustand und ihrer beruflichen Situation ab. Veränderungen dieser Faktoren oder Überbelastung können zu einem Ausfall der Unterstützungsleistung führen (vgl. Pixa-Kettner/Rischer 2013: 259). Daher benötigen Eltern, die bei ihrer Herkunftsfamilie leben wie auch ihre Angehörigen ergänzende professionelle Begleitung und Unterstützung (vgl. Bargfrede 2006c: 87, Schneider 2006: 271f.). Weiter soll für Eltern mit einer kognitiven Beeinträchtigung und ihre

Angehörigen immer eine Wahlmöglichkeit für alternative Wohn- und Unterstützungsformen bestehen, so dass die Hilfeleistungen durch Familienmitglieder den Wünschen und Ressourcen der Betroffenen entsprechen (vgl. Bargfrede 2006c: 87, Schneider 2006: 274, Wallner-Rübeling 2006: 128). Bedarfsgerechte Angebote sind idealerweise flächendeckend vorhanden. So wird die angemessene professionelle Unterstützung beim Wohnen mit der Herkunftsfamilie gewährleistet. Gleichzeitig bleibt beim Entscheid für ein Unterstützungsangebot ausserhalb der Herkunftsfamilie die räumliche Nähe und somit das gewohnte soziale Umfeld weitgehend erhalten. Zudem kann durch Angehörige weiterhin ergänzende Unterstützung erfolgen (vgl. Bargfrede 2006b: 152f.).

Das Zusammenleben von den Eltern mit ihren Kindern ist das vorrangige Ziel der Unterstützungsarbeit und kann durch angemessene Hilfe in den meisten Fällen ermöglicht werden (vgl. Lenz et al. 2010: 202, Wohlgensinger 2008: 13). Der Unterstützungsmöglichkeit von Eltern mit einer kognitiven Beeinträchtigung sind jedoch Grenzen gesetzt. Der Erfolg hängt mit von den Möglichkeiten der Eltern und deren Lern- und Entwicklungsbereitschaft ab (vgl. Lenz et al. 2010: 165). Sind Eltern den Belastungen der Elternschaft trotz umfassender Unterstützung nicht gewachsen, ist möglicherweise ein dauerhaftes Zusammenleben der Familie nicht mehr die beste Lösung für die Beteiligten. In diesem Fall kann die Fremdplatzierung des Kindes, beispielsweise in eine Pflegefamilie, eine Alternative sein (vgl. Bargfrede 2006c: 91, Bargfrede 2006d: 290, Wohlgensinger 2008: 13). Die Trennung von Eltern und Kindern ist ein einschneidendes Erlebnis. Entsprechend bedarf der Trennungsprozess einer angemessenen Unterstützung und Begleitung (vgl. Lenz et al. 2010: 86). Idealerweise wird die Trennung von Eltern und Kindern als Chance verstanden, welche ein neues Miteinander ermöglicht (vgl. Bargfrede 2006c: 91). Die Auseinandersetzung mit den Gründen, die für eine Trennung sprechen, die Verarbeitung der Trennungserfahrung und die Vereinbarung einer geeigneten Kontaktregelung sind wichtige Bestandteile der Unterstützung (vgl. ebd.: 91f, Lenz et al. 2010: 184f.).

Ob die Hilfe vom unterstützenden sozialen Umfeld förderlich ist hängt stark davon ab, wie diese gestaltet wird. Wenn sich Eltern bevormundet und kontrolliert fühlen, überhöhte Standards angelegt werden, es an Kontinuität der Hilfen mangelt oder die Einstellung des sozialen Umfelds gegenüber den Eltern negativ ist, können Unterstützungsangebote für die Eltern als Barriere wirken und abgelehnt werden (vgl. Booth/Booth 1994 in Schneider 2006: 258). Damit Eltern Beratung und Hilfe annehmen können und wollen, muss für sie die Anerkennung der Elternschaft spürbar sein (vgl. Achilles 2010: 81). Der Aufbau einer vertrauensvollen und tragfähigen Beziehung zwischen Fachkräften und der Familie ist dabei unabdingbar (vgl. Lenz et al. 2010: 199). Dies bedingt eine positive Grundhaltung gegenüber der Elternschaft von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung und das Vertrauen in

ihre Fähigkeiten, die Elternrolle trotz Beeinträchtigung wahrnehmen zu können (vgl. ebd.: 200). Bei der Planung und Gestaltung der Hilfen sollen die Eltern die Gelegenheit haben, ihre Wünsche und Sichtweise darzustellen und einzubringen (vgl. ebd.: 50, 202, Schneider 2006: 271). Um ein unnötig starkes Eingreifen zu verhindern und den Eltern möglichst viel Verantwortung zu überlassen, muss individuell festgelegt werden, wie viel Hilfe notwendig ist. Erhält die Familie zu wenig Unterstützung, besteht die Gefahr einer Überforderung der Eltern. Bei zuviel Hilfe wird riskiert, dass die Eltern die Verantwortung für ihr Kind abgeben und die elterlichen Aufgaben vorwiegend vom Unterstützungsnetz übernommen werden. Zudem beeinträchtigt die Überpräsenz der Helfenden die Privatsphäre der Familie massiv (vgl. Kreis 2009: 67f.).

Unterschiedliche Meinungen von Eltern und Fachkräften, in welchen Bereichen und in welchem Umfang Unterstützung notwendig ist, tauchen immer wieder auf (vgl. Pixa-Kettner 2006b: 88). Deshalb ist es wichtig, den Unterstützungsbedarf zusammen mit den Eltern möglichst genau zu ermitteln. Checklisten zur systematischen Erhebung können hilfreich sein, eine Balance zwischen den verschiedenen Ansprüchen zu finden. Die Lebenshilfe Dortmund beispielsweise bietet eine Checkliste mit konkreten Anhaltspunkten zur Erhebung des Hilfebedarfs an (vgl. MOBILE o.J.: 3). Auf Grundlage der Bedürfnisse der Kinder werden detaillierte Anforderungen an die Eltern formuliert, um diese Bedürfnisse zu erfüllen. Darauf aufbauend wird ermittelt, ob im jeweiligen Bereich ein Hilfebedarf besteht, durch wen die Eltern in diesem Bereich angeleitet werden können respektive wer die Tätigkeit übernehmen könnte (vgl. ebd.: 16-28). Da sich die Anforderungen an die Eltern mit der Entwicklung des Kindes verändern und die Eltern ihre Kompetenzen weiterentwickeln, ist die laufende Überprüfung, ob die erbrachten Unterstützungsleistungen angemessen sind, nötig (vgl. Bargfrede 2006c: 85, Pixa-Kettner/Rischer 2013: 261).

In der begleiteten Elternschaft geht es in erster Linie darum, die Eltern in der selbstbestimmten Wahrnehmung der Elternrolle zu begleiten und zu beraten. Um das Kindeswohl sicher zu stellen, ist diese Arbeit immer auch mit einem Kontrollauftrag verbunden (vgl. Bargfrede 2006c: 85, Kreis 2009: 45). Der adäquate Umgang mit dem Spannungsfeld von Hilfe und Kontrolle bedingt Aufklärung, Offenheit und Transparenz. Kontrollaufträge sollen als solche kommuniziert werden. Die ressourcenorientierte Sichtweise schließt die Wahrnehmung vorhandener Probleme und Defizite nicht aus. Kritische Punkte, die zu einer Trennung vom Kind führen können, müssen angesprochen werden (vgl. Lenz et al. 2010: 202). Der Einsatz von mindestens zwei professionellen Unterstützungspersonen in einer Familie erlaubt es, den Unterstützungs- und den Kontrollauftrag zu trennen und eventuelle Rollenkonflikte zu minimieren (vgl. Bargfrede 2006c: 85f., Sparenberg 2001: 114).

