Fachhochschule Nordwestschweiz
Hochschule für Soziale Arbeit

Menschen mit kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen und Kinderwunsch

Ein Wegweiser für die ergebnisoffene professionelle Unterstützung einer gelingenden Auseinandersetzung

Maja Egger

eingereicht bei: Prof. Dr. Daniel Oberholzer

Bachelor Thesis an der Hochschule für Soziale Arbeit, Fachhochschule Nordwestschweiz, Olten
eingereicht im September 2013 zum Erwerb des Bachelor of Arts in Sozialer Arbeit

Abstract

Die vorliegende Bachelorarbeit ist Menschen mit kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen und ihrem Kinderwunsch gewidmet. Im Zentrum stehen die Fragen, wie betreffende Personen in einer gelingenden Auseinandersetzung mit ihrem Kinderwunsch professionell unterstützt werden können, und was für Fakten auch zur potentiellen Folge der Elternschaft sowie welche menschenrechtlichen und ethischen Gesichtspunkte dabei die Grundlage bilden.

Der Kinderwunsch von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen unterscheidet sich kaum. Trotzdem erfahren Erstere in der Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch oftmals Behinderung durch ihr Umfeld, wozu unhaltbare Vorurteile zur möglichen Folge der Elternschaft mit beitragen. Entsprechend werden Professionelle in der Behindertenrechtskonvention zu einer anderen Art der Begegnung aufgefordert. Es ist wichtig, Personen mit Beeinträchtigungen auf dem ergebnisoffenen Weg hin zu einer selbstbestimmten Entscheidung für oder gegen eine Elternschaft zu begleiten. Denn mit einem Kinderwunsch sind immer auch die Interessen verschiedener Parteien angesprochen. Zudem wirkt sich eine gelingende Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch unabhängig von dessen Realisierung entwicklungsförderlich aus. Hierfür gilt es, die Motive hinter einem Kinderwunsch aufzudecken. Weiter sollen Menschen mit Beeinträchtigungen die elterliche Realität erfahren können und nach einer autonomen Entscheidung ist ihnen Unterstützung für die (werdende) Elternschaft oder die Trauer um den Kinderwunsch anzubieten. Darüber hinaus ergeben sich (An-)Forderungen und Aufgaben auf Ebene der Professionellen, Institutionen und Gesellschaft.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung 4

1.1 Persönliche Motivation und Themenhinführung 4

1.2 Relevanz für die Soziale Arbeit 5

1.3 Entwicklung und Stand des wissenschaftlichen Diskurses 6

1.4 Eingrenzung des Erkenntnisinteresses 9

1.4.1 Form der Beeinträchtigungen 9

1.4.2 Thematisch und tiefenbezogen 10

1.4.3 Fragestellungen und ihre Begründung (Ziele) 11

1.4.4 Methodisch 12

1.5 Begriffsbestimmung 13

1.5.1 Behinderung und Behindertenhilfe 13

1.5.2 (Kognitive) Entwicklungsbeeinträchtigungen 14

1.5.3 Verwendung 15

2 Fakten vs. Vorurteile zum Kinderwunsch und zur Elternschaft als Grundlage für eine professionelle Unterstützung 17

2.1 Kinderwunsch und Kinderwunschmotivationen 17

2.1.1 Hinderliche Umgangsweisen 19

2.2 Elternschaft 20

2.2.1 Mythen und ihre Widerlegung 20

2.2.2 Weitere Zahlen und Fakten 24

2.3 Folgerungen im Hinblick auf eine gelingende Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch und entsprechend professionelle Unterstützung 32

3 Betrachtung aus menschenrechtlicher und ethischer Perspektive 34

3.1 Behindertenrechtskonvention (BRK) 35

3.1.1 Kritische Diskussion der Reichweite 36

3.1.2 Inhaltliche Diskussion 37

3.2 Selbstbestimmung und verschiedenseitige Interessen 38

3.2.1 Paternalismus 39

3.2.2 Interessen und ihre Gewichtung 39

4 Professionelle Unterstützung einer gelingenden Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch 42

4.1 Gespräche 44

4.1.1 Gesprächshilfen 46

4.2 Elternsein erfahrbar machen 49

4.3 Entscheidung über den Kinderwunsch und Anschlussbegleitung 51

4.4 Weitere (An)Forderungen an und Aufgaben für die Profession(ellen) 52

5 Schlussfolgerungen 57

5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse 57

5.2 Kritische Würdigung und weiterführende Gedanken 61

Literatur- und Quellenverzeichnis 68

Abbildungsverzeichnis 78

1 Einleitung

Zunächst führt die Verfasserin anhand eigener Praxisbeispiele zum Thema Kinderwunsch und Elternschaft von Menschen mit kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen hin und legt ihre mit der vorliegenden Bachelorthesis verbundene Absicht dar. Anschliessend werden die Bedeutung der Thematik für die Soziale Arbeit sowie die Entwicklung und der Stand der Forschung aufgezeigt. Daraufhin findet eine Eingrenzung des Erkenntnisinteresses statt, ehe zum Abschluss des Einleitungskapitels zentrale Begrifflichkeiten und ihre Verwendung im Fokus stehen.

1.1 Persönliche Motivation und Themenhinführung

Verschiedene eigene Praxiserfahrungen in der Behindertenhilfe lenkten die Aufmerksamkeit der Verfasserin auf das Thema Kinderwunsch und Elternschaft von Menschen mit kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen[1]. So erkundigte sich ein Elternpaar nach der Möglichkeit einer Sterilisation ihres bald volljährigen Sohnes mit Behinderungen – aus deren persönlichem Antrieb wohlbemerkt. In einer anderen Institution, die Wohn- und Arbeitsplätze anbot, wurde eine junge Frau schwanger. Die Nachricht hatte Sensationscharakter und liess Diskretion gerade unter Fachkräften vermissen. Ausserdem musste die werdende Mutter die Institution wechseln. Das Interesse an der Thematik bereits geweckt, nahm die Verfasserin schliesslich im Herbst 2012 an einer Fachtagung an der Hochschule Luzern teil. Dabei liess sie insbesondere der Praxisbericht einer Gynäkologin aufhorchen: Die Ärztin erzählte von einer 27-jährigen Frau mit Behinderungen, deren Angehörige die Schwangerschaft als Erstes bemerkten – in der 27. Woche. Letztere konnten sich die Schwangerschaft zunächst nicht erklären, hatten sie doch „alles unter Kontrolle" geglaubt. Als einzige plausible Erklärung erschien ihnen schliesslich eine Gewaltanwendung gegenüber der betreffenden Frau während eines Ferienangebotes. Sie forderten einen Abbruch, was letztlich von der Ethikkommission des zuständigen Spitals nicht nur angesichts des fortgeschrittenen Stadiums der Schwangerschaft abgelehnt wurde.

Der Blick in die Fachliteratur zeigt rasch, dass die genannten Beispiele keine Ausnahmen darstellen, sondern in Zusammenhang mit dem Kinderwunsch und der Elternschaft von Menschen mit Behinderungen repräsentativ sind: Sowohl seitens Angehöriger als auch Fachpersonen bestehen zahlreiche Vorurteile, Ängste und Unsicherheiten, die immer wieder zu rechtlich sowie ethisch fragwürdigen – wenn nicht unzulässigen – Verhaltensweisen und Handlungen verleiten. Gesamthaft lässt sich festhalten: Auch 2013 „(wird) behinderten Men-

[1] Im Folgenden wird die Kurzform „Menschen mit Beeinträchtigungen" bzw. kontextabhängig „Menschen mit Behinderungen" verwendet. Sofern kein anderer expliziter Hinweis besteht oder es einer besonderen Betonung bedarf (z.B. aus Gründen der Wissenschaftlichkeit in den Fragestellungen), sind damit stets Personen mit spezifisch kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen (evtl. und mit Behinderungen) gemeint. Die Begriffsverwendung wird in Kapitel 1.5.3 näher Thema sein.

schen die Teilhabe gemäß der UN-Behindertenrechtskonvention an dem Bereich der Elternschaft noch immer vorenthalten oder zumindest erschwert (...)" (Pixa-Kettner/Rischer 2013: 252). Dabei fängt die Diskriminierung bereits beim Kinderwunsch an. Während Lebensperspektiven mit Personen ohne Behinderungen schon in der Kindheit diskutiert werden und die Familiengründung eine wichtige Möglichkeit bildet, wird das Thema gegenüber Kindern mit Behinderungen vermieden oder von vornherein negiert – Erfahrungen, die sich durch deren Jugend bis ins Erwachsenenalter ziehen (vgl. Pixa-Kettner 2010: 6). Als Folge der fehlenden Verarbeitungsgelegenheit kann ein Kinderwunsch z.B. bei Schwangerschaft einer Fachkraft oder Verwandten plötzlich aufbrechen und zu einer Krise führen (vgl. Bargfrede/Pixa-Kettner 2001: 279). Kommt es dagegen doch zu einer Schwangerschaft von Menschen mit Behinderungen, ist die Überraschung vielfach gross und der Zeitpunkt der Entdeckung spät (vgl. Lenz/Riesberg/Rothenberg/Sprung 2010: 35, 37). Letzteres bringt insbesondere für das ungeborene Kind gesundheitliche Risiken mit sich und steht u.a. auch einer umfassenden Vorbereitung auf die Elternrolle ebenso wie der vorausschauenden Konzeption einer adäquaten Unterstützung für die Zeit nach der Geburt entgegen (vgl. ebd.: 73, 175, 177).
Mit der vorliegenden Arbeit beabsichtigt die Verfasserin auf Barrieren aufmerksam zu machen, die nicht zuletzt in den Einstellungen der (Fach-)Personen im Umfeld von Menschen mit Behinderungen liegen. Noch mehr ist es ihr ein Anliegen, Wege zum Abbau von Hindernissen aufzuzeigen. Es soll deutlich werden, wie Menschen mit Behinderungen von Professionellen[2] unter der Zieldimension der gleichberechtigten Teilhabe an einer gelingenden Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch und ihrer möglichen Folge der Elternschaft unterstützt werden können.

1.2 Relevanz für die Soziale Arbeit

Die Auseinandersetzung mit der Option einer Familiengründung hat „Normalität" (vgl. Specht 2013: 180). So meint Walter (2005: 295) unter Bezugnahme auf Eriksons Lebenslauftheorie, dass in einer Phase der „Generativität" sämtliche Menschen – ob mit oder ohne Beeinträchtigung – „bis spätestens mit 35 Jahren (...) einen Kinderwunsch entwickelten in dem Sinne, daß sie ihre eigene Person und Endlichkeit in Raum und Zeit zu transzendieren suchten". Aus dieser Sicht sollte der Kinderwunsch in der Behindertenhilfe des Öfteren Thema sein. Davon abgesehen gehören die möglichen Folgen von Genitalsexualität ganz grundsätzlich mit zu einem Angebot der sexuellen Bildung, das sich als emanzipatorisch versteht und u.a. auf selbstständiges Entscheiden und Handeln im Bereich der Sexualität ausgerichtet ist (vgl. Hoyler-Herrmann 2005: 198, 203). In der Realität allerdings wird der Kinderwunsch von Personen mit Behinderungen im Rahmen von Gesprächen sowie Veranstaltungen rund um Lie-

[2] Ähnlich wie bei Oberholzer (2009: 74) sind damit vor allem fachlich qualifizierte Sozialarbeitende der Behindertenhilfe gemeint bzw. angesprochen.

be und Sexualität vielfach gemieden (vgl. Pixa-Kettner/Bargfrede 2008: 76, 79). Dies steht im Widerspruch zur Aufgabe der Sozialen Arbeit, Menschen in ihrer Entwicklung zu unterstützen. Denn unabhängig von der späteren (Nicht-)Erfüllung wirkt sich eine gelingende Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch entwicklungsförderlich aus[3]. Für einen angemessenen Verarbeitungs- und Entscheidungsprozess bedarf es jedoch Gelegenheiten (vgl. Pixa-Kettner/Bargfrede 2008: 77). Entsprechend haben Fachkräfte einen jeden Kinderwunsch als Bedürfnis nach Veränderung und Neuorientierung ernst zu nehmen und bei Bedarf dabei zu helfen, andere Lebensperspektiven zu erarbeiten (vgl. Pixa-Kettner 2010: 8).

Nicht weniger für den Fall einer Elternschaft ist die (präventive) Beschäftigung von Professionellen mit der Thematik wichtig. Denn durch die bislang kleine Anzahl Eltern mit Beeinträchtigungen verfügen Fachpersonen kaum über eigene praktische Erfahrung. Demzufolge gewinnen wissenschaftliche Erkenntnisse an Relevanz, um (Handlungs-)Sicherheit zu erlangen und der Autonomie von Menschen mit Beeinträchtigungen Rechnung zu tragen. Nebst einem (theoretischen) Wissenserwerb ist auch der Aufbau einer prinzipiell positiven Haltung relevant (vgl. AWO Bundesverband e.V. 2006: 80, Orthmann Bless 2013b: 3, 6). Gerade Letzterer erscheint inskünftig noch drängender, wird doch im Rahmen von Inklusion, Normalisierung und Autonomie erwartet, dass der Kinderwunsch und die Elternschaft nunmehr verstärkt in die Lebensentwürfe von Menschen mit Beeinträchtigungen Eingang finden (vgl. Pixa-Kettner/Rischer 2013: 262f.).

1.3 Entwicklung und Stand des wissenschaftlichen Diskurses

Auf den ersten Blick handelt es sich bei der Elternschaft[4] von Menschen mit Beeinträchtigungen um ein noch junges Forschungsgebiet. Bei näherer Betrachtung wird jedoch deutlich, dass die Forschungsgeschichte erstaunlich weit zurückreicht. So existieren Quellen, die bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts entstanden und Hinweise auf Eltern mit Beeinträchtigungen und ihre Kinder geben. Obschon diese Quellen nicht als Fachliteratur zum Thema ausgewiesen wurden, helfen sie, die Gewichtung gewisser Aspekte bis in aktuelle Diskussion nachzuvollziehen. Zu ersten expliziten Studien kam es dann ab den 1940er-Jahren (vgl. Prangenberg 2008: 25f.). Aber auch für sie gilt: Ihre Qualität war in vielerlei Hinsicht mangelhaft. Sie entsprangen zumeist einer negativen Grundhaltung und zielten in ihren Anlagen darauf ab, den Nachweis einer scheiternden Lebensperspektive für Menschen mit Behinde-

[3] Darin liegt der Grund, weshalb in der vorliegenden Arbeit synonym von „gelingender" bzw. „kompetenter" oder eben „entwicklungsförderlicher" bzw. „konstruktiver" Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch die Rede ist.

[4] Im Rahmen der Entwicklung und dem Stand der Forschung wird in der Fachliteratur der Kinderwunsch von Menschen mit Beeinträchtigungen nicht explizit erwähnt (vgl. z.B. Pixa-Kettner 2013, Prangenberg 2008). Er scheint jedoch mit gemeint zu sein, da sich insbesondere Fachbeiträge (inklusive Studien) unter (Mit-)Autorenschaft von Pixa-Kettner auch auf den Kinderwunsch beziehen (vgl. z.B. Pixa-Kettner 2010, Pixa-Kettner/Bargfrede 2008, Pixa-Kettner/Bargfrede/Blanken 1996). Allerdings stellte die Verfasserin bei der eigenen Literatur- und Quellensuche fest, dass der Kinderwunsch von Menschen mit Beeinträchtigungen im Vergleich zur (möglichen) Folge der Elternschaft in den Fachbeiträgen eher wenig Erwähnung findet. Dies schlägt sich auch im Umfang der späteren Teilkapitel zu den Fakten zum Kinderwunsch (2.1) und zur Elternschaft (2.2) nieder.

rungen zu erbringen. Entsprechend wurde auch kaum ein Sichtwechsel vorgenommen, d.h. die Erfahrungen und Einschätzungen der Betreffenden und ihrer Kinder interessierten nicht. Vielmehr gaben stets ökonomische Gesichtspunkte[5] den Ausschlag, was mit zu einer Mythenbildung beitrug. Gerade vier[6] besonders zentrale Vorurteile nahmen dabei ihren Anfang (vgl. ebd.: 25, 44f.). Obwohl sie schon in den 1990er-Jahren als widerlegt angesehen werden konnten, sind sie nach wie vor weit verbreitet (vgl. Pixa-Kettner 2010: 8) und stehen deshalb in Kapitel 2.2.1 der vorliegenden Arbeit im Zentrum.

Entgegen der früheren beiläufigen Erkenntnisgewinnung innerhalb von Untersuchungen mit anderen Zielrichtungen, kann international betrachtet ab den 1970er-Jahren von der Konstitution eines eigenständigen Forschungsbereiches die Rede sein. Vor allem während der Phase der Normalisierung und Deinstitutionalisierung der nachfolgenden Jahrzehnte hat sich das Thema der Elternschaft von Menschen mit Beeinträchtigungen schliesslich etabliert und wird bis heute verstärkt erörtert (vgl. Prangenberg 2008: 26f., 45). Zudem lässt sich eine Wandlung der zu Grunde liegenden Haltung erkennen (vgl. ebd.: 45), die Sanders (2007: 90) wie folgt beschreibt:

> Die defizitorientierte Sicht ihrer [von Menschen mit Behinderungen] elterlichen Fähigkeiten weicht allmählich einer systemischen Perspektive, die ‚erfolgreiche' Elternschaft nicht nur als Folge individueller (…) Kompetenzen, sondern als Ergebnis des Zusammenwirkens eines sozialen Netzes begreift. Anstelle der Auseinandersetzung, *ob* Menschen mit geistiger Behinderung (sic!) Kinder haben dürfen, stellt sich aktuell die Frage danach, *wie* in den längst existierenden Familien geistig behinderte (sic!) Eltern(teile) und ihre Kinder zusammenleben und *welche Unterstützung* [Hervorhebungen im Original] sie dabei benötigen bzw. als hilfreich erleben.