Untersuchungen zeigen, dass Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung neben Herkunftsfamilie und professionellem Helfersystem kaum über soziale Kontakte verfügen (vgl. Lenz et al. 2010: 88f., Llewellyn et al. 2002 in Schneider 2006: 257, 268, Pixa-Kettner/Rischer 2013: 258). Eine gute soziale Integration ist hilfreich für eine gelingende Elternschaft (vgl. Pixa-Kettner/Rischer 2013: 258, Schneider 2006: 272). Soziale Beziehungen wirken sich positiv auf das Wohlbefinden aus und verbessern die Lebensqualität von Familien (vgl. Schneider 2006: 256, 272). Deshalb gehört der Aufbau von stabilen, langfristigen sozialen Kontakte ausserhalb von Herkunftsfamilie und professionellem Helfersystem zu den Unterstützungsaufgaben (vgl. Lenz et al. 2010: 207f., Schneider 2006: 272). Insbesondere der Austausch mit Eltern in einer vergleichbaren Situation ist bereichernd. Da es solche Familien im näheren Umfeld selten gibt ist es sinnvoll, zum Erfahrungsaustausch Elterngruppen für Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung aufzubauen (vgl. Hoyningen-Süess/Staudenmaier 2004: 49, Schneider 2006: 257). Für Kinder ist die Interaktion mit Gleichaltrigen entwicklungsförderlich. Um den Kontakt zu anderen Kindern bereits vor dem Eintritt in den Kindergarten zu fördern, bietet sich unter anderem der regelmässige Besuch einer Spielgruppe oder einer Kindertagesstätte an (vgl. Lenz et al. 2010: 81, 89, Sanders 2006b: 80).

Die Elternschaft von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung zu begleiten bedeutet für professionelle Hilfesysteme teils umfängliche Unterstützungsleistungen und ist eine Herausforderung in einem Bereich, in dem sie unter Umständen wenig Erfahrung haben (vgl. Bargfrede 1998 in Wohlgensinger 2008: 13, Hoyningen-Süess/Staudenmaier 2004: 48). Die adäquate Unterstützung erfordert spezialisierte Angebote und qualifiziertes Fachpersonal (vgl. Bargfrede 2006a: 140, Hoyningen-Süess/Staudenmaier 2004: 48, Wohlgensinger 2008: 13). Deshalb müssen Fachpersonen durch Weiterbildungen, Fachberatung und Supervisionsangebote unterstützt werden (vgl. Bargfrede 2006c: 83, MOBILE o.J.: 6f., Specht 2006b: 80f., Staudenmaier 2006: 317). Der Aufbau einer Netzwerk- und Koordinationsstelle, welche für involvierte Fachpersonen, aber auch für die Eltern und deren Angehörige als Anlaufstelle Beratung, Unterlagen und Information bietet, ist wünschenswert. Darüber hinaus kann eine Netzwerkstelle Forschung initiieren, die Verbindung von Wissenschaft und Praxis sicherstellen und Öffentlichkeitsarbeit leisten (vgl. Bargfrede 2006c: 83, Hoyningen-Süess/Staudenmaier 2004: 49, Staudenmaier 2006: 318).

Als ideale Unterstützungsform wirkt die Zusammenarbeit von formellen und informellen Unterstützungsarten (vgl. Schneider 2006: 272). Die wirkungsvolle Unterstützung des sozialen Umfeldes setzt einen guten Informationsaustausch sowie klare Absprachen zwischen allen Involvierten bezüglich der verschiedenen Aufgaben und Rollen voraus. Aufträge und Verantwortlichkeiten sollen klar definiert und die Finanzierung geklärt sein. Die

Kooperation zwischen Mitarbeitenden aus der Behindertenhilfe und Kinder- und Jugendhilfeeinrichtungen ist zentral und fordert verbindliche, transparente Regelungen (vgl. Bargfrede 2006c: 87f., Lenz et al. 2010: 26f., Wallner-Rübeling 2006: 128).

4.1.3 Materielle Umwelt

Unter materieller Umwelt werden Produkte und Technologien des alltäglichen Lebens verstanden (vgl. Schuntermann 2013: 26). Damit sind beispielsweise technische Hilfsmittel wie ein Rollstuhl, Medikamente, Mittel für den Wissenserwerb oder wirtschaftliche Güter wie Geld, Immobilien und Wertsachen gemeint (vgl. ebd.: 212f.).

Die Elternschaft von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung erfordert eine langfristige Unterstützung (vgl. Bargfrede 2006a: 139, Lenz et al. 2010: 217). Dies bedeutet auf staatlicher Ebene einen erheblich erhöhten Kostenaufwand im Vergleich zu Eltern ohne Beeinträchtigung (vgl. Pixa-Kettner/Rischer 2013: 254, Wohlgensinger 2007: 121). Die Angst vor zusätzlichen Kosten bei Entscheidungsträgern kann die Durchsetzung der Finanzierung von Unterstützungsleistungen für Eltern mit einer kognitiven Beeinträchtigung erschweren (vgl. Bargfrede 2006c: 86). Die mangelhafte oder unbeständige Finanzierung von Unterstützungsmassnahmen ist ein Risikofaktor für das Gelingen der Elternschaft, da die notwendigen Hilfen unter Umständen nicht verfügbar sind (vgl. Sanders 2006b: 81). Um Forderungen auf staatlicher Ebene durchsetzen zu können, benötigt es eine wissenschaftlich fundierte und nachvollziehbare Begründung bezüglich Bedarf an spezialisierten Angeboten und Unterstützungsleistungen (vgl. Wohlgensinger 2008: 14).

Eine Klärung braucht es auch in Bezug auf die Zuständigkeit. Die Elternschaft von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung betrifft unterschiedliche Bereiche. Auf der einen Seite ist die Kinderschutzbehörde für die Gewährleistung des Kindeswohls zuständig, auf der anderen Seite ist die Behindertenhilfe dafür verantwortlich, dass die Eltern adäquate Unterstützung im Alltag erhalten. Es besteht die Gefahr, dass sich die beiden Bereiche gegenseitig die Verantwortung für die Finanzierung von Hilfen zuschieben (vgl. Pixa-Kettner/Rischer 2013: 261). Um eine langfristige Unterstützung sicherzustellen, sind ein klarer gesetzlicher Rahmen betreffend Zuständigkeit und eine koordinierte Zusammenarbeit von verschiedenen beteiligten Stellen erforderlich (vgl. Bargfrede 2006c: 86, MOBILE o.J.: 6).

Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung sind in der Regel auf Unterstützungsgelder von der Invalidenversicherung und Ergänzungsleistungen angewiesen, da sie zu den einkommensschwachen Menschen gehören oder nicht in den Arbeitsmarkt integriert werden können. Dies bedeutet, dass für die Bewältigung des Alltages nur knappe finanzielle Ressourcen vorhanden sind (vgl. Lenz et al. 2010: 61, 87, 135, Schneider 2006: 259,

Sparenberg 2001: 114). Stark eingeschränkte finanzielle Mittel haben direkte Auswirkungen auf den familiären Alltag. Daraus können schlechte Wohnverhältnisse, mangelhafte Ernährung oder unzureichende Kleidung resultieren. Für die Eltern kann es bedeuten, dass keine Erholungs- und Entlastungsangebote wie Urlaube, Nachhilfestunden für die Kinder oder Babysitter beansprucht werden können (vgl. Sparenberg 2001: 114). Studien belegen einen Zusammenhang zwischen Armut und der Vernachlässigung von Kindern sowie familiärer Gewalt (vgl. Lenz et al. 2010: 87). Um diesen Belastungen entgegenzuwirken und einen gesellschaftlich üblichen Lebensstandard abzusichern, fordern Lenz et al. (vgl. ebd.: 18) ein grundsätzlich garantiertes Mindesteinkommen, auch für Menschen mit einer Beeinträchtigung.

Eine schlechte ökonomische Situation ist für viele Menschen ein Grund, sich gegen Kinder zu entscheiden (vgl. Pixa-Kettner/Bargfrede 2006: 73). Deshalb sind die Finanzen bereits bei der Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch anzusprechen.

Kommt es zu einer Elternschaft von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung, dann sind Unterstützung beim Umgang mit Geld und der Geldeinteilung, Hilfe bei der Beschaffung von Unterstützungsgeldern und Beratung bezüglich finanziellen Fragen ein wichtiger Bestandteil der professionellen Hilfeleistungen (vgl. Frey 2007: 8, Lenz et al. 2010: 104, Sparenberg 2001: 122).