So ging es denn v.a. in den 1980er-Jahren auch vorwiegend darum, Unterstützungsmöglichkeiten bzw. Trainingsprogramme für Eltern mit Beeinträchtigungen zu entwickeln. Hiermit sollte der Mythos ausgeräumt werden, wonach die Betreffenden kein angemessenes elterliches Verhalten zeigen oder es sich nicht aneignen könnten (vgl. dazu Kap. 2.2.1). Später wurden Studien zu deren rechtlichen Lage, sozialen Netzwerke sowie zu den professionellen Hilfsangeboten durchgeführt (vgl. Pixa-Kettner/Rischer 2013: 255).

Obige Angaben insbesondere zum Entstehungszeitpunkt der „modernen" Forschung beziehen sich allerdings auf den englischsprachigen Raum. Die deutschsprachige Fachdiskussion begann dagegen erst Mitte der 1990er-Jahre (vgl. ebd.: 254f.), wobei das aus dieser Zeit

[5] Es wird kritisch darauf hingewiesen, dass ökonomische Gesichtspunkte ebenfalls in der heutigen Fachdiskussion teils eine bedeutende Rolle einnehmen (vgl. Prangenberg 2008: 45).

[6] Je nach Quelle ist auch von fünf Mythen die Rede (vgl. z.B. Pixa-Kettner 2010: 8). Es besteht allerdings inhaltlich kein Unterschied. Stattdessen findet lediglich eine Unterteilung des in späteren Arbeitsteilen ausführlicher dargelegten Klischees zu den elterlichen Kompetenzen in zwei Teilmythen statt (vgl. Prangenberg 2008: 26, 41). Im Übrigen gebraucht die Verfasserin in Anlehnung an Prangenberg (2008: 26) und Pixa-Kettner (2010: 8) die Begriffe „Mythen", „Vorurteile", „Klischees" und „Fehlannahmen" prinzipiell synonym. Spezifisch „Mythen" bezieht sich insbesondere auf die vier bzw. fünf gängigsten Klischees zur Elternschaft von Menschen mit Behinderungen.

stammende, von Pixa-Kettner geleitete Forschungsprojekt inklusive der Nachfolgeerhebung von 2005[7] nach wie vor als wegweisend angesehen wird (vgl. ebd., Staudenmaier 2008: 307). Mit beinahe 1000 zahlenmässig erfassten Elternschaften und rund 30 Interviews mit Menschen mit Beeinträchtigungen und ihren Kindern handelt es sich im deutschsprachigen Gebiet um die bislang grösste Studie, welche sich sowohl in quantitativer als auch qualitativer Hinsicht[8] der Lebenssituation der Genannten widmet (vgl. Pixa-Kettner/Rischer 2013: 254, Wohlgensinger 2008: 9).

Spezifisch auf die Schweiz bezogen schrieb Staudenmaier (2006: 307), dass in der Praxis wohl ein Interesse an der Thematik bestehe. Doch „von einer Fachdiskussion oder gar Forschung auf universitärer Ebene zur Thematik Elternschaft zu sprechen wäre übertrieben" (ebd.). So waren hierzulande bis 2006 nur wenige, namentlich angeführte Fachartikel veröffentlicht worden und fast keine Forschungsaktivitäten auszumachen (vgl. ebd.). Aufgrund der eigenen Literatur- und Quellenrecherche geht die Verfasserin davon aus, dass sich diesbezüglich in den vergangenen Jahren nicht sehr viel bewegt hat. Als erwähnenswert erachtet sie immerhin die Fachbeiträge von Wohlgensinger (vgl. Literatur- und Quellenverzeichnis). Insbesondere in ihrer Publikation von 2007 befasst sich die Sonderpädagogin ausführlich mit der ethischen Perspektive auf den Kinderwunsch und die Elternschaft von Menschen mit Beeinträchtigungen. Zu nennen ist ausserdem eine Untersuchung zu den Unterstützungsangeboten in Erziehungsfragen für Menschen mit leichten Beeinträchtigungen in den Kantonen Luzern, Nid- und Obwalden (vgl. Käch Studhalter/Köppel Hafen/Bühler 2008). Deren Ergebnisse finden ebenso wie die Hauptarbeit von Wohlgensinger auch im Ausland Beachtung (vgl. Lenz et al. 2010: 263, 270). Aktuell schliesslich erscheinen die in der Verantwortung von Orthmann Bless stehenden Forschungstätigkeiten und -berichte vielversprechend (vgl. Literatur- und Quellenverzeichnis). Zum einen wird dabei anhand einer Analyse der Medizinischen Statistik der Krankenhäuser u.a. die hiesige Häufigkeit von Schwangerschaften und Geburten bei Frauen mit Beeinträchtigungen betrachtet, die in Kapitel 2.2.2 ein Thema ist. Zum anderen befindet sich ein sexualpädagogisches Bildungsprogramm für junge Menschen mit Beeinträchtigungen in Entwicklung, das den Betreffenden die Auseinandersetzung mit der verantwortungsvollen Aufgabe der Elternschaft erleichtern soll (vgl. dazu Kap. 4.2). Über ein zusätzlich geplantes Projekt und den weiteren Forschungsbedarf informiert das Kapitel 4.4 der vorliegenden Thesis.

[7] Diese beiden Untersuchungen wurden bzw. werden in der vorliegenden Arbeit ebenfalls herangezogen und sind entsprechend im Literatur- und Quellenverzeichnis nachgewiesen (vgl. Pixa-Kettner 2007, Pixa-Kettner et al. 1996).

[8] Bei der Nachfolgeuntersuchung von 2005 fand allerdings nur noch eine quantitative Erhebung statt (vgl. Pixa-Kettner 2007: 309f., 320).

1.4 Eingrenzung des Erkenntnisinteresses

Die Eingrenzung des Erkenntnisinteresses im Rahmen dieser Arbeit wird unter folgenden Aspekten vorgenommen: der Form der Beeinträchtigungen, dem Thema und Grad der Vertiefung, der Wahl von Fragestellungen bzw. entsprechenden Zielen sowie der Methodik.

1.4.1 Form der Beeinträchtigungen

Eine erste Eingrenzung bezieht sich auf die Form der Beeinträchtigungen: Die vorliegende Arbeit handelt – mit wenigen, entsprechend gekennzeichneten Ausnahmen – von Menschen mit **kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen**[9]. Allerdings warnt Rohrmann (2009: 20) vor einer „isolierten Skandalisierung". Er bemängelt, dass „Inseln der Barrierefreiheit meist lediglich auf bestimmte Behinderung (sic!) bezogen (entstehen)" (ebd.: 21). Dabei ist gerade das Recht auf Kinderwunsch und Elternschaft keineswegs unbehindert, wovon Menschen mit unterschiedlichsten Beeinträchtigungsformen betroffen sind (vgl. Clausen/Herrath 2013: 13f.). So bestehen auch in Bezug auf Personen mit **körperlichen Beeinträchtigungen** und mit **Beeinträchtigungen von den Sinnen** gesellschaftliche Vorurteile. Beispielsweise wird den Genannten unterstellt, sie seien nicht in der Lage, die Verantwortung für ein Kind zu übernehmen, oder würden durch eine Elternschaft zusätzliche staatliche Kosten generieren (vgl. Hermes 2004: 32-34). Auch bauliche Barrieren fordern Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen und mit Beeinträchtigungen von den Sinnen durch die Bedürfnisse eines Kindes (z.B. nach einem Spielplatzbesuch) emotional und praktisch in verstärktem Masse heraus. Im Anspruch, die Elternrolle gut zu erfüllen, vergewissern sich die Betreffenden dementsprechend nicht selten vor der Verwirklichung eines Kinderwunsches der Unterstützung ihres sozialen Umfeldes (vgl. Pixa-Kettner/Rischer 2013: 258f.). Im Weiteren lassen qualitative Erhebungen darauf schliessen, dass ebenfalls Menschen mit **psychischen Beeinträchtigungen** Stigmatisierung in Zusammenhang mit Kinderwunsch und Elternschaft erfahren, sei es seitens privaten Umfelds oder Fachkräfte (vgl. Krumm 2013: 279). Es wird angemerkt: „Heutzutage gibt es keine Zwangssterilisationen mehr (…). Anstelle gewalttätiger Übergriffe in diesem Bereich ist die Strategie der Entmutigung getreten." (Sachse 2000, zit. nach Krumm 2013: 279) Damit ist das häufige Abraten von einer Schwangerschaft gemeint. Vorbehalte und Ablehnung in der Umgebung ebenso wie eigene Ängste, Scham und Schuldgefühle (die wiederum mit dem negativen gesellschaftlichen Bild von psychischen Störungen zusammenhängen) führen dazu, dass viele Personen mit psychischen Beeinträchtigungen über ihren Kinderwunsch entscheiden, ohne fachlich kompetente Begleitung in Anspruch zu nehmen. Bei Eintritt einer Schwangerschaft kommt es dann bisweilen u.a. zu

[9] Diese Wahl traf die Verfasserin vor allem wegen der eigenen Praxiserfahrungen und entsprechend gewecktem persönlichem bzw. fachlichem Interesse und Anliegen (vgl. Kap. 1.1). Allgemein scheinen Menschen mit kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen in Zusammenhang mit der Thematik gegenüber Personen mit körperlichen Beeinträchtigungen und mit Beeinträchtigungen von den Sinnen häufiger von restriktiven Massnahmen betroffen zu sein und solchen selber weniger entgegen halten zu können (vgl. Pixa-Kettner/Rischer 2013: 255).

unvernünftigen Reaktionen wie dem risikoreichen eigenmächtigen Absetzen von Medikamenten (vgl. Krekel 2004: 129, 142, Krumm 2013: 281).

Nicht weniger wird darauf hingewiesen, dass *die* kognitive, *die* körperliche oder *die* psychische Beeinträchtigung nicht existiert (vgl. Herrath 2009: 4). Die Künstlichkeit einer solchen Grenzziehung zeigt sich mitunter im Umstand, wonach sich bei Menschen mit kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen – wie bei allen anderen Leuten – psychische Störungen bemerkbar machen können (vgl. Lingg/Theunissen 2008: 24f.). Und ganz grundsätzlich gilt: Die Beeinträchtigungsformen differieren voneinander, genauso wie Unterschiede innerhalb einer „Kategorie" in Bezug auf die Schwere bestehen. Ausserdem variieren Beeinträchtigungen von individueller Biografie zu individueller Biografie und schliesslich binnen einer Individualgeschichte (vgl. Herrath 2009: 4). Dass es letztlich „nur immer konkrete Menschengeschichten (gibt)" (ebd.), möchte die Verfasserin betonen. Gleichwohl hält sie vorliegend eine (leider) schematisierende Eingrenzung auf Menschen mit kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen für notwendig, was seine Begründung u.a. in den Umfangvorgaben dieser Arbeit hat. Denn gerade hinsichtlich der hier interessierenden professionellen Begleitung bezüglich Kinderwunsch auch im Hinblick auf eine mögliche Elternschaft (vgl. dazu Kap. 1.4.2) dürften sich *tendenziell* andere Themenschwerpunkte ergeben, etwa bei Personen mit körperlichen Beeinträchtigungen vermehrt Fragen rund um Mobilität und entsprechende Hilfsmittel (vgl. Pixa-Kettner/Rischer 2013: 259). Im Bewusstsein um die zahlreichen Unterschiedlichkeiten sowie Überlappungen hat Unterstützung jedoch stets differenziert und der Individualität der jeweiligen Nutzerinnen und Nutzer angemessen zu erfolgen – sofern überhaupt ein Hilfsbedarf besteht, der im Übrigen auch bei Menschen ohne Beeinträchtigungen vorhanden sein kann (vgl. Herrath 2009: 1).

1.4.2 Thematisch und tiefenbezogen

Aus Eigeninteresse der Verfasserin als angehende Sozialarbeitende richtet sich der Fokus der vorliegenden Arbeit auf die professionelle Unterstützung von Menschen mit Beeinträchtigungen in der Auseinandersetzung mit ihrem Kinderwunsch – gleichwohl in der Absicht, sich selbst als Fachkraft letztlich möglichst „überflüssig" zu machen. Da fachlich qualifizierte Begleitung entsprechend ergebnisoffen zu sein und – fern jeglicher Manipulation – auf eine selbstbestimmte Entscheidung von Menschen mit Beeinträchtigungen über den Kinderwunsch hinzuarbeiten hat (vgl. Lenz et al. 2010: 169), lässt sie sich jedoch nicht losgelöst von der potentiellen Folge der Elternschaft betrachten. So hängt die Begegnungsweise von Fachkräften gegenüber dem Kinderwunsch von Menschen mit Beeinträchtigungen in hohem Masse mit Wissen (bzw. Unwissen) über dessen mögliche Konsequenz zusammen (vgl. dazu Kap. 2). Als weiteres Beispiel sind auch Veränderungen in Bezug auf die Unterstützung bestehender Elternschaften von Menschen mit Behinderungen nötig, um die Auseinander-

setzung mit dem Kinderwunsch zu ent-hindern (vgl. dazu Kap. 4). Hinsichtlich des konkreten methodischen Vorgehens von Professionellen macht eine Beschränkung auf den Kinderwunsch allerdings Sinn. Unterstützungsangebote im Falle einer Elternschaft werden demgegenüber nur knapp (und nicht mit detaillierter Methodik) dargestellt, insofern gewisse entsprechende Basiskenntnisse zu einer kompetenten den Kinderwunsch betreffenden Begleitung gehören.

Mehr als thematisch findet deshalb eine Eingrenzung bezüglich des Vertiefungsgrades statt. Die Verfasserin beabsichtigt nicht, einzelne Aspekte erschöpfend zu behandeln. Stattdessen soll ein erster Überblick[10] davon vermittelt werden, was eine professionelle Unterstützung von Menschen mit Beeinträchtigungen in der Auseinandersetzung mit ihrem Kinderwunsch umfasst, und es werden der Leserschaft Anregungen für eine eigenständige vertiefende Beschäftigung mit der Thematik gegeben.

1.4.3 Fragestellungen und ihre Begründung (Ziele)

Die **Hauptfragestellung** lautet folgendermassen:

> Wie können Menschen mit kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen in einer gelingenden Auseinandersetzung mit ihrem Kinderwunsch professionell unterstützt werden und was für Fakten auch zur potentiellen Folge der Elternschaft sowie welche menschenrechtlichen und ethischen Gesichtspunkte bilden dabei die Grundlage?

Sie lässt sich anhand **dreier Unterfragestellungen** beantworten, wobei mit den ersten beiden zunächst die Grundlagen der fachlich qualifizierten Begleitung erörtert werden:

> Auf was für Fakten zum Kinderwunsch von Menschen mit kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen und dessen möglicher Konsequenz der Elternschaft stützt eine professionelle Begleitung, die sich von verbreiteten gesellschaftlichen Fehlannahmen und damit verbundenen hinderlichen Umgangsweisen distanziert? Welche Folgerungen lassen sich entsprechend im Hinblick auf eine gelingende Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch und die professionelle Unterstützung ableiten?

Hiermit sollen im Hauptteil der vorliegenden Arbeit als Erstes verbreitete Vorurteile zum Kinderwunsch von Menschen mit Behinderungen und damit einhergehende hinderliche Umgangsweisen ins Bewusstsein gelangen. Letztere hängen nicht zuletzt mit den vier gängigen Mythen zur (möglichen) Folge der Elternschaft zusammen, welche im Rahmen des Kapitels zur Forschung bereits angedeutet wurden und nach wie vor die Vorstellungen zahlreicher Personen z.B. in Hochschulen oder Sozialdiensten prägen (vgl. Pixa-Kettner 2010: 8). Unbedingt gilt, sie durch Fakten zu ersetzen (vgl. Prangenberg 2008: 45), und sich der Bedeutung einer kompetenten Auseinandersetzung von Menschen mit Beeinträchtigungen mit ih-

[10] Dabei stützt sich die Verfasserin auf eine Arbeitshilfe von Kruse, der 14 Vorschläge für die Eingrenzung im Rahmen von wissenschaftlichen Beiträgen macht. Einer davon liegt in dem gewählten Geben eines Überblickes und dem entsprechenden Verzicht auf die detaillierte Behandlung eines Themas (vgl. Kruse 1997: 200-202).

rem Kinderwunsch sowie entsprechender Professionalität bei der Unterstützung zu vergewissern.

Zur Darlegung weiterer wesentlicher Grundlagen der fachlich qualifizierten Begleitung steht im mittleren Kapitel des Hauptteils folgende zweite Unterfrage im Zentrum:

> Welche menschenrechtlichen und ethischen Aspekte gilt es in Zusammenhang mit dem Kinderwunsch von Menschen mit kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen zu berücksichtigen?

Für die Soziale Arbeit und deren Ethikkodex bilden die Menschenrechte einen wichtigen Bezugspunkt. Profession(alität) heisst entsprechend eine verbindliche Befolgung, auch weil in den Menschenrechten eine relevante Legitimationsquelle für die Realisierung von individuellen Rechtsansprüchen ebenso wie für kollektive (sozial)politische Forderungen gesehen wird (vgl. Staub-Bernasconi 2009: 11-13). Daher soll vorliegend der expliziteste Artikel der Behindertenrechtskonvention zum Kinderwunsch und der Elternschaft von Menschen mit Behinderungen bekannt gemacht werden. In dessen inhaltlicher Diskussion zeichnet sich mitunter eine ethische Perspektive auf die Thematik ab, welche im Anschluss näher interessiert. Die Befassung mit ethischen Grundlagen und ein entsprechendes Bewusstsein für das ethische Spannungsfeld können – wie die allgemeine Beschäftigung mit Menschenrechten sowie Erkenntnissen und Fakten – mit zu einer informierten Haltung und nachvollziehbar begründeten Forderungen an den Staat, die Politik und Gesellschaft beitragen (vgl. Wohlgensinger 2008: 13f.).

Die eingangs aufgeworfene Teil-Hauptfrage nach dem „Wie" der professionellen Hilfe wird mit der letzten Unterfragestellung ausdifferenziert und zu Ende des Hauptteils abgehandelt:

> Wie können Menschen mit kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen konkret unterstützt werden, damit sie zu einer kompetenten Entscheidung über ihren Kinderwunsch gelangen, und was für weitere (An)Forderungen sowie Aufgaben ergeben sich für die Profession(ellen)?

Dahinter liegt die Absicht, mit der Vorstellung von Unterstützungsangeboten und Materialien konkrete Anhaltspunkte für ein professionelles Vorgehen zu bieten. Ausserdem werden unter anderem Aktivitäten thematisiert, welche über die direkte Arbeit mit der Klientel hinausgehen und Veränderungen beispielsweise auf gesellschaftlicher Ebene vorantreiben sollen. Diese sind eine Voraussetzung zum Ziel der gleichberechtigten Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen an der gelingenden Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch und seiner potentiellen Folge der Elternschaft.

1.4.4 Methodisch

Aufgrund des aktuellen persönlichen Kompetenzstandes in Zusammenhang mit wissenschaftlichem Arbeiten grenzt die Verfasserin ihre Arbeit methodisch auf die Verarbeitung von

Fachliteratur (inklusive Studien) ein. Eine eigene quantitative und/oder qualitative Untersuchung führt sie hingegen nicht durch.

Wenn immer möglich werden Fachbeiträge aus der Schweiz herangezogen (insbesondere jene von Orthmann Bless, Staudenmaier und Wohlgensinger), um die hiesige (Unterstützungs-)Situation zu beschreiben. Da die Forschungslage hierzulande allerdings dürftig ist (vgl. Kap. 1.3), wird auch auf Fachliteratur aus dem weiteren deutschsprachigen Raum zurückgegriffen. Mangels Beiträge aus der Schweiz ergibt sich teils gar die Notwendigkeit, spezifisch die Lage in Deutschland zu beschreiben. Staudenmaier (2008: 317) sieht darin jedoch auch die Chance, von schon durchlaufenen Entwicklungen und Erfahrungen aus dem Nachbarsland profitieren zu können.

1.5 Begriffsbestimmung

Im Folgenden werden die Termini der Behinderung und Behindertenhilfe sowie der (kognitiven) Entwicklungsbeeinträchtigungen definiert und ihre Verwendung insbesondere in der vorliegenden Arbeit diskutiert.

1.5.1 Behinderung und Behindertenhilfe

Aus einer Vielzahl an verschiedenen Behinderungsbegriffen wird der vorliegenden Arbeit die Definition zugrunde gelegt, welche an der Fachhochschule Nordwestschweiz vermittelt wird und auf die Klassifikation der Weltgesundheits-Organisation (WHO) stützt. Gemäss dieser beschreibt der Terminus **Behinderung** insbesondere die reduzierten Partizipationsmöglichkeiten einer Person. Dabei ist das Verständnis von Behinderung nicht länger ein statisches. So erklärt Oberholzer (2005a: 26) auch unter Bezugnahme auf Fischer weiter:

> Das Phänomen Behinderung (wird) multidimensional innerhalb bzw. als Ergebnis einer dynamischen Wechselwirkung zwischen den gesundheitlichen Problemen einer Person und umweltbezogenen Kontextfaktoren betrachtet. Der Begriff Behinderung wird also als Oberbegriff benutzt, um die jeweils negativen Dimensionen möglicher Schädigungen, Störungen der Aktivität und Einschränkungen der Partizipation zu bezeichnen. Ein Mensch gilt demnach nicht einfach aufgrund spezifischer Schäden als behindert, sondern, und insbesondere auch dann, wenn ihm bestimmte Möglichkeiten und die Gelegenheit für eigentlich oder unter Umständen realisierbare Aktivitäten und Partizipationen von seinem sozialen Umfeld nicht ermöglicht und in seiner Umwelt nicht bereitgestellt werden. Der Begriff Behinderung verweist in Abgrenzung zum Begriff der Entwicklungsbeeinträchtigung also explizit auch auf gesellschaftliche Aspekte.

Mit dem Terminus der **Behindertenhilfe** wird das gesamte Feld professioneller Leistungen für Menschen mit Entwicklungsbeeinträchtigungen bezeichnet. Zwar kommt den darin tätigen Organisationen vorrangig die Funktion zu, Personen in ihrer Entwicklung zu helfen. Gleich-

wohl zeugt der Begriff der Behindertenhilfe von gewisser Richtigkeit, sind doch die betreffenden Organisationen zur Beseitigung von Behinderungen und Partizipationsbarrieren politisch tätig. Zudem ist der Terminus in Agogik sowie Politik verwurzelt und zu dessen Ablösung bedürfte es einer (noch nicht vorhandenen) äquivalenten, allgemein verständlichen Alternative (vgl. ebd.: 26f.).

1.5.2 (Kognitive) Entwicklungsbeeinträchtigungen

Der Terminus der **Entwicklungsbeeinträchtigung** steht für die somatisch, psychisch und/oder sozial bedingte Beeinträchtigung der Entwicklungsfähigkeit und -möglichkeiten einer Person. Er nimmt demzufolge Bezug auf die Begriffe der (beeinträchtigten) Aktivität und Partizipation gemäss der Klassifikation der WHO. Gegenüber dem Begriff „Mensch mit Behinderungen" soll damit eine ganzheitliche Perspektive auf den Menschen und seine Entwicklung verfolgt werden. Grundlage hierbei bildet die Erkenntnis, wonach sich jede Person bis zu ihrem Lebensende in der Interaktion mit sich selber sowie der Umwelt entwickelt. Entsprechend sind Entwicklungsmöglichkeiten und -verläufe nicht abschliessend prognostizierbar und die Kompetenzen sowie Fähigkeiten eines Menschen verändern sich lebenslang (vgl. Oberholzer 2005b: 48f.). In dieser Wissensbasis liegt auch der Grund, weshalb die Verfasserin für ihre Arbeit den Begriff der Entwicklungsbeeinträchtigungen wählt. Denn er erscheint ihr für die vorliegende Thematik zentral: So ist insbesondere nicht davon auszugehen, dass alle Menschen per se über die Kompetenz verfügen, eine informierte, selbstbestimmte Entscheidung über ihren Kinderwunsch zu treffen. Sie sind jedoch auch nicht generell unvermögend, sondern können sich die dazu benötigten Fähigkeiten möglicherweise und unter Umständen mit Hilfe aneignen (vgl. dazu Kap. 3.1.2).

Eine spezifisch **kognitive Entwicklungsbeeinträchtigung** betrifft die Entwicklung der Kognition. Letztere umfasst die menschlichen Funktionen rund um Wahrnehmung, Lernen, Erinnern und Denken, d.h. die Informations- und Erkenntnisverarbeitung (vgl. ENZYKLO o.J.). Bei einer kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigung besteht eine psycho-physische Hirnschädigung. Ausserdem spielen Umweltfaktoren eine Rolle. Analog zur obigen allgemeinen Definition von Entwicklungsbeeinträchtigungen wird die (weitere) Entwicklung eines Menschen folglich nicht nur von der biologisch-organischen Beeinträchtigung im Gehirn beeinflusst, sondern ebenfalls von personalen und externen (sozialen) Bedingungen (vgl. Speck 2007: 137).

Wenn zur Kognition zusätzliche bzw. wenn mehrere zentrale Entwicklungsdimensionen (z.B. Sprache, Bewegungsapparat) durch spezifische Schädigungen in ihrer Entwicklung gehemmt sind und daraus eine deutliche Verminderung des Entwicklungspotentials einer Person resultiert, ist von einer **schweren oder schwereren Entwicklungsbeeinträchtigung**

die Rede. Dasselbe gilt, falls eine bestimmte Beeinträchtigung (vorliegend der Kognition) die ganze Entwicklung eines Menschen stark beeinträchtigt (vgl. Oberholzer 2005b: 49).

1.5.3 Verwendung

Mit dem Begriff der kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen wendet sich die Verfasserin v.a. von jenem der geistigen Behinderung ab, welcher mit negativen Assoziationen und Stigmatisierung in Verbindung gebracht wird (vgl. Theunissen 2011: 11). Insbesondere deckt er sich nicht mit dem Selbstkonzept von Menschen, denen eine geistige Behinderung nachgesagt wird. Sie empfinden sich selbst nicht als geistig behindert (vgl. Hirschberg 2009: 277). Die Verfasserin gebraucht den von ihr favorisierten Terminus jedoch auch synonym zu Begriffen wie intellektueller Beeinträchtigung, Intellectual Disability, oder Lernschwierigkeiten, welche in den unterschiedlichen Quellen zur Anwendung gelangen. Es ist ihr bewusst, dass mit dem Zusammenzug verschiedener Termini eine begriffliche Unschärfe vorliegt. Allerdings entspricht dies der Tatsache, wonach allgemein keine einheitliche Deskription des hier interessierenden Personenkreises existiert. Nicht zuletzt die nur im deutschsprachigen Gebiet vorkommende, prinzipiell überholte Differenzierung zwischen geistiger Behinderung und Lernbehinderung[11] erschwert Verständigung und Vergleiche gerade im internationalen Kontext weiter. Auch deshalb erscheint es angezeigt, nach neuen Beschreibungen, Konzepten und Termini zu suchen, welche positives Denken und Tun anfachen – eine Forderung, die u.a. von Selbstvertretungsgruppen gestellt wird (vgl. Theunissen 2008: 127, ebd. 2011: 11). Dementsprechend beabsichtigt die Verfasserin, in der vorliegenden Arbeit hinsichtlich des Sprachgebrauchs zu sensibilisieren – wohl wissend, dass ein blosser „Etikettenwechsel" noch keine Exklusion von Personen beseitigen kann (vgl. Theunissen 2011: 46). Auf die Soziale Arbeit bezogen vermag somit Sprache alleine keine professionelle Haltung bzw. fachlich qualifiziertes Handeln auszumachen, doch sie ist Teil davon und bedarf daher einer umsichtigen, reflektierten Verwendung. Besonders in der Praxis sollte allerdings stets das Kriterium der Anschlussfähigkeit beachtet werden. Ebenfalls könnte sich der Verzicht auf den Begriff der geistigen Behinderung in Zusammenhang mit der Beanspruchung von Unterstützung und sozialen Leistungen nachteilig auswirken, solange nicht sämtliche involvierte Instanzen (z.B. Kostenträger, Politik) in ihrer Fachsprache mit zeitgemässen Entwicklungen

[11] Ähnlich wie eine geistige Behinderung wurde eine Lernbehinderung zunächst vor allem an einem Intelligenzdefizit festgemacht. Allerdings weisen als lernbehindert bezeichnete Personen teils eine durchschnittliche Intelligenz auf. Auch deswegen kam es zu einer Abkehr von der individuumsorientierten Sicht. Als hauptsächlicher Grund für eine Lernbehinderung wurde nunmehr soziale Benachteiligung gesehen, womit es sich in erster Linie um ein soziales – und nicht kognitives – „Problem" handelte. Heute wird die Perspektive der multifaktoriellen Bedingtheit bevorzugt. Das Zusammenspiel unterschiedlicher Variablen erscheint bedeutsam, wozu sowohl personale als auch sozialisatorische und lebensweltbezogene Faktoren zählen, inklusive schulische mittelschichtspezifische Erwartungsnormen. Letztere werden erwähnt, da der Begriff vor allem auf das differenzierte (separierende) Schulsystem im deutschsprachigen Raum zurückgeht und entsprechend vorwiegend im Kontext der Sonderschulung Anwendung findet. Er steht nicht zuletzt deshalb in der Kritik (vgl. Theunissen 2008: 127, 130-133).

mitziehen (vgl. Theunissen 2011: 45). So stützt gerade die Invalidenversicherung[12] nach wie vor auf einen „geistigen Gesundheitsschaden" (vgl. Bundesamt für Sozialversicherungen BSV 2013), der Menschen mit kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen miteinschliesst. Als weitere Einschränkung sei zu bedenken, dass „Begriffe wie geistige Behinderung soziale Zuschreibungen (Stigmata) aus einer Beobachterperspektive heraus (sind), weswegen es nie objektive Aussagen oder wertefreie (endgültige) Definitionen geben kann. Insofern wäre es korrekt, nicht von geistig behinderten Menschen oder Menschen mit geistiger Behinderung zu sprechen, sondern von Personen, die als geistig behindert bezeichnet werden." (Theunissen 2011: 32) Dasselbe liesse sich für den hier gewählten Terminus der kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen festhalten. Aus Umfanggründen verzichtet die Verfasserin jedoch auf derlei Umschreibungen. Denn letztlich wären solche Kategorisierungen (wie vorliegend mit dem Bezug auf Menschen mit kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen) vor dem Hintergrund einer gewandelten Auffassung von Behinderung, z.B. im Sinne (der genannten) der WHO, eigentlich sowieso hinfällig (vgl. Pixa-Kettner 2008: 14).

Ebenso der Länge bzw. der besseren Lesbarkeit halber wird im Rahmen dieser Arbeit die Kurzform **Menschen mit Beeinträchtigungen** verwendet (oder **Menschen mit Behinderungen**, wenn das Behindert-Werden besonders unterstrichen werden soll). Sofern nicht anders deklariert, sind damit jedoch stets Personen mit spezifisch kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen (evtl. und mit Behinderungen) gemeint. Ausserdem bezieht sich der Begriff auf Menschen mit *leichteren* Beeinträchtigungen. Die Absicht der Verfasserin hinter dieser weiteren Einteilung (!) besteht nicht darin, manchen Personen mehr Sexualität zuzugestehen als anderen, was einer paternalistischen Einstellung gleichkäme (vgl. Köbsell 2013: 126). Auch geht es ihr nicht darum, gegenüber dem Geschlechtsverkehr andere Facetten von Sexualität, wie Nähe und Zärtlichkeit, abzuwerten. Letztere sind auch für Menschen mit schweren Beeinträchtigungen sehr wohl von Bedeutung. Es scheint jedoch eine Tatsache zu sein, dass deren sexuellen Bedürfnisse selten den Geschlechtsakt betreffen (vgl. Wohlgensinger 2007: 54f., 127). Demzufolge kommt es kaum zu Schwangerschaften und Elternschaften, wovon zusätzlich ein nicht unbedeutender Teil auf sexuellen Missbrauch zurück geht (vgl. ebd.: 55, Orhmann Bless 2013b: 5). Ausserdem ist anzunehmen, dass Menschen mit schweren Beeinträchtigungen aufgrund ihrer weniger ausgeprägten kognitiven Kompetenzen (und dem erheblich reduzierten Entwicklungspotential) *eher* nicht in die Lage kommen, selbstbestimmt über einen Kinderwunsch zu entscheiden[13]. Diese Begründung fällt allerdings weniger ins Gewicht, werden doch auch unter den Menschen ohne Beeinträchtigungen nicht nur kompetente Leute Eltern (vgl. Wohlgensinger 2007: 108, 127).

[12] Bereits der Name der Versicherung mutet diskriminierend an, lässt sich „invalid" doch mit „ungültig" oder „unwertig" übersetzen.

[13] Welche (vor allem umweltbezogenen) Voraussetzungen es dazu weiter braucht, wird im nachfolgenden Hauptteil thematisiert.

2 Fakten vs. Vorurteile zum Kinderwunsch und zur Elternschaft als Grundlage für eine professionelle Unterstützung

Anfang Kapitel kommen der Kinderwunsch und entsprechende Motive in den Blick. Obschon kaum Unterschiede zu Personen ohne Beeinträchtigungen auszumachen sind, wird mit dem Kinderwunsch von Menschen mit Beeinträchtigungen oft – u.a. vorurteilsbedingt – in einer Weise verfahren, die eine entwicklungsförderliche Auseinandersetzung der Betreffenden behindert (vgl. Pixa-Kettner 2010: 6f.). Darauf soll im Anschluss eingegangen werden, ehe gängige Fehlannahmen zur Elternschaft von Menschen mit Behinderungen als mögliche Folge eines Kinderwunsches im Zentrum stehen. Diese lassen sich mittels Fakten entkräften bzw. widerlegen. Zum Ende des Kapitels gilt es, die Bedeutung einer gelingenden Auseinandersetzung von Menschen mit Beeinträchtigungen mit ihrem Kinderwunsch herauszuarbeiten, um die Erforderlichkeit einer professionellen Art der Begegnung zu untermauern.

2.1 Kinderwunsch und Kinderwunschmotivationen

Der Frage, weshalb Menschen sich Kinder wünschen (oder eben nicht), gehen verschiedene wissenschaftliche Disziplinen nach. Sie kommen dabei zu jeweils recht unterschiedlichen Antworten. Einigkeit besteht darin, dass der „bewusste" Kinderwunsch ein neueres geschichtliches Phänomen darstellt. Denn relativ verlässliche Entscheidungen über die eigene Fertilität wurden erst mit dem Aufkommen von Empfängnisverhütungsmitteln möglich (vgl. Pixa-Kettner/Bargfrede 2008: 73). In Bezug auf den Kinderwunsch von Menschen mit Beeinträchtigungen erscheint die hier dargestellte psychologische Sicht besonders aussagekräftig, weil damit mitunter die hohe „Normalität" der Motive im Vergleich mit Personen ohne Beeinträchtigungen aufgezeigt werden kann.

Psychologisch betrachtet lassen sich die Determinanten des Kinderwunsches auf mehreren Ebenen ausmachen: auf einer gesellschaftlichen Makro-, einer Meso- und Mikroebene. Erstere umfasst ökonomische und soziologische Variablen. Es geht z.B. um den Zusammenhang des Kinderwunsches mit Einkommen, Wohnverhältnissen und Bildung. Weiter spielen für das Zustandekommen des Kinderwunsches die Werte und Normen der jeweiligen Gesellschaft eine Rolle, so die Wertigkeit von Kindern oder Familientätigkeit. Partnerschafts- und familiale Faktoren charakterisieren schliesslich die Mesoebene und psychologisch-individuelle Variablen die Mikroebene, wobei bei beiden das realisierte generative Verhalten interessiert. Zudem sind hier rationale, ebenso wie nicht-rationale, emotionale Begründungen und Motive relevant. Unbewussten Motivationen wird u.a. in der Begleitung von Personen mit ungewollter Kinderlosigkeit viel Beachtung geschenkt (vgl. Pixa-Kettner/Bargfrede 2008: 73f.).