Aufklärungs- und Informationsmaterialien zum Thema Sexualität und Elternschaft sind aufgrund eines geringen oder nicht vorhandenen Leseverständnisses für Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung oftmals schwer zugänglich (vgl. Kreis 2009: 71, Lorenz 2012: 37). Bei der Versorgung von Kindern können komplizierte Anweisungen, beispielsweise zur Zubereitung eines Fläschchens oder auf Beipackzetteln von Medikamenten, zu einem Hindernis werden (vgl. Bargfrede 2006c: 91). Kurse und Informationsveranstaltungen zum Thema sind nicht auf die Bedürfnisse von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung ausgerichtet und können diese überfordern (vgl. Kreis 2009: 71). Um die nötigen Informationen zu erhalten, sind Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung auf Unterstützung angewiesen (vgl. ebd.: 67). Ergänzend zur sozialen Unterstützung können Informationen und Materialien in leicht verständlicher Sprache, verdeutlicht durch Piktogramme und Bilder, mithelfen, Barrieren bei der Informationsbeschaffung abzubauen (vgl. Göbel/Gross/Kühnel 2006: 35, Kreis 2009: 71, Lorenz 2012: 37, Pixa-Kettner/Bargfrede 2006: 79). Das Themenheft zu Liebe, Sexualität und Kinderkriegen für Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung von der Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. (2007) ist ein Beispiel, wie Materialien in leichter Sprache aussehen können.

4.2 Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch

Die personenbezogenen Faktoren unterscheiden sich, entsprechend der Individualität der jeweiligen Situationen, voneinander. Die persönliche Lebensgeschichte, gemachte Erfahrungen wie auch die Einstellung des Umfeldes spielen eine Rolle bei der Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch. Der Einbezug der Betroffenen bei der Prozessgestaltung ist wichtig, damit ihre Wünsche und Vorstellungen bei der Auseinandersetzung berücksichtigt werden können. Im Bewusstsein, dass die Gestaltung des Prozesses stark von der individuellen Situation abhängig ist, wird in diesem Kapitel in einer allgemeinen Form auf das Thema Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch eingegangen.

Eine begleitete Elternschaft beginnt bereits bei der Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch (vgl. Lenz et al. 2010: 95, MOBILE o.J.: 6). Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung betont in Artikel 23 das Recht auf eine freie, verantwortungsbewusste Entscheidung bezüglich Familiengründung. Weiter soll der Zugang zu angemessener Information und Aufklärung gewährleistet sein. Um diese Rechte auszuüben, fordert die Behindertenrechtskonvention, dass die notwendigen Mittel dazu bereit gestellt werden (vgl. Art. 23 Abs. 1 BRK).

4.2.1 Ausgangslage

Oft werden Sexualität und Aufklärung in der Sozialisation von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung vorwiegend von Angehörigen, manchmal auch vom professionellen Helfersystem ausgeblendet in der falschen Annahme, dass dies für die betroffenen Menschen kein Thema ist. Bezüglich Kinderwunsch bekommen Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung nicht selten schon früh vermittelt, dass ein Kind für sie nie eine Option sein wird (vgl. Kreis 2009: 32, Lenz et al. 2010: 125, Specht 2006b: 78). Der Kinderwunsch von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung löst im sozialen Umfeld Unsicherheit und Hilflosigkeit aus (vgl. Pixa-Kettner/Bargfrede 2006: 75).

Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung sind häufig nicht in der Lage, sich mit dem Thema Elternschaft eigenständig auseinanderzusetzen und sich Informationen dazu einzuholen (vgl. Kreis 2009: 42, Lorenz 2012: 48). Sie sind deshalb auf ein Umfeld, welches sie bei dieser Auseinandersetzung unterstützt, angewiesen (vgl. Kreis 2009: 31, Lenz et al. 2010: 14f., Specht 2006b: 78f.).

Wird ein Kinderwunsch von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung vom sozialen Umfeld nicht wahr- und ernst genommen, dann haben sie keine Gelegenheit, einen eigenen, selbst bestimmten, differenzierten und verantwortungsbewussten Standpunkt für oder gegen die Gründung einer Familie zu entwickeln (vgl. Specht 2006b: 78). Ein Kinderwunsch

verschwindet nicht einfach, indem er ignoriert oder dagegen argumentiert wird (vgl. Pixa-Kettner/Bargfrede 2006: 76f.). Selbst wenn der Kinderwunsch nicht in jedem Fall in Erfüllung gehen kann, ist es für einen angemessenen Verarbeitungs- und Entscheidungsprozess wichtig, ihn ernst zu nehmen und zu thematisieren (vgl. Lenz et al. 2010: 18, Lorenz 2012: 35, Pixa-Kettner/Bargfrede 2006: 77, Specht 2006b: 78f.). Verschiedene Untersuchungen zeigen, dass Schwangerschaften bei Frauen mit einer kognitiven Beeinträchtigung oft ungeplant sind (vgl. Kreis 2009: 21, Lenz et al. 2010: 172). Dies liegt einerseits an mangelhafter Aufklärung, kann aber andererseits auch damit zusammenhängen, dass die Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch nicht unterstützt wird und die Wünsche und Bedürfnisse von den Betroffenen deshalb heimlich durchgesetzt werden (vgl. Kreis 2009: 69, Lenz et al. 2010: 88, Pixa-Kettner/Bargfrede 2006: 76).

Um von einer uninformierten Entscheidung zu einer selbstbestimmten, kompetenten und verantwortungsbewussten Entscheidung zu gelangen, benötigt es Aufklärung und Informationsvermittlung (vgl. Kreis 2009: 54, Pixa-Kettner/Bargfrede 2006: 78, Wohlgensinger 2007: 107f.). Aufgrund der fehlenden Auseinandersetzung mit der Thematik und wenig Kontakt zu Familien und deren Kinder haben Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung im Erwachsenenalter oft wenige Kenntnisse darüber, wie das Leben mit einem Kind aussehen könnte. Dies führt zu einer unrealistischen und idealisierten Vorstellung von Familienleben (vgl. Kreis 2009: 43, Specht 2006b: 78f.). Eine kompetente und verantwortungsbewusste Entscheidung zu treffen bedeutet, sich den Konsequenzen dieser Entscheidung bewusst zu sein. Bezüglich Kinderwunsch heisst dies, sich mit den eigenen Wünschen und Zielen auseinanderzusetzen und eine Vorstellung davon zu erhalten, welche Verantwortung mit der Gründung einer Familie einhergeht und wie das Leben mit einem Kind sein könnte. Was Kinder für Bedürfnisse haben, wie eine Elternschaft das eigene Leben und die Partnerschaft beeinflusst, welche Formen der Unterstützung erforderlich wären sind Themen, welche angesprochen werden müssen (vgl. Kreis 2009: 42f., Lenz et al. 2010: 168, Specht 2006b: 79, Wohlgensinger 2008: 12). Eine vertiefte Auseinandersetzung ist auch dahingehend nötig, welche Motive hinter einem Kinderwunsch stehen und ob ein Kind die Erwartungen erfüllen kann (vgl. Lorenz 2012: 35, Wallner-Rübeling 2006: 118).

4.2.2 *Kinderwunschmotive*

Pixa-Kettner und Bargfrede (2006: 74) fassen mit Bezug auf Gross (1999) die gängigsten Kinderwunschmotivationen wie folgt zusammen:

- Der Kinderwunsch als Wunsch nach Zuwendung
- Der Kinderwunsch als Ausdruck von Konformität

- Der Wunsch nach Lebensbereicherung
- Der Wunsch nach einer vollständigen Familie
- Ein Kind, um gebraucht zu werden
- Ein Kind, um die geschlechtliche Potenz zu beweisen
- Ein Kind, um sich von den Eltern zu emanzipieren
- Der Kinderwunsch als Flucht

Diese Motive spielen auch bei Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung eine Rolle. Pixa-Kettner und Bargfrede ergänzen als weiteres Kinderwunschmotiv bei Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung den Ausdruck von Erwachsensein und Normalität (vgl. ebd.: 74). Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die emotionalen Aspekte bei einem Kinderwunsch überwiegen und Kinder hauptsächlich Bedürfnisse und Wünsche von Eltern erfüllen sollen (vgl. Gloger-Tippelt et al. 1993 in Pixa-Kettner/Bargfrede 2006: 75).

Deshalb geht es bei der Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch auch darum, hintergründige Bedürfnisse zu erkennen (vgl. Kreis 2009: 47, Wohlgensinger 2008: 13). Möglicherweise ist nicht in erster Linie das Bedürfnis ausschlaggebend, ein Kind zu haben, sondern beispielsweise der Wunsch nach mehr Verantwortung, die Hoffnung, mit einem Kind in eine eigene Wohnung ziehen zu können oder das Anliegen, als erwachsener Mensch anerkannt zu werden. Dann stellt sich die Frage, ob der Kinderwunsch im Interesse des Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung liegt oder ob andere Perspektiven erarbeitet werden können, um auf die vorhandenen Wünsche und Bedürfnisse einzugehen (vgl. Kreis 2009: 47, Wallner-Rübeling 2006: 118). Dieses Hinterfragen bedeutet nicht, dass egoistische Motive grundsätzlich als Argumente gegen eine Elternschaft verwendet werden sollen. Auch bei Menschen ohne Beeinträchtigung spielen eigene Zwecke bei den Kinderwunschmotiven eine grosse Rolle (vgl. Pixa-Kettner/Bargfrede 2006: 75, Specht 2006b: 79).

Da das familiäre Umfeld einer Elternschaft wie erwähnt oft kritisch gegenübersteht und es an Informationen und Aufklärung fehlt, steht im Besonderen das professionelle Helfersystem in der Pflicht, den Prozess der Auseinandersetzung mit einem Kinderwunsch unter Einbezug des privaten Umfelds zu fördern und zu begleiten (vgl. Lenz et al. 2010: 15, MOBILE o.J.: 6, Wohlgensinger 2013: 4). Im Artikel 4 der Behindertenrechtskonvention wird als allgemeine Verpflichtung formuliert, dass Fachkräfte und weitere Mitarbeitende, die mit Menschen mit einer Beeinträchtigung arbeiten, entsprechend geschult werden. Dadurch sollen die in der Konvention anerkannten Rechte gefördert und das Angebot von Hilfen und weiteren Dienstleistungen zu deren Ausübung geleistet werden können (vgl. Art. 4 Abs. 1 lit. i BRK).

Im nächsten Abschnitt folgt eine Methoden- und Materialsammlung, um eine Vorstellung zu vermitteln, wie diese Auseinandersetzung aussehen könnte und was dabei zu beachten ist.

4.2.3 Methoden- und Materialsammlung

Die Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch kann durch Gespräche angeregt werden. Da das Thema Kinderwunsch sehr komplex ist und Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung in ihren kommunikativen Fähigkeiten oft eingeschränkt sind, ist eine klare Strukturierung der Gespräche sinnvoll (vgl. Lenz et al. 2010: 168, Pixa-Kettner/Bargfrede 2006: 77f.). Zudem ist auf eine einfache Sprache zu achten, damit das Besprochene verstanden wird (vgl. Lorenz 2012: 48, Specht 2006b: 79). Um eine Überforderung durch zu viele Themen in einem Gespräch zu vermeiden, braucht es unter Umständen mehrere Gesprächstermine (vgl. Lenz et al. 2010: 169, Specht 2006b: 79). In den Gesprächen soll es neben Wissens- und Informationsvermittlung darum gehen, durch offene Fragen eine differenzierte Wahrnehmung der eigenen Wünsche und Vorstellungen und das Finden von eigenen Antworten zu fördern (vgl. Pixa-Kettner/Bargfrede 2006: 78). Eine mögliche Strukturierungshilfe mit offenen Fragen bieten Lenz et al. (2010: 169) unter Bezugnahme auf die Arbeiterwohlfahrt Bundesverband (2006):

- Haben Sie schon anderen von Ihrem Wunsch nach Kindern erzählt? Wie war die Reaktion? Wie ging es Ihnen damit?
- Wer sollte darüber informiert werden?
- Was wird Ihre Familie/Ihr soziales Umfeld dazu sagen?
- Was für Gefühle und Erwartungen verbinden Sie mit der Elternschaft? Warum möchten Sie ein Kind?
- Was bedeutet es für Sie, ein Kind zu haben?
- Was ändert sich, wenn Sie ein Kind haben? Bleiben Sie in Ihrer jetzigen Wohnung oder ziehen Sie um?
- Möchten Sie arbeiten? Oder möchten Sie viel Zeit für Ihr Kind haben? Ab welchem Alter des Kindes möchten Sie (wieder) arbeiten?
- Was ist mit Ihrem Partner/Ihrer Partnerin? Lebt er/sie mit Ihnen zusammen? Wollen Sie zusammen ziehen?
- Haben Sie Kontakt zu Kindern?
- Kennen Sie jemanden mit einem eigenen Kind?
- Gibt es noch andere Wünsche, die Sie verwirklichen wollen?

Ergänzend zu Gesprächen können Arbeitshilfen in einfacher Sprache, verdeutlicht durch Bilder und Piktogramme, eingesetzt werden. Dadurch können die Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch, das Erkennen der Verantwortung und der Aufgaben, welche eine

Elternschaft beinhaltet und die Vermittlung von Informationen über Schwangerschaft und Geburt gefördert werden (vgl. Pixa-Kettner/Bargfrede 2006: 79f.).

Neben Einzel- sind auch Gruppengespräche möglich. Diese fördern den Austausch mit Menschen in einer ähnlichen Situation. Der Kontakt zu Gleichgesinnten kann Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung ermutigen, ihre Vorstellungen, Bedürfnisse und Probleme darzustellen, darüber zu diskutieren und so einen eigenen Standpunkt zu erarbeiten (vgl. ebd.: 83).

Um Gespräche in Gruppen zu strukturieren, vielfältige Diskussionen anzuregen und eine realistische Auseinandersetzung mit den Anforderungen an eine Elternschaft zu ermöglichen, hat Pixa-Kettner mit einer Arbeitsgruppe ein „Kinderwunschspiel“ entwickelt (Pixa-Kettner 2006c: o.S., siehe Anhang). Dazu wurden einfach formulierte Aussagen zum Thema Elternsein zusammengestellt und durch Piktogramme und Bilder veranschaulicht. Positive, negative wie auch neutrale Aussagen zum Leben als Eltern vermeiden eine einseitige Beeinflussung. Die im Kapitel 4.2.2 erwähnten Kinderwunschmotive werden, wie die folgenden Beispiele zeigen, einbezogen (vgl. Pixa-Kettner/Bargfrede 2006: 83f.):

<i>„Wenn ich ein Kind habe, bekomme ich mehr Aufmerksamkeit von anderen.“</i>	Wunsch nach Zuwendung
<i>„Wenn ich ein Kind habe, bin ich weniger behindert.“</i>	Ausdruck von Konformität/ Normalität
<i>„Kinder können ihren Eltern bei vielen Sachen helfen.“</i>	Wunsch nach Lebensbereicherung
<i>„Erst wenn wir ein Kind haben, sind wir eine richtige Familie.“</i>	Wunsch nach vollständiger Familie
<i>„Wenn ich ein Kind habe, werde ich gebraucht.“</i>	Gebraucht werden
<i>„Erst wenn ich ein Kind habe, bin ich eine richtige Frau oder ein richtiger Mann.“</i>	geschlechtliche Potenz beweisen
<i>„Erst wenn ich ein Kind habe, bin ich richtig erwachsen.“</i>	Emanzipation von den Eltern
<i>„Wenn man ein Kind hat, braucht man nicht mehr zur Arbeit zu gehen.“</i>	Flucht

(ebd.: 84)

Die Aussagen lassen grösstenteils kein eindeutiges Richtig oder Falsch zu, sondern bieten Raum für eine subjektive Bewertung. In einer ersten Runde werden die Karten reihum vorgelesen oder die Person lässt vorlesen. Von der jeweiligen Person wird entschieden, ob sie der Aussage zustimmt, nicht zustimmt oder unschlüssig ist. Nach dieser ersten Sortierung werden die drei Kartenstapel nochmals durchgegangen, so dass alle Beteiligten die Möglichkeit haben, über die Aussagen zu diskutieren und zu reflektieren (vgl. ebd.: 84f.).

Erfahrungen mit dem Spiel zeigen, dass es bei den Beteiligten grossen Anklang findet und durch die Strukturierung tiefgründige Diskussionen entstehen (vgl. ebd.: 85).