Resümierend kann der Kinderwunsch beschrieben werden als „Bündel von mehr oder minder bewußten Motiven zu Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft, die durch biologische

und intrapsychische Voraussetzungen der Person sowie durch Sozialisation und gesellschaftliche Normen bestimmt werden" (Gloger-Tippelt/Comille/Grimmig 1993: 53). In dieser Komplexität dürfte auch der Grund liegen, warum Fachleute den Kinderwunsch als immer bis zu einem gewissen Ausmass konflikthaft und ambivalent erachten – zeigen doch selten sämtliche Motive eines Bündels in die gleiche Richtung (vgl. Pixa-Kettner/Bargfrede 2008: 74).

Gross stiess in ihrer Literaturrecherche auf 17 Kinderwunschmotivationen. Dazu zählen der Wunsch nach Zuwendung wie auch jener nach einer vollständigen Familie, Bereicherung der Partnerschaft oder des Lebens insgesamt. Zudem spielt z.T. das Bedürfnis mit, gebraucht zu werden, ebenso wie die Hoffnung, sich durch ein Kind von den eigenen Eltern zu emanzipieren. Ausserdem kann der Kinderwunsch ein Ausdruck von Konformität sein (vgl. Gross 1999: 139ff.). Sämtliche Motive scheinen bei Menschen mit Beeinträchtigungen ebenfalls Einfluss zu haben (vgl. Pixa-Kettner/Bargfrede 2008: 74). Darüber hinaus führt Pixa-Kettner (1999: 64) den Wunsch nach Erwachsensein und nach Teilhabe an der gesellschaftlichen „Normalität" an, um auf die „besondere Situation" der Betreffenden hinzuweisen.

Insgesamt ist der Kinderwunsch sowohl von Menschen mit als auch ohne Beeinträchtigungen somit ein komplexes Konstrukt aus individuellen[14] und sozialen Faktoren (vgl. Pixa-Kettner/Bargfrede 2008: 74). Die Motive zusammenfassend konstatieren Gloger-Tippelt et al. (1993: 57), dass die emotionalen Aspekte stärker ins Gewicht fallen. Dabei steht aber der funktionale Charakter des Kinderwunsches eindeutig im Zentrum: Kinder sollen vorrangig die elterlichen Wünsche und Bedürfnisse befriedigen. Eine bemerkenswerte Feststellung – sehen sich doch Menschen mit Behinderungen manchmal mit dem Vorwurf konfrontiert, ein Kind für eigene Zwecke instrumentalisieren zu wollen. Dieser Vorhalt kann nicht pauschal verneint werden und ist, sofern zutreffend, anzusprechen. Auf Personen ohne Behinderungen dürfte er allerdings nicht weniger zutreffen, was hingegen oft ignoriert wird. Allgemein erfahren die Motive von Menschen mit Behinderungen eine ungemein kritischere Hinterfragung. So müssen sich betreffende Personen im Falle eines Kinderwunsches tendenziell rechtfertigen, während Menschen ohne Behinderungen sich eher zu erklären haben, wenn sie *keine* Kinder möchten (vgl. Pixa-Kettner 1999: 64, Pixa-Kettner/Bargfrede 2008: 75).

Dem Kinderwunsch von Menschen mit Behinderungen kommt also häufig u.a. aufgrund der genannten Vorurteile wenig Wertschätzung zu. Nicht selten wird gar ganz darüber hinweggesehen, wie das folgende Unterkapitel zeigt.

[14] Folgerichtig müsste in der vorliegenden Arbeit stets von „Kinderwünschen" oder *einem* Kinderwunsch die Rede sein. Der grammatikalischen Korrektheit halber (z.B. bei der Verwendung von wörtlichen Zitaten) verzichtet die Verfasserin allerdings darauf.

2.1.1 Hinderliche Umgangsweisen

Für Menschen mit Behinderungen sind Gelegenheiten für gelebte Partnerschaften noch immer beschränkt. Erst recht gilt: „Eine bewusste Auseinandersetzung, geschweige denn die Erfüllung des Kinderwunsches ist für die meisten (...) nach wie vor kaum möglich." (Hennies/Sasse 2004: 75) Pixa-Kettner und Bargfrede (2008: 75f.) charakterisieren den verbreiteten Umgang[15] von Fachleuten und Angehörigen mit dem Kinderwunsch von Menschen mit Behinderungen als hilflos. Gar an Erwachsenenbildungsveranstaltungen zu Themen wie Sexualität und Partnerschaft wird der Kinderwunsch ausgeklammert, scheinbar „um keine ‚schlafenden Hunde' zu wecken. Diese sind jedoch längst wach – sofern sie je geschlafen haben." (ebd.: 76) Denn gemäss Positionen in der Fachliteratur gehört das Nachdenken über eigene Kinder zu einer längeren Partnerschaft unweigerlich dazu.

Menschen mit Behinderungen bemerken die negative Einstellung in ihrem Umfeld vielfach und thematisieren wahrscheinlich deshalb ihren Kinderwunsch meist nicht von sich aus offen (vgl. ebd.). Tun sie es trotzdem, wird der Kinderwunsch oft nicht ernst genommen oder bagatellisiert und als leicht kompensierbar erachtet, beispielsweise mittels einer Puppe oder einem Haustier (vgl. Pixa-Kettner 2010: 6). Bisweilen kommt es gegenüber den Betreffenden gar zu einer vehement geäusserten Ablehnung mit der vermeintlichen Begründung, dass jene einem Kind nicht gewachsen wären. Dahinter vermuten Pixa-Kettner und Bargfrede (2008: 76) allerdings vielmehr die Sorge der Umkreispersonen über die eigene Überforderung im Hinblick auf eine Unterstützung im Falle einer Elternschaft. Auf eine subtilere Form der Absprechung weist Achilles (2013: 113) hin, indem „...es häufig nur auf die ‚richtige' Fragestellung ankommt, um die erwartete Antwort zu erhalten. Was die Befragten von sich aus meinen oder wollen, erfahren wir daher oft nicht." So werden Menschen mit Behinderungen an einer konstruktiven Auseinandersetzung und reflektierten Entscheidung für oder gegen ein Kind gehindert (vgl. Hennies/Sasse 2004: 75).

Üblicherweise gehen Wünsche jedoch durch Ignorieren nicht einfach weg. Gerade nach einer Sterilisation, früher gängiges, häufig ohne oder gegen den Willen der Betroffenen eingesetztes Mittel zur Verhinderung von Nachkommenschaft, kann noch Jahrzehnte später ein Kinderwunsch bestehen und Gefühle von Unmut und Trauer hervorrufen (vgl. Achilles 2010: 71-73). Wünsche lassen sich oft ebenso wenig ausschliesslich auf einer rein argumentativen Ebene beseitigen, was v.a. auf einen so komplexen Wunsch wie jenen nach einem Kind zu-

[15] Die Verfasserin gebraucht das in der Fachliteratur durchgängig verwendete Wort „Umgang" nur in Zusammenhang mit behindernden Verhaltensweisen. Sie selber bevorzugt angesichts der anzustrebenden Unterstützung einer entwicklungsförderlichen Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch den Begriff „Begegnung". Denn „Umgang" impliziert ihres Erachtens etwas Unerwünschtes, das zu tolerieren – nicht jedoch unbedingt zu akzeptieren – ist, und gewisse Ausflüchte zulässt.
Überdies soll hier nicht der Eindruck entstehen, dass sich *alle* Angehörigen und Fachkräfte so verhalten, wie in diesem Unterkapitel geschildert wird. Es gibt zweifelsohne auch gegenwärtig Personen, die dem Kinderwunsch in der in späteren Kapiteln beschriebenen Form begegnen. Gemäss der gesichteten Fachliteratur sind die hier beschriebenen hinderlichen Umgangsweisen allerdings nach wie vor verbreitet (vgl. z.B. Pixa-Kettner 2010: 6).

trifft – selbst wenn einzelne Argumente einzuleuchten vermögen. Umgekehrt führen auch selten ausschliesslich rationale Gründe (z.B. Altersvorsorge) zur Entscheidung *für* ein Kind (vgl. Pixa-Kettner/Bargfrede 2008: 76f.). Als Konsequenz der Nicht-Thematisierung oder Verdrängung des Wunsches kommt es schliesslich immer wieder zu „ungewollten" Schwangerschaften mit grossen Belastungen insbesondere für die künftigen Mütter (vgl. Hennies/Sasse 2004: 75). Mitunter darauf soll im Folgenden eingegangen werden, weil sich die auch von der Verfasserin abgelehnten hinderlichen Umgangsweisen und die Situation um werdende sowie bestehende Elternschaften wechselseitig beeinflussen.

2.2 Elternschaft

Zunächst gelangen verbreitete Fehlannahmen zur Elternschaft von Menschen mit Behinderungen in den Fokus. Denn ohne das Bewusstsein um ihre Unhaltbarkeit tragen sie zu oben dargestellten Verhaltensweisen bei. Um die Klischees zusätzlich zu entkräften und später Folgerungen für die Relevanz einer gelingenden Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch ableiten zu können, werden weitere, darüber hinaus reichende Zahlen und Fakten angeführt. Mitunter interessiert die aktuell bezeichnende Unterstützungssituation, welche die Begegnung mit dem Kinderwunsch ebenfalls mitbestimmt.

2.2.1 Mythen und ihre Widerlegung

Im Laufe des letzten Jahrhunderts sind insbesondere vier zentrale Mythen entstanden. Als nahezu unverrückbare Überzeugungen prägen sie gemäss Prangenberg (2008: 25, 44) teils noch heute massgeblich Entscheidungen in Zusammenhang mit der Elternschaft von Menschen mit Behinderungen.

Der erste Mythos betrifft die beinahe unweigerliche **Vererbung der Beeinträchtigungen** und ist aufgrund neuerer wissenschaftlicher Erkenntnisse unhaltbar (vgl. ebd.: 38). So haben Kinder von Eltern mit Beeinträchtigungen i.d.R. durchschnittliche intellektuelle Fähigkeiten und genetisch bedingte Beeinträchtigungen kommen bei ihnen nicht signifikant häufiger vor als in der restlichen Bevölkerung (vgl. Pixa-Kettner et al. 1996: 4).

Allerdings kann es zu Verzögerungen in der kindlichen Entwicklung kommen. Mit Bezug auf eine Studie von Mørch, Skår und Andersgård stellt Prangenberg fest, dass 30% der Kinder im sprachlichen und 21.5% im feinmotorischen Bereich Entwicklungsverzögerungen aufweisen. Zudem wurde bei 26.5% eine allgemeine psychosoziale Belastung ausgemacht. Hier ist jedoch auch auf hinderliche Rahmenbedingungen wie finanzielle Schwierigkeiten und prekäre Wohnverhältnisse hinzuweisen (vgl. Prangenberg 1999: 76f.). Zudem dürfen frühkindliche Entwicklungsverzögerungen nicht unhinterfragt ins fortgeschrittene Kindes- und Jugendalter projiziert werden, da es an Langzeitstudien mangelt. Gerade sozialisationsbedingte Entwicklungsverzögerungen (z.B. hinsichtlich der Sprache) können bei entsprechender Hilfe wieder ausgeglichen werden (vgl. Pixa-Kettner/Sauer 2008: 229). Somit verweist die Abkehr von

einer genetischen Perspektive auf die Möglichkeit und Erfordernis von Unterstützung (vgl. Prangenberg 2008: 39).

Beeinträchtigungen der Eltern *alleine* sind also kein verlässlicher Indikator für eine ungünstige Entwicklung der Kinder (vgl. Sanders 2008: 192). Vielmehr wird Entwicklung von unterschiedlichen hemmenden oder schützenden Faktoren beeinflusst (vgl. ebd.: 163). Die elterliche Beeinträchtigung kann als ein solcher Risikofaktor gesehen werden. Ansonsten aber lassen sich im Leben von Kindern von Eltern mit Beeinträchtigungen keine Risiken erkennen, die nicht grundsätzlich in ähnlicher Form ebenfalls bei Kindern von Menschen ohne Beeinträchtigungen beobachtet werden können, so z.B. Suchtabhängigkeit der Eltern (vgl. ebd.: 165, 173, 182) und/oder oben erwähnte hinderliche Rahmenbedingungen. Als Schutzfaktoren zählen beispielsweise stabile Beziehungen mit Personen ausserhalb der Familie. Vor allem eine erwachsene Bezugsperson gilt als bedeutsam, die dem Kind Sicherheit vermittelt, sein Bindungsverhalten unterstützt und Entwicklungsverzögerungen entgegenwirken kann (vgl. Sanders 2008: 187f.). Ebenso spielen personale Schutzfaktoren der Kinder selbst eine Rolle. Darunter fallen etwa Temperamentsmerkmale (z.B. Anpassungsvermögen an Veränderungen sowie mehrheitlich positive Stimmungslage) und ein hohes Selbstwertgefühl (vgl. Lenz et al. 2010: 137f.). Kinder sind damit ihrer Lebenssituation nicht einfach nur „ausgeliefert", sondern sie gestalten diese mit ihren Kompetenzen und Widerstandskräften aktiv mit (vgl. Prangenberg 2008: 44).

In Abrede zu stellen ist auch der zweite Mythos, wonach Menschen mit Behinderungen **überdurchschnittlich viele Kinder** hätten. Diese Fehlannahme dürfte mitunter aus der Befürchtung entstanden sein, dass mehrere Kinder die Gefahr einer Überlastung der Eltern erhöhen und die Kosten unterstützungsbedingt stärker ins Gewicht fallen. 1996 wurde allerdings in Deutschland eine durchschnittliche Kinderzahl von 1.4 erhoben, was gesamtgesellschaftlich betrachtet unter der damaligen durchschnittlichen Familiengrösse lag (vgl. ebd.: 40f.). Eine Nachfolgestudie rund zehn Jahre später ergab ein fast identisches Bild (vgl. Pixa-Kettner 2007: 314). Für die Schweiz hat die Verfasserin keine entsprechende Untersuchung ausfindig machen können, doch der Mythos dürfte auch hierzulande nicht der Realität entsprechen. Denn die 176 Schwangerschaften, welche von 1998 bis 2009 in Schweizer Spitälern dokumentiert wurden, sind 173 verschiedenen Personen zuzuordnen. Lediglich drei Frauen mit Beeinträchtigungen waren mehr als einmal schwanger (vgl. Orthmann Bless 2013b: 3).

Nach einem weiteren Klischee verfügen Menschen mit Behinderungen über **„eine mangelhafte, unzureichende elterliche Kompetenz"** (Prangenberg 2008: 27). Es rührt daher, dass die Kompetenz von Eltern mit Behinderungen oft v.a. an ihrem potentiellen Versagen festgemacht wird. Dabei geschieht die Bewertung beispielsweise nur über einzelne Gesichtspunkte des elterlichen Verhaltens (z.B. Erziehungsverhalten, Versorgung des Kindes)

oder über die Thematik der Vernachlässigung und des Missbrauchs (vgl. ebd.: 41). Nicht weniger erscheint die Beurteilung über die kindliche Entwicklung unzulänglich, weil so die Kompetenz sämtlicher Eltern, auch jener ohne Beeinträchtigungen, infrage gestellt werden müsste, deren Kinder als entwicklungsauffällig gelten (vgl. Pixa-Kettner/Sauer 2008: 229). Ausserdem wäre bei einer Einschätzung der jeweilige soziokulturelle und psychosoziale Kontext mit den entsprechenden Wert- und Normvorstellungen zu berücksichtigen (vgl. ebd.: 224, 244). Prinzipiell besteht in westlich geprägten Kulturen eine relativ breite Toleranz bezüglich Erziehungspraktiken, was jedoch mit Blick auf Menschen mit Behinderungen manchmal vergessen geht (vgl. Pixa-Kettner/Rischer 2013: 258).

Beeinträchtigungen haben nicht zwangsläufig die Unfähigkeit zur Elternschaft zur Folge (vgl. Stadt Frankfurt am 2006: 117). Auch die Tatsache, dass Elternschaften Schwierigkeiten mit sich bringen können, steht nicht für eine Besonderheit von Menschen mit Beeinträchtigungen. Als einzige „Besonderheit" stellte Pixa-Kettner (2008: 12) in ihrer Studie fest, dass „…diese Eltern die am strengsten kontrollierte und überwachte Elterngruppe in unserer Gesellschaft sind, an die bisweilen sogar höhere Maßstäbe angelegt werden als an andere Eltern". Dementsprechend ermahnt auch Göthling, Mitglied von People First: „Aber wo mischen sich sonst die Leute so ein? Wo machen sie sonst solche Einschränkungen? Sollte es einen Elternführerschein geben? Von mir aus gern, aber dann bitte für alle und nicht nur für Menschen mit Lernschwierigkeiten!"[16] (Göthling/Kühnel 2013: 106)

Gerade intuitive elterliche Kompetenzen können nach derzeitigem Erkenntnisstand bei Menschen mit Beeinträchtigungen i.d.R. als gegeben angenommen werden, sofern sie nicht z.B. durch hinderliche Sozialisationserfahrungen, aktuelle psychosoziale Erschwernisse, o.ä. verstellt sind. Es handelt sich dabei um unbewusst ablaufende kommunikative Reaktionen, die „…insbesondere in den ersten Lebensmonaten für eine optimale Anpassung des elterlichen Verhaltens an die Bedürfnisse und den Entwicklungsstand des Kindes (sorgen) und (…) damit eine wichtige Grundlage für eine gelungene Eltern-Kind-Beziehung und für den Aufbau einer sicheren Bindung (bilden)" (Pixa-Kettner/Sauer 2008: 232). Die intuitiven elterlichen Kompetenzen scheinen viel eher bei zu „belesenen", „intellektuellen" Personen störanfällig zu sein, die nicht auf ihre Intuition vertrauen (vgl. ebd.: 231-233).