Neben Gesprächen und Diskussionen kann es für Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung hilfreich sein, praktische Erfahrungen zu sammeln, um das Leben mit einem Kind möglichst realistisch einschätzen zu können. Eine Möglichkeit, das Elternsein erfahrbar zu machen, sind Babysimulatoren. Solche Puppen werden auf dem Tagesablauf von Säuglingen basierend programmiert. Sie simulieren das Verhalten von echten Säuglingen, geben beispielsweise an, wenn sie Hunger haben oder müssen gewickelt werden. Sie reagieren mit Zufriedenheit auf eine gute oder mit Schreien auf eine fehlende Versorgung oder unangemessene Behandlung (vgl. Orthmann Bless 2013a: 3). Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung übernehmen für eine festgelegte Zeitspanne von zwei Tagen bis zu einer Woche mit oder ohne Unterstützung die Verantwortung für den Babysimulator (vgl. ebd.: 3, Pixa-Kettner/Bargfrede 2006: 82). Alle Pflegehandlungen werden von einem Computer detailliert aufgezeichnet, so dass in Besprechungssequenzen Situationen von adäquater Versorgung wie auch Versorgungslücken und spezielle Probleme reflektiert werden können (vgl. Orthmann Bless 2013a: 3). Die Erfahrung mit einem Babysimulator kann aufzeigen, welche Bedürfnisse ein Kind hat und welche Anforderungen an Eltern gestellt werden. Das Bewusstsein hinsichtlich eigener Kompetenzen wie auch Einschränkungen und Hilfebedarf kann so gefördert werden (vgl. ebd.: 2). Es kann erlebt werden, wie ein Kind das Leben verändert und welchen Aufwand die Versorgung eines Kindes bedeutet (vgl. Pixa-Kettner/Bargfrede 2006: 82). Der Einsatz von Babysimulatoren hat allerdings auch Grenzen, welche transparent gemacht werden müssen. So ist der Einblick beschränkt, weil der Babysimulator sich nicht weiter entwickelt. Die verschiedenen Entwicklungsphasen, die ein Kind durchläuft und die sich dadurch rasch verändernden Anforderungen an Eltern können nicht erlebt werden. Es ist mit dem Babysimulator auch nicht möglich, die emotionale Beziehung zwischen Eltern und Kind nachzuvollziehen. Das belohnende Verhalten des Säuglings wie ein Lächeln oder der erste Blickkontakt, welches viel Anstrengung wett macht, kann nicht nachgespielt werden (vgl. Orthmann Bless 2013a: 4, Pixa-Kettner/Bargfrede 2006: 82).

Echte Kontakte zu und Erfahrungen mit Kindern können durch die Vermittlung von Praktika in Kindergärten oder Kindertageseinrichtungen, Patenschaften in Schulklassen oder Hospitationen in Familien unterstützt werden. So kann ein Einblick gewonnen werden, wie der Alltag mit einem Kind aussehen könnte (vgl. Kreis 2009: 48, Sparenberg 2001: 122).

Bei allen Unterstützungsangeboten zur Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch steht die Ergebnisoffenheit im Zentrum. Es geht weder darum, Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung eine Elternschaft auszureden noch darum, sie zu einer Schwangerschaft

zu überreden. Vielmehr soll die Entscheidungskompetenz durch eine vertiefte Auseinandersetzung gefördert werden, so dass Raum für eine selbstbestimmte und verantwortungsbewusste Entscheidung gegeben werden kann (vgl. Specht 2006b: 79f.).

5. Schlussfolgerungen

In den nachfolgenden Schlussfolgerungen werden die wichtigsten Erkenntnisse aus dem Hauptteil der vorliegenden Bachelor Thesis zusammengefasst und diskutiert. Dabei wird auf die anfangs aufgeworfene Fragestellung eingegangen. Es werden eigene Denkansätze formuliert und im Sinn eines Ausblickes Aufgaben und Forderungen auf gesellschaftlicher, institutioneller und professioneller Ebene aufgezeigt.

Eine Elternschaft von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung war in der Schweiz noch bis vor wenigen Jahren nicht denkbar. Die gängigen Lösungen waren Sterilisation und Abtreibung, im Fall einer Geburt die Fremdplatzierung des Kindes oder eine Freigabe zur Adoption. In den letzten Jahren hat eine Öffnung gegenüber der Thematik stattgefunden. Die Elternschaft von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung ist trotzdem keine Selbstverständlichkeit. Rechtlich gesehen ist eine Elternschaft möglich. In der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderung wird gefordert, dass die Elternschaft von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung als Option anerkannt und entsprechend auf allen Ebenen unterstützt wird. Dennoch existieren nach wie vor viele Barrieren, welche eine Teilhabe an diesem Lebensbereich für Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung erschweren oder verunmöglichen.

Das Konzept der Funktionalen Gesundheit betrachtet den Menschen als bio-psycho-soziales Wesen. Bei der Bewertung einer Lebenssituation werden beeinträchtigende und förderliche Umweltfaktoren mit einbezogen, da diese Einfluss auf die Teilhabe an normalisierten Lebensbereichen haben. Bei der einstellungsbezogenen Umwelt ist die positive Haltung gegenüber einer Elternschaft von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung unabdingbar, damit überhaupt auf die Thematik eingegangen wird. Die soziale Umwelt hat einen entscheidenden Einfluss darauf, ob offen mit einem Kinderwunsch umgegangen und die Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch zugelassen wird. Konstante soziale Unterstützungsleistungen sind entscheidende Faktoren für eine gelingende Elternschaft. Durch die materielle Umwelt müssen die notwendigen Ressourcen für die Umsetzung der erforderlichen Unterstützungsleistungen zur Verfügung gestellt werden.

Das Thema Elternschaft fängt bereits bei Auseinandersetzung mit einem Kinderwunsch an. Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung verfügen oft nicht über genügend Ressourcen, um sich ein reflektiertes und realistisches Bild eines möglichen Familienlebens zu machen. Um eine eigene, selbstbestimmte, differenzierte und verantwortungsbewusste Entscheidung zu ermöglichen, ist begleitende Unterstützung notwendig. Strukturierte Einzel- und Gruppengespräche und sinnesspezifische Erlebnisse sind für die adäquate Auseinandersetzung zentral. Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung sind somit auf

ein soziales Umfeld, das die Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch unterstützt, angewiesen.

Aus der obigen Zusammenfassung ergeben sich auf verschiedenen Ebenen Aufgaben und Forderungen.

Auf gesellschaftlicher Ebene sind die Sensibilisierung für die Thematik und der Abbau von Tabus durch breite Öffentlichkeitsarbeit notwendig. Neben Informationsvermittlung sind in Zeiten von Sparmassnahmen nachvollziehbare, wissenschaftlich fundierte Argumentationen für eine erfolgreiche Lobbyarbeit auf politischer Ebene unumgänglich. Durch die gezielte Platzierung und Durchsetzung von Forderungen soll die Finanzierung von Unterstützungsleistungen gesichert und ein förderlicher Rahmen für die Umsetzung der nötigen Massnahmen geschaffen werden.

Es liegt in der Verantwortung der einzelnen Institutionen der Behindertenhilfe, sich mit dem Thema Elternschaft von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung auseinanderzusetzen. Überlegungen und Haltungen zum Thema Kinderwunsch und Elternschaft sollen in sexualpädagogischen Konzepten formuliert sein. Die bestehenden Angebote müssen ergänzt oder neue Angebote geschaffen werden, um den Anforderungen zu genügen. Eine allgemein gültige Lösung ist dabei nicht möglich. Vielmehr sind individuelle und flexible Konzepte für Unterstützungsformen, die regional organisiert sind, erforderlich. Es muss jedoch nicht alles neu erfunden werden. Damit von bereits gemachten, in der Praxis bewährten Erfahrungen profitiert werden kann, sollen Grundsatzdiskussionen von den Erkenntnissen und Auswertungen bestehender Angebote ausgehen.

Für im Behindertenbereich tätige Fachpersonen sollte die Auseinandersetzung mit bestehenden Wert- und Normvorstellungen und das Entwickeln einer reflektierten Haltung gegenüber der Elternschaft von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung eine Selbstverständlichkeit sein. Damit der nötige Informationsstand und das Problembewusstsein gegeben sind, muss die Thematik bereits in der Grundausbildung sozialer Berufe aufgegriffen werden. Da eine Vertiefung angesichts der vielfältigen sozialarbeiterischen Felder nicht möglich ist, sind spezifische Weiterbildungsangebote nötig.

Das Thema Elternschaft von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung ist äusserst komplex und betrifft neben den Direktbetroffenen und ihrem Umfeld verschiedene Professionen. Damit dem Unterstützungsbedarf von Eltern und Kindern optimal entsprochen wird, muss im Einzelfall das gesamte Hilfesystem erfasst werden. Um die verschiedenen Rollen und Aufgaben zuzuordnen, sind die Verantwortlichkeiten wie auch die Übernahme einer guten, umfassenden Koordination zu klären. Da das Casemanagement ein Instrument

der Sozialen Arbeit ist, fallen die Koordinationsaufgaben oft Mitarbeitenden dieser Profession zu.

Im Gesamtkontext bietet die Koordination aller Aktivitäten im Rahmen der Elternschaft von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung die Chance, das Thema übergreifend und koordiniert zu behandeln und aufzuarbeiten. Dazu gehören Lobbyarbeit, Öffentlichkeitsarbeit, Initiierung von Forschung, Verbindung von Wissenschaft und Praxis, Bedarfsabklärungen und Informationsvermittlung.

Die Koordinationsaufgaben sind Sache von Netzwerkstellen. In der Schweiz übernimmt das Netzwerk Elternschaft von insieme diese Aufgaben. Um die Weiterführung der Arbeit zu gewährleisten, ist die Unterstützung und Förderung solcher Stellen notwendig.

Bezüglich der Elternschaft von Menschen mit kognitiver Beeinträchtigung ist in der Schweiz eine positive Entwicklung zu beobachten. Das Inkrafttreten der Behindertenrechtskonvention bedingt die weitere Auseinandersetzung mit der Thematik. Um den Forderungen der Konvention entsprechen zu können, muss anhand einer Ist-Analyse der weitere Handlungsbedarf evaluiert werden. Die bereits laufenden Forschungstätigkeiten bilden den Anfang dieses Prozesses. Für die Soziale Arbeit werden sich im Verlauf der Entwicklung weitere Herausforderungen ergeben, denen sie sich zu stellen hat.

6. Quellenverzeichnis

- Achilles, Ilse (2010). „Was macht ihr Sohn denn da?“ Geistige Behinderung und Sexualität. 5. Aufl. München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. (Hg.) (2007). Liebe(r) selbstbestimmt. Ein Buch über Liebe, Sexualität und Kinderkriegen für Menschen mit Behinderung. URL: http://bvkm.net/maenner_frauen/materialien_liebe_r_selbstbestimmt.pdf [Zugriffsdatum: 8. November 2013].
- Bargfrede, Stefanie (2006a). Begleitete Elternschaft: Neues aus Wissenschaft, Forschung und Praxis. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe (Hg.). Unterstützte Elternschaft: Eltern mit geistiger Behinderung (er)leben Familie. Rechtliche Grundlagen. Hilfeplanung und ihre Umsetzung. Fachliche Standards. Zusammenarbeit in der Praxis. Marburg: Lebenshilfe-Verlag. S. 135-144.
- Bargfrede, Stefanie (2006b). Die Bundesarbeitsgemeinschaft „Begleitete Elternschaft“. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe (Hg.). Unterstützte Elternschaft: Eltern mit geistiger Behinderung (er)leben Familie. Rechtliche Grundlagen. Hilfeplanung und ihre Umsetzung. Fachliche Standards. Zusammenarbeit in der Praxis. Marburg: Lebenshilfe-Verlag. S. 147-153.
- Bargfrede, Stefanie (2006c). Informationen und Anregungen zum Umgang mit Menschen mit Behinderung. Begleitete Elternschaft. In: Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. (Hg.). Liebe(r) selbstbestimmt. Praxisleitfaden für die psychosoziale Beratung und sexualpädagogische Arbeit für Menschen mit Behinderung. Bonn: AWO. S. 81-92.
- Bargfrede, Stefanie (2006d). Unterstützungsmöglichkeiten für Eltern mit geistiger Behinderung in Deutschland. In: Pixa-Kettner, Ursula (Hg.). Tabu oder Normalität? Eltern mit geistiger Behinderung und ihre Kinder. Heidelberg: Universitätsverlag Winter Heidelberg GmbH – Edition S. S. 283-299.
- BROCKHAUS (Hg.) (2001a). DIE ENZYKLOPÄDIE IN 24 BÄNDEN. 6. Band: DUD-EV. 20. Aufl. Leipzig: F.A. Brockhaus GmbH.
- BROCKHAUS (Hg.) (2001b). DIE ENZYKLOPÄDIE IN 24 BÄNDEN. 8. Band: FRIT-GOTI. 20. Aufl. Leipzig: F.A. Brockhaus GmbH.
- BROCKHAUS (Hg.) (2001c). DIE ENZYKLOPÄDIE IN 24 BÄNDEN. 12. Band: KIR-LAGH. 20. Aufl. Leipzig: F.A. Brockhaus GmbH.
- BROCKHAUS/WAHRIG (1981). Deutsches Wörterbuch in sechs Bänden. 2. Band. BU-FZ. Wiesbaden/Stuttgart: F.A. Brockhaus und Deutsche Verlags-Anstalt GmbH.
- Bundesamt für Sozialversicherung (Hg.) (2005). Gewalt gegen Kinder. Konzept für eine umfassende Prävention. Familie & Gesellschaft. Sonderreihe des Bulletins Familienfragen. Bern: BBL, Verkauf Bundespublikationen.
- Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV). Stand am 3. März 2013. URL: <http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19995395/201303030000/101.pdf> [Zugriffsdatum: 30. Mai 2014].
- Comparta (o.J.). Funktionale Gesundheit. URL: <http://www.comparta.ch/page/de/funktionale-gesundheit> [Zugriffsdatum: 20. März 2014].

- Dorsch (2009). Psychologisches Wörterbuch. 15. Aufl. Bern: Verlag Hans Huber.
- DUDEN (2002). Das Bedeutungswörterbuch. 3. Aufl. Mannheim: Bibliographisches Institut & F.A. Brockhaus AG.
- Egli, Jakob (2003). Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung unter dem Aspekt der Normalisierung. Fachtagung „Elternschaft von Menschen mit einer geistigen Behinderung“. 27. September 2003. Institut für Sonderpädagogik der Universität Zürich. URL: <http://jakobegli.ch/wp-content/uploads/2010/02/Elternschaft-von-Menschen-mit-geistiger-Behinderung-unter-dem-Aspekt-der-Normalisierung-2003.pdf> [Zugriffsdatum: 18. November 2013].
- Frey, Urs (2007). Elternschaft – eine grosse Herausforderung. Insieme Schwerpunkt. URL: http://insieme.ch/wp-content/uploads/2010/03/d_sp_07_1.pdf [Zugriffsdatum: 14. April 2014].
- Göbel, Susanne/Gross, Petra/Kühnel, Anita (2006). MENSCH ZUERST – NETZWERK PEOPLE FIRST E.V. In: Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. (Hg.). Liebe(r) selbstbestimmt. Praxisleitfaden für die psychosoziale Beratung und sexualpädagogische Arbeit für Menschen mit Behinderung. Bonn: AWO. S. 27-36.
- Hochschule Luzern (2012). Fachtagung „Geistig behindert und trotzdem Eltern sein?“ 4. September 2012. URL: <http://www.hslu.ch/sozialarbeit/s-veranstaltungen/s-kongresse-archiv/s-fachtagung-elternschaft.htm> [Zugriffsdatum: 14. April 2014].
- Hoyningen-Süess, Ursula/Staudenmaier, Miriam (2004). Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung bedingt angemessene Unterstützungsangebote. In: Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik. 10. Jg. (2). S. 45-50.
- Insieme (o.J.). Lebensräume. Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung. URL: <http://insieme.ch/insieme/angebot/lebensraume/#Elternschaft> [Zugriffsdatum: 28. November 2013].
- INSOS Schweiz (Hg.) (2009). Das Konzept der Funktionalen Gesundheit. Grundlagen, Bedeutung und Einsatzmöglichkeiten am Beispiel der Behindertenhilfe. Bern/Lausanne: o.V.
- INSOS Schweiz (Hg.) (o.J.). URL: <http://www.insos.ch/assets/Downloads/Portraetbroschuere-INSOS.pdf> [Zugriffsdatum: 22. Februar 2014].
- Kinderschutz-Zentrum Berlin e.V. (Hg.) (2009). Kindeswohlgefährdung – erkennen und helfen. 10. Aufl. Berlin: Kinderschutz-Zentrum Berlin. URL: <http://www.kinderschutz-zentrum-berlin.de/download/Kindeswohlgefaehrdung.pdf> [Zugriffsdatum: 30. Mai 2014].
- Kreisz, Linda (2009). Wenn Mama und Papa anders sind. Sozialethische Betrachtung der Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung. Marburg: Tectum Verlag.
- Lenz, Albert/Riesberg, Ulla/Rothenberg, Birgit/Sprung, Christiane (2010). Familie leben trotz intellektueller Beeinträchtigung. Begleitete Elternschaft in der Praxis. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Lorenz, Gabriele (2012). Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung. Rechtliche Grundlagen und Unterstützungsmöglichkeiten. Hamburg: Diplomica Verlag.