Hingegen wurden in mehreren Studien zur Elternschaft von Menschen mit Behinderungen tendenziell Schwierigkeiten bezüglich lebenspraktischer Fähigkeiten festgestellt, wobei vor allem die Komplexität, Schnelllebigkeit und Dynamik des Familienalltags eine besondere Herausforderung darstellen. Beispielhaft steht kurz nach dem Erlernen der Säuglingspflege schon das Erkennen von Gefahren für das krabbelnde Kleinkind an (vgl. Lenz et. al. 2010:

[16] Über die Einführung eines Eignungstests für potentielle Eltern fand insbesondere in den 1980er-Jahren tatsächlich eine Diskussion statt. Es wurde argumentiert, dass Kinder durch elterliches Verhalten Schaden erleiden könnten. Bei Nicht-Bestehen des Tests gäbe es keine Erlaubnis für eine Elternschaft, worin die Befürworterinnen und Befürworter keine Grundrechtsverletzung sahen (vgl. Wohlgensinger 2007: 109f.).

64). Zudem scheint es den Eltern mit Behinderungen auch bei vorhandenen intuitiven elterlichen Kompetenzen Mühe zu bereiten, die sich verändernden kindlichen Bedürfnisse in ihrem gesamten Spektrum wahrzunehmen und die eigenen Bedürfnisse damit in Einklang zu bringen oder allenfalls zurückzustellen (vgl. ebd.: 75). Darüber hinaus wird von einem inkonsequenten Belohnungs- und Bestrafungsverhalten sowie von mangelhaft begründeten, gegensätzlichen Anweisungen berichtet. Insgesamt lässt sich ein mit dem Alter der Kinder zunehmend restriktiver Erziehungsstil erkennen. Denn Eltern mit Behinderungen zeigen häufig starke Unsicherheit bzw. Verunsicherung betreffend die Erziehung (vgl. ebd.: 78), was u.a. mit oftmals fehlenden Vorbildern in der Wahrnehmung der Elternrolle zusammenhängt. Nur einige der Befragten erlebten selber als Kind positive elterliche Autorität, Fürsorge und Wärme. Nicht wenige Personen wuchsen zudem vorwiegend in einer Institution auf (vgl. Pixa-Kettner/Bargfrede/Blanken 2005: 310).

Sowohl hinsichtlich Missbrauch als auch Vernachlässigung mehren sich in der Fachliteratur Hinweise, dass Kinder von Menschen mit Behinderungen ein erhöhtes Risiko aufweisen. Allerdings ist eine monokausale Zuschreibung zur elterlichen Beeinträchtigung unzulässig (vgl. Prangenberg 2008: 42). So missbrauchen diese Eltern ihre Kinder selber nicht häufiger als andere Eltern. Bei der Täterschaft handelt es sich vielmehr um Personen z.B. aus dem sozialen Umfeld, gegen die Eltern mit Behinderungen ihre Kinder (und sich) zu wenig schützen können. Letzteres dürfte u.a. mit eigenen Fremdbestimmungserfahrungen und mangelnder Unterstützung sowie sozialer Isolation der Familien zusammenhängen (vgl. Lenz et al. 2010: 85f.). Ungünstige Umgebungsbedingungen haben ebenfalls auf das gesteigerte Risiko der Vernachlässigung Einfluss. Als weitere Ursache hierfür gilt ein Mangel an Wissen (vgl. ebd.: 90, Pixa-Kettner 2010: 8).

Den dritten Mythos bilanzierend, macht sich wiederum der Unterstützungsbedarf der meisten Eltern mit Behinderungen bemerkbar (vgl. Prangenberg 2008: 42). Dabei hat professionelle Begleitung passgenau und differenziert zu erfolgen, weil die individuellen elterlichen Fähigkeiten und allfälligen Defizite einer komplexen Situation entstammen (vgl. Pixa-Kettner 2006: 88). Dass elterliche Kompetenz nicht als persönliches, sondern eher als ein auf das gesamte soziale Netzwerk verteiltes Attribut zu betrachten ist, muss bei deren Beurteilung unbedingt einkalkuliert werden. Werden doch gerade in vermögenderen Familien zahlreiche elterliche Aufgaben (z.B. Betreuung, Hausaufgabenhilfe) an andere Personen übertragen, ohne in der Gesellschaft Aufsehen zu erregen. Auch in diesen Familien leistet das soziale Netzwerk einen wichtigen Beitrag zum Gelingen der Elternschaft. Menschen mit Behinderungen sind vergleichsweise oft finanziell schlechter gestellt und weniger privat vernetzt (vgl. ebd.: 95).

Nach dem vierten Mythos sind Menschen mit Behinderungen **nicht in der Lage, elterliche Kompetenzen zu erlernen oder zu verbessern** (vgl. Prangenberg 2008: 42f.). Zahlreiche Studien belegen jedoch, dass elterliche Kompetenz durch gezielte Schulung und Übung oder

Unterstützung entwickelbar ist. So wurden positive und nachhaltige Veränderungen z.B. in Bezug auf alltagspraktische Fähigkeiten, die Versorgung von Kindern oder schwierige Entscheidungssituationen nachgewiesen (vgl. ebd. 2002: 85f.). Gleichwohl bleiben im Umkreis der Eltern vielfach kritische Einstellungen zum elterlichen Verhalten bestehen. Es wäre allerdings angemessen, bei Kritik den Blick – mehr als auf die Beeinträchtigungen – auf die hinderlichen Rahmenbedingungen zu richten (vgl. ebd. 2008: 43). Denn Eltern mit Behinderungen „...haben eine denkbar schlechte Ausgangslage in ihrem Lernprozess. Sie stehen wesentlich häufiger Schwierigkeiten in ihrem Alltag gegenüber, ohne gelernt zu haben, diese Probleme zu bewältigen. Sie wurden häufig nicht auf das Elternsein und seine Anforderungen vorbereitet, Bildungsangebote in diesem Bereich sind nicht an Menschen mit einer geistigen Behinderung (sic!) gerichtet." (ebd.)

Trotz der grundsätzlichen elterlichen Lernfähigkeit sollte aber über Grenzen und Schwierigkeiten betreffend die Entwicklungsmöglichkeiten nicht hinweg getäuscht werden. Beispielsweise wird die Aneignung und Umsetzung von Wissen zu elterlichem Verhalten häufig durch lebensgeschichtliche Erfahrungen sowie die Rahmenbedingungen behindert (vgl. ebd.) und Einschränkungen der elterlichen Erziehungskompetenz sind zu vermuten. Mindestens besteht eine grosse Wahrscheinlichkeit für erheblichen Unterstützungsbedarf (vgl. Orthmann Bless 2013c: 23), was jedoch – wie die abschliessenden Bemerkungen zum vorangegangenen Mythos gezeigt haben – „Normalität" hat.

Zusammenfassend sind die beschriebenen geläufigen Mythen also unhaltbar. Einzig der Vorhalt der Vernachlässigung hat insofern Gültigkeit, als dass tatsächlich ein erhöhtes Risiko für Kinder von Menschen mit Behinderungen zu bestehen scheint. Die Vernachlässigung passiert jedoch nicht aus Absicht oder Gleichgültigkeit, sondern, wie erwähnt, vielmehr vor allem aus Unwissenheit (vgl. Pixa-Kettner 2010: 8). Dementsprechend dienen die folgenden Ausführungen mitunter dazu, Fehlannahmen zusätzlich entgegenzuwirken.

2.2.2 Weitere Zahlen und Fakten

In diesem Teilkapitel zur Elternschaft von Menschen mit Beeinträchtigungen interessieren deren Inzidenz, Schwangerschaften und ihre Planung bzw. darauf erfolgte Reaktionen, die Wohn- und schliesslich die Unterstützungssituation.

Inzidenz[17]

Gemäss der Studie unter Leitung von Orthmann Bless (2013b: 3), kam es in hiesigen Krankenhäusern während des Erhebungszeitraums von 1998 bis 2009 jährlich zu durchschnittlich 15 „Behandlungsfällen" im Kontext von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett von Frauen mit Beeinträchtigungen. Gesamthaft wurden bei 176 Schwangerschaften 94 Kinder le-

[17] Inzidenz meint „die Auftretenshäufigkeit pro Jahr" (Orhmann Bless 2013b: 1).

bend geboren. Erstere entfielen trotz unterschiedlichen Bevölkerungsgrössen interessanterweise etwa gleichteilig auf die Deutschschweiz (49.4%) und die Romandie inklusive Tessin (50.6%) (vgl. ebd. 2013c: 30). Ausserdem stiegen über die Zeit hinweg sowohl die Anzahl der Schwangerschaften als auch der Entbindungen pro Jahr signifikant. Dennoch ergaben die Geburten von Personen mit Beeinträchtigungen lediglich eine Inzidenzrate von 0.114 auf 1000 Geburten[18], womit nur ca. jedes 10'000. Kind von einer Mutter mit Beeinträchtigungen zur Welt gebracht wurde (vgl. ebd. 2013b: 5f.).

Die festgestellte Zunahme an Elternschaften deckt sich mit den Ergebnissen der bundesweiten Untersuchungen in Deutschland (vgl. Pixa-Kettner 2007: 320). Im internationalen Vergleich dagegen unterschiedlich fällt die Inzidenzrate aus, wobei die schweizerische äusserst niedrig erscheint. So wurden 2011 in einer Studie in Schweden auf 1000 Kinder 2.12 von Menschen mit Beeinträchtigungen ausgemacht. Zur Erklärung der grossen Abweichungen werden vor allem methodische Unterschiede genannt. So dürften leichtere Beeinträchtigungen hierzulande von diesbezüglich ungeschulten Medizinerinnen und Medizinern teils gar nicht erkannt oder nicht als „behandlungsrelevant" eingestuft und dementsprechend nicht in der Medizinischen Statistik codiert worden sein. Allerdings könnten die hiesigen Zahlen auch auf wirklich weniger Elternschaften hindeuten. Orthmann Bless (2013c: 31f.) bemerkt hierzu, dass Differenzen bezüglich der realen Entfaltungsmöglichkeiten von Menschen mit Beeinträchtigungen nicht auszuschliessen sind. Sie erwähnt insbesondere den Einfluss von u.a. Angehörigen und Fachkräften, die (mit)bestimmen und so die Optionen der Betreffenden tolerieren, unterstützen oder behindern.

Schwangerschaften: Planung und Reaktionen

Gemäss verschiedenen Untersuchungen erfolgten bislang die meisten Schwangerschaften von Menschen mit Behinderungen nicht aufgrund eines Kinderwunsches. Vielmehr waren sie die Konsequenz unzureichender Aufklärung und teils sexueller Übergriffe (vgl. Specht 2013: 168). Ausserdem dürften – ähnlich wie bei Personen ohne Behinderungen – vereinzelt ambivalente Gefühle bzw. unbewusste Motive eine Rolle gespielt haben (vgl. Lenz et al. 2010: 74, Gloger-Tippelt et al. 1993: 81).

Trotz der oft ungeplanten Schwangerschaft wollte ein Grossteil der werdenden Eltern(teile) das zu erwartende Kind zur Welt bringen und zeigte zumindest nach einer kurzen Bedenkzeit Vorfreude (vgl. Lenz et al. 2010: 55, Pixa-Kettner et al. 2005: 310). Die Reaktionen im

[18] In diese Berechnung fanden auch die vier Totgeburten von Menschen mit Beeinträchtigungen Eingang, nicht jedoch die 83 registrierten Aborte/Fehlgeburten. Letztere bezeichnen den verfrühten Abbruch einer Schwangerschaft vor der vollendeten 22. Woche oder ein Geburtsgewicht von weniger als einem halben Kilogramm (vgl. Orthmann Bless 2013b: 3-5). Für die Begründung der im Vergleich mit der Gesamtbevölkerung überdurchschnittlich hohen Rate an Aborten bedarf es noch einer genaueren Untersuchung. Nebst gesundheitlichen Ursachen wird vermutet, dass bei ähnlicher Ausgangslage für Menschen mit Beeinträchtigungen eher ein Spitalaufenthalt in Betracht gezogen wird. Dies könnte ein inadäquates Bild ergeben, beziehen sich die Zahlen doch ausschliesslich auf Krankenhäuser, wogegen für Aborte ohne medizinische Konsultation (oder bei ambulanter) keine Angaben existieren (vgl. ebd. 2013c: 32f.).

Umfeld hingegen fielen verschieden aus und reichten von vehementer Ablehnung sowie Abwendung bis hin zu wohlwollenden Bemerkungen. In der Tendenz war aber v.a. seitens Angehöriger eine ablehnende Haltung feststellbar. Personen, die in einer Institution lebten, erfuhren zudem negative Reaktionen durch ihre Mitbewohnerinnen und Mitbewohner. Dahinter wurde die Eifersucht vermutet, dass die Schwangerschaft zumindest das Verlassen der bisherigen Institution, wenn nicht den Bezug einer eigenen Wohnung ermöglichte. Zahlreiche Befragte berichteten ausserdem, von Angehörigen, Fachkräften sowie Kolleginnen und Kollegen auf eine Abtreibung angesprochen oder gar (erfolglos) dazu gedrängt worden zu sein.
Aus Angst vor den Reaktionen ihrer Umgebung hielten einige werdende Eltern die Schwangerschaft allerdings zunächst geheim – im Extremfall bis kurz vor der Geburt (vgl. Pixa-Kettner et al. 2005: 310f.). Andere wiederum bemerkten die Schwangerschaft nicht selber, sondern wurden teils erst bei offensichtlichen körperlichen Veränderungen v.a. durch Fachleute darauf angesprochen (vgl. Grimm 2005: 301). Der damit oftmals späte Zeitpunkt des Bekanntwerdens steht einer optimalen Wahrnehmung von Vorsorgeuntersuchungen und verantwortlichem mütterlichem Verhalten während der Schwangerschaft entgegen (vgl. Lenz 2010: 73). Es wird diesbezüglich auf potentielle Risiken für das Ungeborene hingewiesen, so die Medikamenteneinnahme z.B. bei Epilepsie (vgl. Sanders 2008: 174).

Wohnsituation

Gemäss Pixa-Kettners Nachfolgestudie wohnten 2005 in Deutschland ca. in 30% der Elternschaften die Eltern gemeinsam als Paar. Beinahe 70% der Eltern lebten in einer eigenen Wohnung, wovon ungefähr die Hälfte professionell unterstützt wurde. Vergleichsweise wenig Anteil hatten stationäre Wohnformen (15%) und das Zusammenleben mit der Herkunftsfamilie (12%). Gegenüber der ersten Umfrage während der 90er-Jahre zeigte sich ein deutlicher Rückgang an stationären Wohnformen (damals 36%) zugunsten des Lebens in einer eigenen Wohnung (früher 46%). Mit Blick auf die Kinder konnten 2005 mit 57% ebenfalls mehr mit wenigstens einem Elternteil zusammen wohnen. Bei der ersten Erhebung hatte die Zahl nur bei 40% gelegen. Während zudem seither die Unterbringung in Heimen, bei der Herkunftsfamilie oder Adoptiveltern abgenommen hatte, waren Fremdplatzierungen in Pflegefamilien häufiger geworden (vgl. Pixa-Kettner 2007: 313f.).
2005 zeigten sich bezüglich der Wohnsituation beachtliche Differenzen zwischen den verschiedenen Bundesländern, was die Vermutung von regional unterschiedlichen behördlichen Verfahrensweisen und verschiedener Angebotsstrukturen aufwirft (vgl. ebd.: 317). Auffallend ist auch, dass gemäss der Studie eher Eltern und Kind miteinander wohnen, die nicht professionell begleitet werden – ein Ergebnis, das weitere Klärung erfordert (vgl. ebd.: 319f.). In der Fachliteratur wird denn auch mehrfach auf Risiken durch das professionelle Unterstützungssystem hingewiesen. Beispielsweise können Vorurteile seitens Fachpersonals zu

selbsterfüllenden Prophezeiungen führen. Weiter als hinderlich gelten u.a. konzeptionelle Unklarheiten, unstete Finanzierung der Hilfen, mangelhafte Kooperation unter den Professionellen ebenso wie die fehlende Thematisierung derer Rollen in den Familien (vgl. Sanders 2008: 172f.). Ganz allgemein lässt sich feststellen, dass eine Familie ein intimes und privates Beziehungssystem von mindestens zwei Personen darstellt. Der familiäre Beziehungsraum wird jedoch durch das Eindringen von Helferinnen und Helfern in seiner Intimität gestört und einer öffentlichen Beobachtung ausgesetzt (vgl. Lenz et al. 2010: 71). Nicht selten erleben Eltern mit Behinderungen dies als ständigen Bewährungsdruck (vgl. ebd.: 88) und stehen dementsprechend Fachkräften misstrauisch gegenüber. Andererseits ist aufgrund blosser Zahlen nicht auszumachen, wie das gemeinsame Wohnen ohne professionelle Begleitung im Einzelnen verläuft (vgl. Pixa-Kettner 2007: 319). So könnte in den unterstützten Familien das Kindswohl in Wirklichkeit eher gewährleistet sein (vgl. Lenz et al. 2010: 180), zumal vielfach ein Hilfebedarf bestehen dürfte und dabei oft nur wenige private Kontakte vorhanden sind (vgl. Kap. 2.2.1).