- MOBILE – Selbstbestimmtes Leben Behinderter e.V. (o.J.). Begleitete Elternschaft in Dortmund. Arbeitshilfen. URL: http://www.mobile-dortmund.de/wp-content/uploads/2009/02/arbeitshilfen_begleitete_elternschaft.pdf [Zugriffsdatum: 18. November 2013].
- Onken, Ursula (2006). Sterilisation von Menschen mit geistiger Behinderung – Die Situation vor und nach der Einführung des Betreuungsrechtes 1992. In: Pixa-Kettner, Ursula (Hg.). Tabu oder Normalität? Eltern mit geistiger Behinderung und ihre Kinder. Heidelberg: Universitätsverlag Winter Heidelberg GmbH – Edition S. S.51-72.
- Orthmann Bless, Dagmar (2013a). Kinder kriegen – eine Lebensoption für mich? Ein „Schnupperpraktikum als Eltern“ hilft, Zukunftsvorstellungen realistischer zu sehen. URL: <http://insieme.ch/wp-content/uploads/2010/02/Schnupperpraktikum.pdf> [Zugriffsdatum: 28. November 2013].
- Orthmann Bless, Dagmar (2013b). Wie häufig sind Schwangerschaften und Geburten bei Frauen mit geistiger Behinderung in der Schweiz? URL: http://insieme.ch/wp-content/uploads/2010/02/1_Zur-H%C3%A4ufigkeit-von-Elternschaft-bei-ID-in-der-Schweiz.-Orthmann-Bless-2013.pdf [Zugriffsdatum: 8. November 2013].
- Orthmann Bless, Dagmar (2013c). Zur Häufigkeit von Schwangerschaften und Geburten bei Frauen mit geistiger Behinderung. In: Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbarsgebiete. 82. Jg. (1). S. 22-34.
- Pixa-Kettner, Ursula (2006a). Einleitung. In: Pixa-Kettner, Ursula (Hg.). Tabu oder Normalität? Eltern mit geistiger Behinderung und ihre Kinder. Heidelberg: Universitätsverlag Winter Heidelberg GmbH – Edition S. S. 9-17.
- Pixa-Kettner, Ursula (2006b). Elterliche Kompetenzen und ihre Erfassung bei Eltern mit geistiger Behinderung. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe (Hg.). Unterstützte Elternschaft: Eltern mit geistiger Behinderung (er)leben Familie. Rechtliche Grundlagen. Hilfeplanung und ihre Umsetzung. Fachliche Standards. Zusammenarbeit in der Praxis. Marburg: Lebenshilfe-Verlag. S. 85-97.
- Pixa-Kettner (2006c). Kinderwunschspiel. In: Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. (Hg.). Liebe(r) selbstbestimmt. Praxisleitfaden für die psychosoziale Beratung und sexualpädagogische Arbeit für Menschen mit Behinderung. Bonn: AWO. o.S.
- Pixa-Kettner, Ursula (2007). Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung, Ergebnisse einer empirischen Nachfolgestudie und mögliche Schlussfolgerungen. Vortrag Kassel 12.10.2007. Fachtag „Dann waren sie sauer auf mich...“. URL: <http://www.awo-potsdam.de/cms/showfile.php?act=download&datei=../data/pdf/Elternschaften%20von%20Menschen%20mit%20geistiger%20Behinderung.pdf> [Zugriffsdatum: 8. November 2013].
- Pixa-Kettner, Ursula/Bargfrede, Stefanie (2006). Kinderwunsch von Menschen mit geistiger Behinderung. In: Pixa-Kettner, Ursula (Hg.). Tabu oder Normalität? Eltern mit geistiger Behinderung und ihre Kinder. Heidelberg: Universitätsverlag Winter Heidelberg GmbH – Edition S. S. 73-85.
- Pixa-Kettner, Ursula/Sauer, Bernhard (2006). Elterliche Kompetenzen und die Feststellung von Unterstützungsbedürfnissen in Familien mit geistig behinderten Eltern. In: Pixa-Kettner, Ursula (Hg.). Tabu oder Normalität? Eltern mit geistiger Behinderung und ihre Kinder. Heidelberg: Universitätsverlag Winter Heidelberg GmbH – Edition S. S. 219-247.

- Pixa-Kettner, Ursula/Rischer, Christiane (2013). Elternschaft von Menschen mit Behinderung - Entdiskriminierung und Ermutigung. In: Clausen, Jens/Herrath, Frank (Hg.). Sexualität leben ohne Behinderung. Das Menschenrecht auf sexuelle Selbstbestimmung. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer. S. 251-272.
- Prangenberg, Magnus (2006). Zur Geschichte der internationalen Fachdiskussion über Elternschaft von Menschen mit einer geistigen Behinderung. In: Pixa-Kettner, Ursula (Hg.). Tabu oder Normalität? Eltern mit geistiger Behinderung und ihre Kinder. Heidelberg: Universitätsverlag Winter Heidelberg GmbH – Edition S. S. 25-45.
- Pro Infirmis (o.J.). Urteilsfähigkeit und Handlungsfähigkeit. URL: <http://www.proinfirmis.ch/de/subseiten/behindert-was-tun/inhaltsverzeichnis/erwachsenenschutz/urteilsfaehigkeit-und-handlungsfaehigkeit.html> [Zugriffsdatum: 13. Juni 2014].
- Sanders, Dietke (2006a). Risiko- und Schutzfaktoren im Leben der Kinder von Eltern mit geistiger Behinderung. In: Pixa-Kettner, Ursula (Hg.). Tabu oder Normalität? Eltern mit geistiger Behinderung und ihre Kinder. Heidelberg: Universitätsverlag Winter Heidelberg GmbH – Edition S. S. 161-192.
- Sanders, Dietke (2006b). Risiko- und Schutzfaktoren im Leben von Kindern geistig behinderter Eltern und Perspektiven professioneller Unterstützung. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe (Hg.). Unterstützte Elternschaft: Eltern mit geistiger Behinderung (er)leben Familie. Rechtliche Grundlagen. Hilfeplanung und ihre Umsetzung. Fachliche Standards. Zusammenarbeit in der Praxis. Marburg: Lebenshilfe-Verlag. S. 75-83.
- Schneider, Petra (2006). „Bin ich auch froh, wenn ich so Hilfe habe.“ – Unterstützungsnetzwerke von Eltern mit Lernschwierigkeiten unter Einbezug der Sicht einer betroffenen Mutter. In: Pixa-Kettner, Ursula (Hg.). Tabu oder Normalität? Eltern mit geistiger Behinderung und ihre Kinder. Heidelberg: Universitätsverlag Winter Heidelberg GmbH – Edition S. S. 253-274.
- Schuntermann, Michael (2013). Einführung in die ICF. Grundkurs – Übungen – offene Fragen. 4. Aufl. Heidelberg/München/Landsberg/Frechen/Hamburg: Hüthig Jehle Rehm GmbH.
- Schweizerischer Nationalfonds/Universität Freiburg (o.J.). Der Schweizerische Nationalfonds (SNF) fördert ein Forschungsprojekt zur Entwicklung von Kindern intellektuell beeinträchtigter Eltern. URL: <http://insieme.ch/wp-content/uploads/2010/02/Nationalfondprojekt.pdf> [Zugriffsdatum: 14. April 2014].
- Schweizerisches Zivilgesetzbuch (ZGB). Stand am 1. Juli 2013. URL: <http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19070042/201307010000/210.pdf> [Zugriffsdatum: 13. Juni 2014].
- Sparenberg, Silke (2001). Geistige Behinderung und elterliche Kompetenzen. Eine Einzelfallstudie aus ökologischer Sicht. In: Geistige Behinderung. Fachzeitschrift der Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung. 40. Jg. (2). S. 111-124.
- Specht, Ralf (2006a). Einführung – die Zielgruppe Menschen mit Behinderung für Beratungsstellen. Sexualität, Partnerschaft und Elternschaft. In: Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. (Hg.). Liebe(r) selbstbestimmt. Praxisleitfaden für die psychosoziale Beratung und sexualpädagogische Arbeit für Menschen mit Behinderung. Bonn: AWO. S. 15-20.