Sowohl in der Zunahme an Elternschaften (vgl. Kap. 2.2.2 Inzidenz) als auch im vermehrten (Zusammen-)Leben in der eigenen Wohnung sieht Pixa-Kettner (2007: 320) gesamthaft aber einen Hinweis auf eine vermehrt an der „Normalität" ausgerichteten Lebensweise von Menschen mit Beeinträchtigungen und eine Verbesserung deren elterlicher Stellung. Dennoch dürften die Betreffenden, gerade an den unverändert überdurchschnittlich vielen Kindswegnahmen gemessen, auch 2013 in der Partizipation am Bereich der Elternschaft weiterhin Behinderung erfahren (vgl. Pixa-Kettner/Rischer 2013: 251f.).

Hinsichtlich der Trennungen sei zu relativieren, dass „krasse Abweichungen vom gesellschaftlichen Durchschnitt (auffallen) und (…) Sanktionen nach sich ziehen (können). Dies ist eine Form der Teilhabe an gesellschaftlicher Normalität und bedeutet keine Benachteiligung, sondern Gleichstellung – sofern keine strengeren Maßstäbe angelegt werden als an andere Eltern." (Pixa-Kettner/Bargfrede 2004: 87) Letzteres wird gerade auch in Bezug auf Kindswegnahmen nicht immer eingehalten, wie der Blick in Fachliteratur aus Deutschland unschwer zeigt: Es werden Kinder erwähnt, die teils unmittelbar nach der Geburt routinemässig von ihren Eltern getrennt wurden. Hierfür kann kein anderer Grund als die blosse elterliche Beeinträchtigung ausgemacht werden, was auch juristisch betrachtet unzulässig ist. Letzteres trifft ebenfalls auf den schon vorgekommenen vorgeburtlichen Sorgerechtsentzug zu (vgl. Pixa-Kettner 2010: 9, Rohmann 2008: 133). Wiederholt kommt es zu umstrittenen Rechtsfällen, u.a. mit Erfolg für die Eltern bis vor dem Europäischen Gerichtshof. Ebenfalls die Untersuchung von 407 Sorgerechtsverfahren in Australien lässt auf verbreitete diskriminierende Praktiken schliessen, sei es durch Fehlannahmen über Menschen mit Behinderungen, Überbewertung von klinischen diagnostisch-prognostischen Urteilen oder mangelnden Zugang zu

Informations- und Unterstützungsangeboten u.a. betreffend Gerichtsverfahren (vgl. Pixa-Kettner/Bargfrede 2004: 81f.).

Wenn Eltern dagegen in eine Fremdplatzierung einwilligen oder sich selber dafür entscheiden, handelt es sich gemäss Positionen in der Fachliteratur um eine Form von selbstbestimmter Elternschaft und elterlicher Verantwortungsübernahme. Gesellschaftlich wird dies jedoch meist nicht so beurteilt. Zudem verlangt das Eingeständnis, wonach es dem Kind an einem anderen Ort besser gehen könnte, viel von Eltern (vgl. Hennies/Sasse 2004: 76, Lenz et al. 2010: 183). Deshalb ist anzunehmen, dass es sich bei einer Einwilligung bzw. eigenen Entscheidung nicht um die Regel handelt. Viel eher besteht bei Fremdplatzierungen eine besonders grosse Gefahr von Fremdbestimmung, die teils auch von den Kindern als bedrohlich erlebt wird (vgl. Pixa-Kettner/Bargfrede 2004: 81). Bei Kindern kann es durch die Trennung mitunter zu einem Verlust an Sicherheit und Gefühlen von Schuld und Wertlosigkeit kommen. Ebenfalls seitens Eltern sind das Selbst und der Selbstwert gefährdet. Eltern betrachten sich häufig als gescheitert vor der eigenen Person sowie der Gesellschaft und empfinden Scham. Der Wunsch von Menschen mit Behinderungen nach einer intakten Familie, wie sie oftmals in der eigenen Kindheit nicht vorhanden war, zerbricht. Ausserdem entgehen den Eltern alltägliche Aufgaben in Zusammenhang mit den Kindern (vgl. Lenz et al. 2010: 181f.). Aufgrund solcher möglichen Folgen erscheint ein Resultat der Untersuchung von Lenz et al. wegweisend: Demnach hatte beinahe jede Person mit Beeinträchtigungen, welche mit ihrem Kind zusammen wohnte, Vorerfahrungen mit Kindern, z.B. durch Geschwister, Nichten oder Neffen, während es den getrennt lebenden Elternteilen an Vorerfahrungen in der Pflege und Versorgung von Kindern mangelte (vgl. ebd.: 41). Das bedeutet: „Je besser die Eltern auf ein Leben mit Baby vorbereitet werden, je frühzeitiger eine angemessene Unterstützung konzipiert und organisiert wird, desto höher ist die Chance, dass Mutter, Vater und Kind auch als Familie zusammen leben können." (ebd.: 177) So gilt denn auch der prinzipielle Mangel an angemessenen professionellen Unterstützungsmöglichkeiten als Belastungsfaktor für die betreffenden Familien (vgl. Sanders 2008: 173). Deshalb kommt im Folgenden die u.a. professionelle Unterstützung von Menschen mit Beeinträchtigungen und ihren Kindern in den Fokus.

Unterstützungsangebote

Gerade im Krankheitsfalle oder bei beruflicher Veränderung der Begleitpersonen birgt eine umfangreiche ehrenamtliche Unterstützung durch das soziale Umfeld die Gefahr eines plötzlichen Zusammenbruchs (vgl. Pixa-Kettner/Rischer 2013: 259). Andererseits wurde oben auf potentielle Risiken durch das professionelle Hilfesystem hingewiesen. Umso bedeutsamer erscheint, dass Unterstützungsangebote für die Familien annehmbar sind und bei Letzteren keine Gefühle von Fremdbestimmung und Demütigung entstehen lassen. Hierfür ist eine

respektvolle und akzeptierende Haltung seitens Fachkräfte unabdingbar. So sollte z.B. auf die Wünsche der Eltern mit Beeinträchtigungen eingegangen werden. Ebenfalls gilt es, ihre Stärken statt Schwächen hervorzuheben und darauf aufzubauen. Die Eltern für ein allfälliges Scheitern von Unterstützungsprogrammen verantwortlich zu machen oder ihnen fehlende Motivation zuzuschreiben ist hingegen zu unterlassen. Mangelnder Einsatz könnte vielmehr u.a. auf Umweltstressoren oder das Fehlen von emotionaler oder praktischer Unterstützung zurückzuführen sein. Pixa-Kettner und Rischer (2013: 262) halten jedoch fest, dass „(...) solche eigentlich selbstverständlichen Prinzipien der professionellen Arbeit in der Praxis noch immer keine Selbstverständlichkeit (sind)". So ergab auch die Befragung von Lenz et al. (2010: 50), dass Eltern mit Behinderungen hinsichtlich der Hilfen das Eingehen auf bzw. Berücksichtigen von ihre(n) eigenen Vorstellungen häufig vermissen.

Über die Stärkung der Mitspracherechte hinaus, bedarf es nunmehr eines regional organisierten Netzes an spezialisierten Unterstützungsangeboten (vgl. Pixa-Kettner/Rischer 2013: 263). Denn herkömmliche Angebote können den Bedürfnissen von Eltern mit Behinderungen und ihren Kindern nicht immer gerecht werden, sei es, weil sich das Fachpersonal mit seinen Methoden nicht auf die Arbeit mit Menschen mit Behinderungen einstellt oder sich die Eltern z.B. in Gruppenangeboten mit Personen ohne Behinderungen teils nicht wohl fühlen. Gleichzeitig im Sinne des Normalisierungsprinzips gilt es, Hilfestellung bei der Inanspruchnahme von den allgemeinen Hilfsangeboten vor Ort zu leisten (vgl. ebd., Lenz et al. 2010: 127, 132) und Zugangsbarrieren abzubauen. Eine stärker regionale Ausrichtung ist relevant, da sich nach wie vor zahlreiche ambulante und/oder stationäre Einrichtungen personell, räumlich oder anderweitig bedingt nicht in der Lage halten, Eltern mit Behinderungen und ihre Kinder zu unterstützen. In der Folge sind werdende Eltern(teile) zu einem Umzug und somit zum Verlassen ihrer gewohnten Umgebung gezwungen, wobei im Falle einer stationären Begleitung das Zusammenleben von Elternpaaren nicht immer gewährleistet wird (vgl. Pixa-Kettner/Bargfrede 2004: 80).

Gleichwohl ist zumindest mit Blick nach Deutschland ebenfalls positive Bewegung in der „Unterstützungslandschaft" auszumachen: Im letzten Jahrzehnt entstanden beispielsweise verschiedene stationäre Wohnprojekte, ambulante Dienste und Initiativen für Eltern mit Beeinträchtigungen und ihre Kinder. Weiter wurde die Bundesarbeitsgemeinschaft Begleitete Elternschaft (BAG) gegründet, um mittels Zusammenschluss die Entwicklung angemessener Unterstützungsangebote und die Sensibilisierung der Öffentlichkeit voranzutreiben (vgl. Bargfrede 2008: 285, 287). Inzwischen gehören der BAG 27 spezialisierte ambulante und (teil)stationäre Institutionen aus verschiedenen Regionen Deutschlands an (vgl. Die Bundesarbeitsgemeinschaft Begleitete Elternschaft o.J.). Ihr Vorteil wird denn auch nicht zuletzt in der Stärkung der Position von Eltern mit Beeinträchtigungen gesehen, ebenfalls von jenen, die nicht durch eine Einrichtung der BAG unterstützt werden (vgl. Pixa-Kettner 2007: 316).

Allerdings handelt es sich bei den Angeboten der BAG um Dienstleistungen von sozialen Trägern. Eltern mit Behinderungen haben somit oftmals keine Wahl bezüglich deren Annahme, wenn sie keine Fremdplatzierung ihrer Kinder riskieren wollen und müssen sich kooperativ zeigen (vgl. Bargfrede 2008: 290, Pixa-Kettner/Rischer 2013: 261f.). Wegen möglicher Belastungen durch das professionelle Hilfesystem sollte den eingangs genannten Unterstützungsprinzipien besondere Beachtung zukommen.

Anders verhält es sich mit der Elternassistenz[19] als personelle Unterstützung und Abzweig vom Modell der Persönlichen Assistenz, das von der Selbstbestimmt-Leben-Bewegung aus der Kritik an den starren und einengenden Strukturen ambulanter Dienste ins Leben gerufen wurde. Elternassistenz erlaubt ein selbstbestimmtes elterliches Verhalten und weitreichende Teilnahme am sozialen Leben. Dabei gelten die Eltern als Expertinnen und Experten in eigener Angelegenheit und können ihren Alltag mit dem persönlichen Hilfebedarf selber organisieren. Sie bestimmen die Person(en), den Zeitpunkt und Ort der Unterstützung. Allerdings sind hierfür die Übernahme von Arbeitgeberkompetenzen nötig (vgl. Pixa-Kettner/Rischer 2013: 260-262). Es ist daher fraglich, inwieweit sich Elternassistenz in der bisherigen Form für Menschen mit *kognitiven* Entwicklungsbeeinträchtigungen eignet.

Zumal das Ziel professioneller Begleitung sein sollte, „sich selbst (möglichst) überflüssig zu machen", erscheint schliesslich auch die Selbsthilfe und -vertretung von Interesse. Diesbezüglich ist in Deutschland insbesondere der Bundesverband behinderter und chronisch kranker Eltern (bbe e.V.) von Bedeutung. Beispielsweise bietet er Eltern mit Beeinträchtigungen ebenso wie „Fachmenschen" Informationen über die Kindeszeugung bis hin zur Elternschaft. Weiter werden Kontakte zwischen den Familien vermittelt und Seminare zwecks Erfahrungsaustausches durchgeführt. Zudem stehen regionsspezifische Adressen von kompetenten „Fachmenschen" zur Verfügung (vgl. Bundesverband behinderter und chronisch kranker Eltern o.J.). Auch auf weiteren Ebenen sensibilisiert der Verein für die Lebenssituation von Eltern mit Behinderungen. So ist er als Mitglied des Interessenverbandes Selbstbestimmt Leben Deutschland e.V. (ISL) ein relevanter Gesprächspartner auf bundespolitischer Ebene (vgl. Pixa-Kettner/Rischer 2013: 254).

Gemäss den eigenen Internetrecherchen[20] der Verfasserin findet das Thema Elternschaft von Menschen mit Beeinträchtigungen hingegen in hiesige Selbsthilfe- und Selbstvertretungsgruppen – zumindest den entsprechenden Homepages nach – keinen Eingang (vgl. Agile, Gruppe Mitsprache Zürich, Selbsthilfe Schweiz o.J., WIR FÜR UNS, Zentrum für

[19] Die Ausführungen zur Elternassistenz sowie nachfolgend zur Selbsthilfe und -vertretung schliessen Menschen mit körperlichen und/oder psychischen Beeinträchtigungen mit ein.

[20] Die Auswahl der konsultierten Homepages richtete sich danach, dass sie entweder der Verfasserin bekannt waren oder am 2. Juli 2013 in der Suchmaschine Google mit den Stichworten „Selbstvertretung Schweiz", „Selbsthilfe Schweiz" und „Selbsthilfe Behinderung Schweiz" als Haupttreffer erschienen. Der in Kapitel 1.3 konstatierte Mangel an Schweizer Beiträgen zum Thema machte eine solche eigene Internetrecherche nötig. Im Übrigen treffen die daraus erfolgten Feststellungen der Verfasserin auch für die mögliche Vorstufe eines Kinderwunsches zu.

Selbstbestimmtes Leben). Eine Ausnahme bildet avanti donne, Kontaktstelle für Frauen und Mädchen mit Behinderung. Um Zugang zum Thema Mutterschaft zu erhalten, ist allerdings ein persönliches Login erforderlich (vgl. avanti donne o.J.a).

Allgemein lässt sich bezogen auf die Schweiz festhalten, dass sie „offensichtlich den Entwicklungen in Deutschland ‚einen Schritt hintennach' (ist)" (Staudenmaier 2008: 305). Beispielsweise gibt es keine ambulanten Angebote, die sich *exklusiv* der Begleitung von Menschen mit Behinderungen[21] und deren Kinder verschrieben haben[22] (vgl. ebd.). Käch Studhalter et al. (2008: 7) bemerken generell einen Mangel, wenn es um Unterstützungsangebote im Rahmen von selbstständigem Leben und Wohnen geht. Aber ebenso unter den stationären Institutionen existieren nur wenige, die sich ohne akuten Handlungsanlass mit der Begleitung von Eltern mit Behinderungen und deren Kinder befassen. Ähnlich wie in Deutschland (und wie das eigene Praxisbeispiel in der Einleitung vermuten lässt), sind stationäre Einrichtungen von ihren Strukturen und Konzepten her zumeist nicht auf eine Unterstützung vorbereitet und zeigen häufig auch keine Bereitschaft dazu – mit den entsprechenden, oben erwähnten Folgen für die Betreffenden (vgl. Staudenmaier 2008: 310, 315).

Doch auch für die Professionellen bleibt die verbesserungswürdige Unterstützungslage nicht ohne Konsequenz. So schreibt Staudenmaier (2008: 315) auf Basis einer eigenen Umfrage unter Fachpersonen:

> Es wird erwähnt, dass bisher pragmatische Lösungen für Einzelfälle erarbeitet wurden und die Grundsatzdiskussionen anhand der Einzelfälle geführt werden, was einen grossen Kräfteeinsatz aller Beteiligten bis hin zu einer Überforderung bedeute. Eine grundlegende Auseinandersetzung könnte von der Evaluation bestehender Angebote ausgehen, zudem auf eine Bedarfsabklärung zurückgreifen, mit dem Vorteil, dass im Einzelfall nicht immer alles neu erfunden werden müsste. Es müssten bestehende Angebote geöffnet oder neue Angebote geschaffen werden, welche den bestehenden Anforderungen genügen sollen.

Solange angemessene Angebote jedoch fehlen, kann eine Elternschaft von Menschen mit Behinderungen – über die Fachleute hinaus – ebenfalls für die Herkunftsfamilien erhebliche Belastungen mit sich bringen, indem Letztere womöglich neuerlich für ein Kind sorgen müssen (vgl. Wohlgensinger 2008: 11). Ehe dieser Umstand mit dem Kinderwunsch in Verbindung gebracht wird, ist anzuerkennen, dass nebst den zitierten Unzulänglichkeiten auch hierzulande eine erfreuliche Entwicklung feststellbar ist: Die Empfehlung, in der Deutsch-

[21] Nun beziehen sich die Aussagen wieder auf Menschen mit spezifisch kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen (und mit Behinderungen).

[22] Das Normalisierungsprinzip radikal gedacht, wären ausschliesslich „allgemeine" Angebote zu begrüssen. Staudenmaier spielt hier aber vermutlich darauf an, dass solche Angebote den Bedürfnissen und Bedarfen von Menschen mit Behinderungen nicht immer gerecht werden, was oben bereits ausgeführt wurde. Für manche Personen mit Behinderungen dürften daher mindestens für den Moment Angebote stimmig sein, die spezifisch auf sie ausgerichtet sind und sich möglichst in Richtung Normalisierung bewegen.

schweiz eine zentrale Koordinations- und Beratungsstelle aufzubauen (vgl. Staudenmaier 2008: 317), hat mittlerweile mit der Gründung des Netzwerkes namens „Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung (sic!)“ zumindest ansatzweise Beachtung gefunden. Das Netzwerk wird von der Fachstelle Lebensräume insieme koordiniert und setzt sich aus Vertreterinnen und Vertretern unterschiedlicher Institutionen sowie weiteren Fachpersonen zusammen, die Eltern mit Beeinträchtigungen und deren Kinder unterstützen und für die Rechte sowie Bedürfnisse der Betreffenden einstehen. Tätigkeitsmässig widmet es sich der Öffentlichkeitsarbeit, sammelt Wissen zur Thematik und fungiert somit als Informationsplattform (vgl. insieme o.J.b). Zudem war es 2012 an der Organisation der in der Einleitung erwähnten Fachtagung „Geistig behindert (sic!) und trotzdem Eltern sein?“ beteiligt (vgl. Hochschule Luzern o.J.) und versendet zweimal jährlich an Interessierte einen Informationsbrief mit Fachbeiträgen aus Forschung und Praxis (vgl. Fachstelle Lebensräume insieme 2013).