- Specht, Ralf (2006b). Kinderwunsch und Elternschaft. Menschen mit Behinderung und Kinderwunsch. In: Arbeiterwohlfahrt Bundesverband e.V. (Hg.). Liebe(r) selbstbestimmt. Praxisleitfaden für die psychosoziale Beratung und sexualpädagogische Arbeit für Menschen mit Behinderung. Bonn: AWO. S. 78-81.
- SRF (2013a). Club. Behindert und verliebt. 16. Oktober 2013. URL: <http://www.srf.ch/sendungen/club/behindert-und-verliebt> [Zugriffsdatum: 14. April 2014].
- SRF (2013b). Doppelpunkt. Geistig behindert und trotzdem Eltern sein. 15. Januar 2013. URL: <http://www.srf.ch/sendungen/doppelpunkt/geistig-behindert-und-trotzdem-eltern-sein> [Zugriffsdatum: 14. April 2014].
- Staudenmaier, Miriam (2006). „Wir hinken immer einen Schritt hintennach...“ – Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung in der deutschsprachigen Schweiz und in Deutschland im Vergleich. In: Pixa-Kettner, Ursula (Hg.). Tabu oder Normalität? Eltern mit geistiger Behinderung und ihre Kinder. Heidelberg: Universitätsverlag Winter Heidelberg GmbH – Edition S. S. 305-318.
- Streit, Tim/Wagner-Stolp, Wilfried (2006). Vorwort. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe (Hg.). Unterstützte Elternschaft: Eltern mit geistiger Behinderung (er)leben Familie. Rechtliche Grundlagen. Hilfeplanung und ihre Umsetzung. Fachliche Standards. Zusammenarbeit in der Praxis. Marburg: Lebenshilfe-Verlag. S. 4-5.
- Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderung (BRK). URL: http://www.admin.ch/ch/d/gg/pc/documents/1897/d_Vorlage_k.pdf [Zugriffsdatum: 8. November 2013].
- Wallner-Rübeling, Petra (2006). Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung. Arbeitsweise des Jugend- und Sozialamtes Frankfurt am Main. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe (Hg.). Unterstützte Elternschaft: Eltern mit geistiger Behinderung (er)leben Familie. Rechtliche Grundlagen. Hilfeplanung und ihre Umsetzung. Fachliche Standards. Zusammenarbeit in der Praxis. Marburg: Lebenshilfe-Verlag. S. 99-134.
- WHO/DIMDI (2011). Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision – German Modification – Version 2010. Band 1 – Systematisches Verzeichnis. Bern: Verlag Hans Huber.
- Wohlgensinger, Corinne (2007). Unerhörter Kinderwunsch. Die Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung: Eine Betrachtung aus sonderpädagogisch-ethischer Perspektive. Luzern: Edition SZH/CSPS.
- Wohlgensinger, Corinne (2008). „...also da hab' ich noch gar nicht darüber nachgedacht...“ Der Umgang mit dem Kinderwunsch von Menschen mit geistiger Behinderung. In: Schweizerische Zeitschrift für Heilpädagogik. 14. Jg. (3). S. 8-14.
- Wohlgensinger, Corinne (2013). Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung – ein Menschenrecht?! URL: http://insieme.ch/wp-content/uploads/2010/02/2_Elternschaft-von-Menschen-mit-geistiger-Behinderung.pdf [Zugriffsdatum: 1. November 2013].

Anhang

Kinderwunschspiel (Pixa-Kettner 2006c: o.S.)

Wenn ich ein Kind habe,
habe ich immer
jemanden zum Schmusen.



Wenn ich ein Kind habe,
bin ich etwas Besonderes.



Wenn ich ein Kind habe,
fühle ich mich nie mehr einsam.



Wenn ich ein Kind habe,
ist mir nie langweilig.



Wenn ich ein Kind habe,
kann ich abends nicht ausgehen.



Wenn ich ein Kind habe,
kann ich mir selber
nichts mehr leisten!



Wenn ich ein Kind habe,
darf ich nicht rauchen.



Wenn ich ein Kind habe,
habe ich keine Zeit mehr
für etwas anderes.



Eine Mutter ist immer geduldig.



Kinder machen immer Unordnung.



Kinder kosten viel Geld.



Kinder sind sehr anstrengend.



Kinder können ihren Eltern bei vielen Sachen helfen.



Mit Kindern hat man viel Spaß.



Wenn man ein Kind hat, streitet man sich mehr.



Wenn man ein Kind hat, braucht man nicht mehr zur Arbeit gehen.



Wenn man ein Kind hat, bekommt man eine eigene Wohnung.



Wenn ich ein Kind habe, bleiben wir für immer zusammen.



Wenn ich ein Kind habe,
muss ich ernst genommen werden.



Wenn ich ein Kind habe,
sagen mir viele Leute, was ich tun
und lassen soll.



Erst wenn ich ein Kind habe,
bin ich richtig erwachsen.



Wenn ich ein Kind habe,
bin ich weniger behindert.



Wenn ich ein Kind habe,
muss ich lesen können.



Wenn ich ein Kind habe,
brauche ich Hilfe.



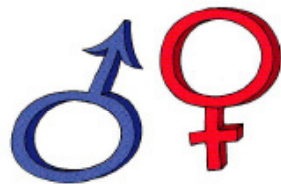
Ein Kind kann ich nur haben,
wenn ich richtig Geld verdiene.



Ich will ein Kind,
weil es normal ist, Kinder zu haben.



Erst wenn ich ein Kind habe,
bin ich eine richtige Frau oder
ein richtiger Mann.



Ich will ein Kind,
weil ich Schwangerschaft
und Geburt erleben will.



Wenn ich ein Kind habe,
werde ich gebraucht.



Kinder machen viel Arbeit.



Wenn ich ein Kind habe,
bin ich für einen
anderen Menschen verantwortlich.



Erst wenn wir ein Kind haben,
sind wir eine richtige Familie.



Erst wenn wir ein Kind haben,
sind wir richtig
Mann und Frau.



Wenn wir ein Kind haben,
haben wir eine
gemeinsame Aufgabe.



Wenn ich ein Kind habe,
bekomme ich mehr
Aufmerksamkeit von anderen.



Wenn wir ein Kind haben,
kümmert sich der andere
mehr um das Kind als um mich.



Bachelor Thesis

Erklärung der Studierenden zur Bachelor Thesis

Name, Vorname:

Schafroth Rebekka

Titel/Untertitel Bachelor Thesis:

Elternschaft von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung.
Professionelle Unterstützungsleistungen für Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung, die eine kompetente Entscheidung bezüglich Kinderwunsch fördern und Umweltfaktoren im Sinne des Konzepts der Funktionalen Gesundheit, die dabei berücksichtigt werden müssen.

Begleitung Bachelor Thesis:

Lic. phil. Gerber Andrea

Ich erkläre hiermit ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelor Thesis selbstständig, ohne unerlaubte Hilfe und nur unter Benutzung der angegebenen Quellen, Hilfsmittel und Hilfeleistungen verfasst und sämtliche Zitate kenntlich gemacht habe. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form, auch nicht in Teilen, keiner anderen Prüfungsinstanz vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Datum: 26. Juni 2014 Unterschrift: 