2.3 Folgerungen im Hinblick auf eine gelingende Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch und entsprechend professionelle Unterstützung

Zum Schluss des Kapitels sollen einige der gewonnenen Erkenntnisse nochmals aufgegriffen werden, die in Zusammenhang mit der Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch besonders relevant erscheinen.

Mitunter Fehlannahmen sowohl zum Kinderwunsch von Menschen mit Behinderungen als auch zu dessen möglicher Folge einer Elternschaft tragen dazu bei, dass mit dem Kinderwunsch der Betreffenden oft in einer behindernden Weise umgegangen wird (vgl. Pixa-Kettner 2010: 6f.). Zusätzlichen Einfluss darauf haben Befürchtungen seitens Angehöriger und Fachpersonen. Sie rufen angesichts der noch dürftigen Unterstützungsangebote in Zusammenhang mit der Elternschaft von Menschen mit Behinderungen gewisses Verständnis hervor (vgl. Kap. 2.2.2 Unterstützungssituation, Staudenmaier 2008: 306, 317). Gleichwohl meint auch Achilles (2010: 75), selbst Mutter einer Person mit Beeinträchtigungen: „So nachvollziehbar die Ängste (...) sind, so unumstößlich steht für mich fest: Niemand darf Menschen mit einer geistigen Behinderung das Recht auf Elternschaft absprechen. Nicht von vornherein und nicht pauschal.“

Die geschilderten hinderlichen Umgangsformen stehen nicht nur im Widerspruch zu professionellen Prinzipien wie Achtung, Respekt und Wertschätzung. Vielmehr verunmöglichen sie des Öfteren die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderungen an einer konstruktiven Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch, wodurch dieser im Falle der Nicht-Realisierung manchmal noch Jahre später präsent ist und bei den betroffenen Personen unangenehme Gefühle hervorruft (vgl. Kap. 2.1.1). Des Weiteren ergeben sich Auswirkungen auf die Elternschaften, z.B. in Bezug auf deren Planung. Zwar haben mehrere Untersuchungen in Deutschland ergeben, dass es auch bei Menschen ohne Behinderungen nicht

selten zu ungeplanten Schwangerschaften kommt. Je nach Studie liegt der entsprechende Wert zwischen 30% und 40% (vgl. Feldhaus/Boehnke 2007: 1682). Ungeplante Schwangerschaften haben somit gewisse „Normalität". Diese Zahlen lassen jedoch gleichzeitig auf 60% bis 70% geplante Schwangerschaften schliessen, was im Gegensatz zu der verschwindend kleinen Anzahl geplanter Schwangerschaften von Menschen mit Behinderungen steht (vgl. Kap. 2.2.2 Schwangerschaften). Es ist wünschenswert, dass Letztere ebenfalls in die Lage kommen, sich bewusster für oder gegen ein Kind zu entscheiden (vgl. Pixa-Kettner 2010: 7). Durch umfassende Aufklärung und Beratung *bevor* es zu einer Schwangerschaft kommt, wäre eine Verschiebung von fast nur ungeplanten hin zu mehr realistischen, verantwortungsvollen[23] Elternschaften möglich (vgl. Staudenmaier 2004: 138, 145). Nicht zuletzt bedingt dies eine andere Form der Begegnung mit dem Kinderwunsch von Menschen mit Beeinträchtigungen und entsprechend eine Begleitung, welche auf eine gelingende Auseinandersetzung der Betreffenden mit ihrem Kinderwunsch hinarbeitet (und in Bezug auf Professionelle in späteren Arbeitsteilen noch konkretisiert wird). Diese Forderung lässt sich denn auch durch weitere faktenbasierte Überlegungen stützen.

So dürften die Chancen steigen, dass Menschen mit Beeinträchtigungen ihr Umfeld im Falle einer Entscheidung für ein Kind und v.a. bei Eintreten einer Schwangerschaft (rascher) informieren, wenn sie die Begleitpersonen in der vorgängigen Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch als hilfreich wahrgenommen haben. Dies setzt natürlich auch voraus, dass die Betreffenden z.B. körperliche Signale einer Schwangerschaft selber erkennen (vgl. Kap. 2.2.2 Schwangerschaften), wofür wiederum die nahegelegten breitgefächerten Angebote der sexuellen Bildung Bedeutung haben. Alsdann können Professionelle, die über fundierte Kenntnisse zu Elternschaften von Menschen mit Beeinträchtigungen sowie entsprechenden Unterstützungsmöglichkeiten verfügen, bei Bedarf und auf Wunsch der Betreffenden gegenüber deren Angehörigen sowie noch „unwissenden" Fachleuten eine vermittelnde oder bisweilen anwaltschaftliche Position einnehmen und beim Abbau von Ängsten sowie Vorbehalten helfen. Ist eine Schwangerschaft seitens werdender Eltern(teile) erwünscht[24] und trifft sie im Umfeld auf Unterstützung sowie andere günstige Rahmenbedingungen, erübrigt sich zudem die Frage einer Abtreibung (vgl. Gloger-Tippelt et al. 1993: 80-84). Denn es kommt die Vermutung auf, wonach Menschen mit Behinderungen nicht selten zu einer Abtreibung genötigt bis gezwungen werden, zumal in vielen bestehenden Elternschaften solche Drän-

[23] Es soll hier nicht der Eindruck entstehen, dass eine ungeplante Schwangerschaft stets verantwortungslos sei (ebenso wenig wie geplante Schwangerschaften immer verantwortungsvoll wären). Vielmehr meint Staudenmaier (2004: 138, 145f.) mit „realistisch" und „verantwortungsvoll" zum einen, dass Personen mit Kinderwunsch eine Vorstellung von der elterlichen Realität haben. Andererseits könnte im Falle einer Planung frühzeitig – und möglichst mithilfe einer Beratungs- und Koordinationsstelle – eine adäquate Unterstützungsoption ins Auge gefasst werden, bei der Menschen mit Beeinträchtigungen nicht zu einem Umzug gezwungen sind (vgl. dazu auch die späteren Ausführungen in diesem Kapitel).

[24] Hierzu gilt es anzumerken, dass aber auch ungeplante Schwangerschaften gewünscht bzw. mit der Zeit zunehmend akzeptiert werden können (vgl. Gloger-Tippelt et al. 1993: 80, Kap. 2.2.2 Schwangerschaften).

gungsversuche stattgefunden haben (vgl. Kap. 2.2.2 Schwangerschaften). Erfolgen Schwangerschaftsabbrüche nicht in eigener Entscheidung, sondern durch ungünstige äussere Faktoren motiviert, erhöht sich das Risiko negativer psychischer Auswirkungen (vgl. Gloger-Tippelt et al. 1993: 85f.).

Ausserdem ermöglichen eine Planung bzw. ein frühzeitiges Bekanntwerden einer Schwangerschaft u.a. frühe Vorsorgeuntersuchungen und die Vorbereitung der werdenden Eltern auf die neuen Aufgaben und Rollen. Ebenfalls kann ohne hohen Zeitdruck die Unterstützung für die Zeit nach der Geburt in die Wege geleitet werden, die auf einer gemeinsam erfolgten, differenzierten Erhebung des erwarteten Hilfebedarfes beruht und später situationsangepasste Modifikationen zulässt. Das rechtzeitige Vorhandensein der oftmals aufwändig zu organisierenden Unterstützung sowie die Vorbereitung der werdenden Eltern wiederum verbessern die Aussichten auf ein langfristiges Zusammenleben als Familie. Letzteres kann auch durch das professionelle Hilfesystem auf die Probe gestellt werden. Deshalb und aufgrund der Konsequenzen von Fremdplatzierungen (z.B. für den Selbstwert von Eltern und Kindern) erscheint eine gut funktionierende, allseitig gewünschte und gleichberechtigte Kooperation umso wichtiger (vgl. Kap. 2.2.2 Wohn-, Unterstützungssituation, Lenz et al. 2010: 174-178). Deren Zustandekommen dürfte nicht zuletzt vom Verhalten der Fachkräfte gegenüber Menschen mit Beeinträchtigungen und ihrem Kinderwunsch abhängen. Schliesslich prägen im Laufe der Biografie gemachte Erfahrungen späteres Vertrauen bzw. Misstrauen gegenüber Professionellen häufig mit.

Einer gelingenden Auseinandersetzung von Menschen mit Beeinträchtigungen mit ihrem Kinderwunsch und einer entsprechenden bedürfnis- und bedarfsgerechten Unterstützung hierbei ist also viel Bedeutung beizumessen. Dass dazu überdies die Menschenrechte auffordern, zeigt das nächste Kapitel.

3 Betrachtung aus menschenrechtlicher und ethischer Perspektive

Vielerorts in der Fachliteratur wird zur Unterstützung von Menschen mit Behinderungen, die sich Kinder wünschen, mit dem prinzipiellen Recht auf Elternschaft argumentiert. Dieses besteht aus dem Grundrecht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit und dem Diskriminierungsverbot. Es handelt sich jedoch nicht um ein einklagbares Recht, sondern es meint die Berechtigung zur Kindeszeugung ohne von anderen Leuten davon abgehalten zu werden. Radikal verfolgt, müsste diese Begründung dazu führen, dass *sämtliche* Personen das Recht auf eine Kindeszeugung besitzen, was juristisch gesehen auch zutrifft (vgl. Wohlgensinger 2007: 124f.). Auf die nationale Rechtslage kann hier aus Umfanggründen nicht eingegangen werden. Stattdessen soll die UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) näher beleuchtet werden, in der das Recht von Menschen mit Behinderungen auf Elternschaft und deren (mögli-

che) Vorstufe des Kinderwunsches seine Konkretisierung findet. Vorliegend wird eine kritische Betrachtung angestrebt, da mitunter die in Kapitel 2.1.1 geschilderten, verbreiteten hinderlichen Umgangsweisen mit dem Kinderwunsch den Nutzen der BRK anzweifeln lassen. Vor allem aber ist die Realität komplexer und kann ethische Fragen aufwerfen. So wird in der Fachliteratur mitunter davor gewarnt, potentielle Schwierigkeiten in Zusammenhang mit der Elternschaft von Menschen mit Behinderungen auszublenden. Ebenso wenig soll(en) deren Elternschaft durchgängig unkritisch und regelrecht euphorisch begrüsst sowie die Betreffenden generell zur Elternschaft ermuntert werden (vgl. Wohlgensinger 2007: 125).
Zunächst gilt es, einen Überblick über die BRK und ihr explizitester Artikel zum Kinderwunsch und seiner potentiellen Konsequenz der Elternschaft zu geben. Nach einer kritischen Diskussion der Reichweite der BRK findet eine genauere inhaltliche Analyse statt. Dabei zeichnet sich auch das ethische Spannungsfeld ab, welches mit einem Kinderwunsch zusammenhängt und im zweiten Kapitelteil näher beschrieben wird.

3.1 Behindertenrechtskonvention (BRK)

„Nothing About Us, Without Us" (United Nations 2004) lautete das Motto der Verhandlungen zur BRK. So waren an ihnen nebst Regierungsmitgliedern auch Menschen mit Behinderungen aus der Zivilbevölkerung verschiedener Staaten beteiligt. Am 13. Dezember 2006 wurde das Übereinkommen schliesslich von der UN-Generalversammlung verabschiedet (vgl. Arnade 2013: 37), das keine „Sonderrechte" enthält. Vielmehr geht es gerade um die Realisierung der Allgemeinen Menschenrechte, indem diese in Bezug auf die Situation von Personen mit Behinderungen präzisiert und konkretisiert werden (vgl. Bielefeldt 2009: 14, 16): „Das ‚Spezielle' der Konvention besteht nicht in der Formulierung etwaiger Spezialrechte, sondern in der speziellen Perspektive der Behinderten (sic!) auf die allgemeinen Menschenrechte. Das Gesamtspektrum der Menschenrechte wird gleichsam unter dem Gesichtspunkt durchgearbeitet, wie Menschen mit Behinderungen ihre Ansprüche auf Autonomie, Gleichberechtigung, Inklusion und Teilhabe wirksam zur Geltung bringen können." (ebd.: 14) An diesen Leitprinzipien orientieren sich denn auch die einzelnen Artikel der BRK. Sie entsprechen den politischen und bürgerlichen sowie wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechten in anderen Menschenrechtsverträgen (vgl. Wohlgensinger 2013: 2). Im Vergleich häufiger findet die Achtung der Menschenwürde Erwähnung, womit auf die entsprechende erforderliche Bewusstseinsbildung sowohl seitens Personen mit Behinderungen (v.a. in Form von Selbstachtung) als auch von Seiten der Gesellschaft insgesamt aufmerksam gemacht wird. Letzteres verpflichtet die Staaten zu breit angelegten Aufklärungs- und Bildungsprogrammen (vgl. Bielefeldt 2009: 5).

Hinsichtlich Kinderwunsch und Elternschaft interessiert der Artikel 23 besonders. Wohlgensinger (2013: 2f.) fasst die zentralen Aussagen wie folgt zusammen[25]:

- Menschen mit Behinderungen haben das Recht, frei und verantwortungsbewusst selbst darüber zu entscheiden, ob und wie viele Kinder sie haben.
- Der Zugang zur adäquaten Aufklärung und Familienplanung muss gewährleistet sein.
- Menschen mit Behinderungen dürfen nicht gegen ihren Willen unfruchtbar gemacht werden.
- Sie werden angemessen in der Wahrnehmung ihrer elterlichen Verantwortung unterstützt. Das Kind darf nicht gegen den Willen seiner Eltern von diesen getrennt werden. Nur die Behinderung der Eltern ist kein Grund für den Entzug des Sorgerechts, sondern so wie bei allen Kindern, kann dies nur bei einer Gefährdung des Wohls des Kindes in einem gerichtlichen Verfahren angeordnet werden.

Obschon die BRK damit hinsichtlich der gleichberechtigten Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am Kinderwunsch und seiner möglichen Folge der Elternschaft wegweisend erscheint, wird in der Fachliteratur vor einer überhöhten Erwartung gewarnt. Mitunter solche kritische Stimmen sollen nun zu Wort kommen, um zu zeigen, dass die alleinige Proklamation von Rechten nicht genügt, solange die realen Möglichkeiten massiv behindert bleiben (vgl. Herrath 2013: 19).

3.1.1 Kritische Diskussion der Reichweite

Wie oben erörtert, findet in der BRK keine Ersterklärung, sondern vielmehr eine Betonung und Konkretisierung der Menschenrechte statt. So erinnert Herrath (2013: 30f.), dass es nicht erst seit der Publikation der BRK ein Menschenrechtsverstoss ist, Menschen mit Behinderungen den Kinderwunsch auszureden. Derartige Anstrengungen entlasteten lediglich von der gesellschaftlichen und institutionsspezifischen Verantwortung, Lebensmöglichkeiten für begleitete Familien zu schaffen. Für manche schien denn auch schon vor langem festzustehen: „Es stellt sich also im Grunde nicht die Frage, ob Menschen mit geistiger Behinderung (sic!) (...) eigene Kinder und Familie haben dürfen: daß Menschen mit Behinderungen sich das wünschen, bedarf keiner Legitimation. – Der ethischen und rechtlichen Legitimation bedarf es vielmehr umgekehrt, wenn jemand anders (...) meint, sie bzw. er müsse verhindernd oder reglementierend eingreifen, wenn der betreffende behinderte Mensch seine Möglichkeiten, (...) eine Familie zu gründen, auch zu realisieren versucht." (v. Bodelschwinghsche Anstalten[26] Bethel 1993: 4) Daher warnt Herrath (2013: 29f.) davor, hinsichtlich der Verwirklichung der Rechte viel Hoffnung auf die BRK zu legen, zumal eine gute Deklaration

[25] Für die vollumfängliche deutsche Übersetzung der BRK vergleiche Die Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft (2011).
[26] Das negativ assoziative Wort „Anstalten" im Institutionsname wurde inzwischen durch „Stiftungen" ersetzt (vgl. v. Bodelschwinghsche Stiftungen Bethel 2009).

noch lange keine Wirklichkeit konstituiert. Auch Martin (2013: 204) wirft die Frage auf: „Was nützt das Recht, wenn es nicht genutzt werden kann?“ Letzteres trifft oftmals zu, wie Kapitel 2 gezeigt hat. Spezifisch in Bezug auf die Menschenrechte wird in der Fachliteratur zudem darauf hingewiesen, dass weltweit zahlreiche Personen mit Behinderungen ihre Rechte u.a. durch Nichtwissen nicht in Anspruch nehmen können (vgl. Martin 2013: 205). Mindestens in der Schweiz scheinen dem unterschiedliche Behindertenorganisationen und Parteien kaum entgegenzuwirken. So macht Wohlgensinger (2013: 4) die Feststellung, wonach in den Vernehmlassungsberichten der Genannten zur BRK v.a. Themen wie Arbeit, Wohnen und Bildung sowie z.T. Gewalt und Missbrauch Erwähnung fanden. Das Thema Elternschaft hingegen wurde ausgeklammert. Offensichtlich entscheidet sich also erst im gesellschaftlichen Miteinander (und nicht mit der BRK per se), ob und wie sich diskriminierende Realitäten verändern lassen (vgl. Herrath 2013: 32f.).

Angesichts der beschriebenen Diskrepanzen zwischen Menschenrecht und Praxis erscheint die Skepsis hinsichtlich der Tragweite der BRK verständlich. Gleichwohl machen sich andernorts auch zuversichtliche Stimmen bemerkbar. Gemäss Clausen (2013: 300f.) etwa geht von der BRK ein wichtiger Impuls aus, den aufzugreifen und für die Schaffung von förderlichen Rahmenbedingungen zu nutzen es u.a. an den Fachkräften liegt. Im Allgemeinen wird der Anstoss der BRK auf die Weiterentwicklung des generellen internationalen Menschenrechtschutzes bezogen. Ausserdem besteht die Hoffnung, nach der das Übereinkommen durch die Anerkennung von Beeinträchtigung als normalem Bestandteil menschlichen Lebens sowie Zusammenlebens zur Humanisierung der Gesellschaft beiträgt (vgl. Bielefeldt 2009: 4, 6). Welche Impulse die BRK im Speziellen hinsichtlich des Kinderwunsches mit seiner möglichen Konsequenz der Elternschaft gibt, soll im Folgenden erörtert werden. Schliesslich hat für eine professionelle Begleitung zu gelten, dass nicht die persönliche Meinung bzw. das eigene Gefühl den Ausschlag geben. Viel relevanter sind die (menschen)rechtlichen Grundlagen (vgl. Clausen 2013: 296).

3.1.2 Inhaltliche Diskussion

Im Artikel 23 der BRK wird mit Blick auf die Kindeszeugung von einer „freien und verantwortungsbewussten Entscheidung“ gesprochen (vgl. Kap. 3.1). Denn mit Rechten hängen eben auch Pflichten zusammen. So bedeutet eine Elternschaft viel Verantwortung, der gerade mit Blick auf ein längerfristiges Zusammenleben mit dem Kind nachgekommen werden muss. Sie stellt eine lebenslange Aufgabe dar, bei der es nicht nur um das eigene Wohl, sondern ebenfalls um dasjenige von anderen, v.a. des Kindes, geht. Deshalb führt die BRK mehrfach das Wohl und die Interessen des Kindes an. Wohlgensinger (2013: 3) folgert: „Verantwortungsbewusste Entscheidungen treffen zu können und ein Recht in befriedigender Art und Weise beanspruchen zu können bedingt, dass entsprechende Fähigkeiten und auch Mög-

lichkeiten vorhanden sind. Ein Recht auf Elternschaft allein ist nicht hinreichend."
Eine autonome Entscheidung heisst demnach nicht nur, selbstständig zu wählen und zu entscheiden. Vielmehr erfordert sie des Weiteren das Bewusstsein über die Folgen, welche aus dem eigenen Handeln resultieren. Der betreffenden Person muss klar sein, was überhaupt Gegenstand der Entscheidung ist (vgl. Wohlgensinger 2008: 12). Nebst gewissen kognitiven Fähigkeiten bedarf es hierfür Informationen (vgl. ebd. 2007: 127). Den Kinderwunsch betreffend braucht es also eine Vorstellung davon, welche Bedeutung eine Elternschaft für das eigene Leben haben könnte (vgl. ebd. 2013: 3).
Es ist eine Realität, dass nicht nur kompetente Leute Eltern werden, wobei Menschen ohne Beeinträchtigungen zahlenmässig klar die Mehrheit bilden. Ebenso wenig sind alle Menschen mit Beeinträchtigungen zur Kindererziehung unvermögend (vgl. ebd. 2008: 12, Kap. 2.2.1). Und nicht jede Person erfüllt per se die Voraussetzungen an eine „vernünftige" Entscheidung (vgl. Wohlgensinger 2013: 4). So haben Menschen mit Behinderungen oftmals nicht gelernt, selbstständig zu entscheiden, und kommen insbesondere in Institutionen selten mit Kindern in Kontakt. Aber – und das ist das Wesentliche – Personen können darin kompetent werden (vgl. Wohlgensinger 2008: 12). Menschen sind gerade hinsichtlich der Entscheidung über einen Kinderwunsch nicht *generell* unfähig[27]. Professionelle Unterstützung kann folglich bezüglich der wirklichen Inanspruchnahme von Rechten viel bewirken – in befähigender oder, wie besonders in Kapitel 2.1.1 deutlich wurde, eben auch hinderlicher Weise. Daher nimmt die BRK die Fachleute mit in die Pflicht: Professionelle haben über die blosse Respektierung der Rechte hinaus bei deren Realisierung zu assistieren (vgl. Wohlgensinger 2013: 4). Ehe in Kapitel 4 eine dahingehende Unterstützung konkret vorgestellt wird, ist näher darauf einzugehen, dass mit dem Kinderwunsch und seiner eventuellen Konsequenz der Elternschaft die Interessen verschiedener Parteien angesprochen sind, mitunter die in der BRK angedeuteten des Kindes. Nicht immer lassen sie sich miteinander vereinbaren und es stellt sich die Frage der Einschränkung der Selbstbestimmung sowie deren Rechtfertigung. Denn obschon der Autonomie der potentiellen Eltern grosse Bedeutung beizukommen hat, ist sie nicht grenzenlos möglich (vgl. Wohlgensinger 2007: 113, 129). Damit ergibt sich ein ethisches Spannungsfeld, das im Folgenden verdeutlich wird.

3.2 Selbstbestimmung und verschiedenseitige Interessen

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit kann eine ethische Betrachtung des Kinderwunsches mit seiner potentiellen Folge der Elternschaft nur knapp nachgezeichnet werden, um erste Anregungen für eine vertiefte Auseinandersetzung zu geben. Für eine eingehendere Lektüre verweist die Verfasserin v.a. auf den Fachbeitrag von Wohlgensinger aus dem Jahre 2007.

[27] Dies muss gerade auch im Falle einer umfassenden Beistandschaft (früher Vormundschaft) beachtet werden (vgl. Wohlgensinger 2007: 39).

3.2.1 Paternalismus

Die Autonomie eines Menschen findet dann Grenzen, wenn er Gefahr läuft, sich selbst oder Andere zu schädigen. In diesem Zusammenhang ist auch von Paternalismus die Rede, d.h. von einem Eingriff in die Handlungsfreiheit (vgl. Wohlgensinger 2008: 12). Dabei wird die Selbstbestimmung einer Person gegen oder ohne ihren Willen zu ihrem eigenen Wohl oder zu jenem von Anderen eingeschränkt. Dies passiert in der Annahme, der oder die Betreffende wisse nicht, was (derzeit) gut für ihn oder sie ist. Wohlgensinger erwähnt hier Dworkin. Nach ihm sind paternalistische Eingriffe zulässig, falls eine Person nicht selbstbestimmt handelt, d.h. hinsichtlich einer gewissen Handlung nicht kompetent ist (vgl. Wohlgensinger 2007: 101). Beispielsweise werden Massnahmen, die Kinderlosigkeit zur Folge haben (wie die Verabreichung von Verhütungsmitteln, geschlechtergetrenntes Wohnen), gerechtfertigt, indem eine Elternschaft sowohl im Interesse des betroffenen Menschen als auch der übrigen Involvierten zu stehen hat (vgl. ebd. 2008: 12).

Der in der Behindertenhilfe lange handlungsleitende Paternalismus wird allerdings heute, insbesondere in Bezug auf Erwachsene, kritisch betrachtet. Nicht zuletzt Menschen mit Beeinträchtigungen selber argumentieren u.a. mit dem Risiko einer andauernden Untergrabung des Rechts auf Autonomie und einer letztlich illegitimen Etablierung eines Machtverhältnisses, was durch moderne Konzeptionen wie Empowerment gestützt wird. Es stellt sich die Frage, ob zeitgemässe Konzepte der Unterstützung den Paternalismus zu ersetzen vermögen (vgl. Kulig 2007: 251f.). Mit Blick auf den Kinderwunsch und Verhütungsmassnahmen gilt es daher zunächst v.a. zu fragen, ob überhaupt irgendwelche Interessen existieren, die stärker zu gewichten sind als die Integrität der betreffenden Person (vgl. Wohlgensinger 2008: 12). Darauf soll nun eingegangen werden.

3.2.2 Interessen und ihre Gewichtung

Durch einen Kinderwunsch kann gar das **Wohl der potentiellen Eltern selbst** tangiert werden. Dann nämlich, wenn diese eine nicht-kompetente bzw. nicht-autonome Entscheidung treffen, also ohne Reflexion der dahinter stehenden Werte sowie Ziele und ohne Bewusstsein für die damit verbundene Konsequenzen und Aufgaben. Der Kinderwunsch gründet auf unzureichenden Annahmen, z.B. dass sich mit einem Kind das Bedürfnis nach Zuneigung stillen lässt. Die gesamte Tragweite der Elternschaft wird hingegen nicht erkannt, weshalb es sich nicht um einen *wirklichen* Kinderwunsch mit *echtem* Interesse an einem Kind handeln dürfte. Demzufolge würde eine Kindeszeugung nicht dem tatsächlichen Willen der Betreffenden entsprechen (vgl. Wohlgensinger 2007: 98, 113f., 129). Es sei jedoch daran zu erinnern, dass die Kinderwunschmotive von Menschen mit Beeinträchtigungen nicht grundlegend von jenen von Personen ohne Beeinträchtigungen differieren (vgl. ebd.: 114, Kap. 2.1).

Weiter kann die Realisierung des Kinderwunsches dem eigenen echten Interesse entgegenstehen, wenn es später zu einer schmerzhaften Trennung vom Kind käme. Allerdings handelt es sich hierbei um eine Hypothese, die problematisch ist (vgl. Wohlgensinger 2007: 132). Denn Prognosen über Kompetenzen betreffend die Erziehung und Versorgung vom Kind sind schwierig. Ausserdem entwickeln sich die nicht minder bedeutsamen intuitiven elterlichen Kompetenzen erst in dessen Anwesenheit. Das Gelingen der Elternschaft müsste somit nach der Niederkunft des Kindes in jedem Fall individuell geprüft werden, d.h. die Beurteilung gegenwärtig und nicht als Zukunftsvorhersage stattfinden. Vor der Geburt lassen sich hingegen lediglich grobe – nicht jedoch definitive – Aussagen über die elterlichen Fähigkeiten machen. Es ist aber zu vermuten, dass Personen, die hinsichtlich des Kinderwunsches zu einer selbstbestimmten Entscheidung gelangen können, ebenfalls bezüglich der Erziehung und Versorgung eines Kindes (potentiell) vermögend sind (vgl. ebd.: 110, 128f.). Umso bedeutsamer erscheint es, jeden Menschen in seinem Kinderwunsch ernst zu nehmen, um allfällige hintergründige Motive und entsprechend die „Ernsthaftigkeit" des Wunsches auszumachen. Im Rahmen der persönlichen Entwicklungsmöglichkeiten kann ein gutes Unterstützungssystem – wie es die BRK vorsieht und Fakten belegen (vgl. Kap. 2.2.1, Kap. 3.1.2) – bei der Aneignung von Fähigkeiten helfen oder Kompensationsstrategien vermitteln und dabei unterstützen, die eigenen Wünsche, Vorstellungen und Bedürfnisse wahrzunehmen (vgl. Wohlgensinger 2007: 115, ebd. 2008: 13).

Die Gefährdung des Kindeswohls ist das vermutlich am häufigsten vorgebrachte Argument von Gegnerinnen und Gegnern der Elternschaft von Menschen mit Behinderungen. Obschon kein linearer Zusammenhang zwischen den elterlichen Beeinträchtigungen und einem kindlichen Entwicklungsdefizit besteht, stellen die Beeinträchtigungen einen Risikofaktor dar. Durch entsprechende Unterstützung kann das Risiko aber oftmals deutlich gesenkt, wenn nicht eliminiert werden (vgl. Kap. 2.2.1, Wohlgensinger 2008: 13). So gibt es keinen Anlass zur Behauptung, es wäre besser, es würde gar nicht erst ein Kind gezeugt. In Fällen, in denen dann trotzdem eine Kindswohlgefährdung eintritt und eine Trennung ins Auge gefasst werden muss, kommt es allerdings zu einer Interessensabwägung. Dabei spielen sowohl die auch untereinander zu gewichtenden **Interessen des Kindes** eine Rolle, nämlich zum einen sich in einem förderlichen Umfeld positiv zu entwickeln und zum anderen mit den Eltern zusammenzuleben, ebenso wie das Interesse der Eltern, das Kind in ihrer Obhut zu haben (vgl. Wohlgensinger 2008: 13). Gleiche Massstäbe vorausgesetzt, bedeutet dies jedoch Teilhabe an der gesellschaftlichen Normalität entsprechend dem Artikel 23 der BRK (vgl. Kap. 2.2.2 Wohnsituation, Kap. 3.1). Darüber hinaus ist zu beachten, dass hinsichtlich der kindlichen Interessen der Blick nicht alleine auf die Eltern gerichtet werden sollte. Auch die Gesellschaft nimmt mit ihrer Reaktion auf Eltern mit Beeinträchtigungen und deren Kinder viel Einfluss.

Eine Stigmatisierung der Eltern erweist sich für die Kinder insbesondere während der Pubertät als Problem (vgl. Wohlgensinger 2007: 119).

Weiter sind die **Interessen der Herkunftsfamilien und der Fachkräfte** zu nennen. Wie in Kapitel 2.2.2 zur Unterstützungssituation eingeführt, kann ein in Erfüllung gehender Kinderwunsch gerade für die Herkunftsfamilien zu Belastungen führen. Schliesslich übernehmen diese in den bereits existierenden Elternschaften öfters zahlreiche Erziehungs- und Betreuungsfunktionen. Ebenfalls seitens des Fachpersonals wird von einer Überforderung durch die inhaltliche, zeitliche und persönliche Facette der Begleitung berichtet. Zusätzliche Argumente der Herkunftsfamilien bzw. der Fachleute beziehen sich auf oben genannte Interessen der Kinder oder potentiellen Eltern.

Die Interessen der Herkunftsfamilien und der Fachkräfte sind gegenüber dem Kinderwunsch der möglichen Eltern weniger zu gewichten. Dennoch erscheint deren Sicht in der Analyse der Gesamtsituation bedeutsam und ist ernst zu nehmen. Letzteres gilt u.a. wegen der eventuellen Überforderung: Herkunftsfamilien und Fachpersonen brauchen persönliche und finanzielle Hilfe, um in einer künftigen Familienbegleitung ihrer neuen Rolle gerecht werden zu können. Auch zur Entlastung insbesondere der Herkunftsfamilien zeigt sich also einmal mehr der Verbesserungsbedarf des professionellen familienbegleitenden Angebots, was mithin zu einem Aufgabengebiet des Staates gehört (vgl. Wohlgensinger 2007: 120).

Unter den 2004 von Staudenmaier befragten Fachkräften bestand allerdings Einigkeit, dass der Elternschaft von Menschen mit Behinderungen kaum gesellschaftliche Akzeptanz zukommt (vgl. Staudenmaier 2004: 71). Wie in den vorangegangenen Kapiteln offensichtlich wurde, kann ebenfalls 2013 von einer Selbstverständlichkeit der Thematik nicht die Rede sein (vgl. Wohlgensinger 2013: 1). Das von einer Elternschaft betroffene **Interesse des Staates und der Gesellschaft** ist in erster Linie finanzieller Art. Eine Elternschaft von Menschen mit Behinderungen bedingt einen deutlich grösseren Kostenaufwand als die meisten Elternschaften von Personen ohne Behinderungen, der sich künftig durch die Forderungen nach mehr Unterstützung – und die steigende Anzahl Elternschaften (vgl. Kap. 2.2.2 Inzidenz) – noch erhöhen dürfte. Das wirtschaftliche Argument hat jedoch rein theoretisch erst dann Ausschlagekraft, wenn die nötigen Ausgaben die Gesellschaft massiv gefährden würden. Angesichts der äusserst wenigen – obschon zunehmenden – Elternschaften von Menschen mit Behinderungen wird dies vermutlich nie eintreffen. Ausserdem hat sich der Staat grundsätzlich mitunter der Aufgabe verschrieben, seine schwächeren Mitglieder zu unterstützen, und er misst dem Schutz des Kindes viel Bedeutung zu, was für die Elternschaften der Betreffenden genauso gilt (vgl. Wohlgensinger 2007: 121).

Gesamthaft betrachtet lässt sich keine Pauschalantwort auf die Gewichtung der verschiedenen Interessen geben. Vielmehr sind unterschiedliche Schwerpunkte denkbar, die es den jeweiligen Individuen und ihrer spezifischen Situation entsprechend zu setzen gilt. Dabei

werden die Interessen der potentiellen Eltern und des Kindes am höchsten zu gewichten sein, weil sie bei einer Geburt am direktesten und meisten betroffen wären. Allerdings können sie miteinander konfligieren, falls dem Kind keine gute Zukunft vorausgesagt wird (vgl. ebd.: 130). Letzteres ist, wie erwähnt, heikel. Kommt hinzu, dass in der überwiegenden Mehrheit der Paare mit Kinderwunsch weder deren Interesse noch jenes vom zu zeugenden Kind interessiert. Deshalb sei nochmals zu erinnern: Personen mit Beeinträchtigungen haben prinzipiell dieselben elterlichen Schwierigkeiten wie Menschen ohne Beeinträchtigungen und es dürfen ihnen keine strengeren Massstäbe gesetzt werden. Sie benötigen jedoch zusätzliche Hilfe aufgrund ihrer spezifischen Lage, womit nicht zuletzt die gesellschaftliche Diskriminierung und Marginalisierung gemeint sind. Das Potential von Unterstützung ist gerade auch mit Blick auf die Interessen des Kindes zu berücksichtigen (vgl. ebd.: 131, Kap. 2.2.1).
Jedenfalls hat dem Konzept der Autonomie ein hoher Stellenwert beizukommen und ein allfälliger, durch widerläufige Interessen bedingter Paternalismus muss auf seine Rechtfertigung hin überprüft werden (vgl. Wohlgensinger 2007: 129). In Bezug auf die Verwirklichung des Kinderwunsches alleine lässt sich aber konstatieren, dass ein paternalistischer Eingriff bzw. eine stellvertretende Entscheidung (z.B. betreffend Verhütungsmassnahmen) unzulässig ist, wenn eine Person informiert und selbstbestimmt entscheiden kann. Mitunter besteht dann kein Anlass, einen Menschen vor sich selbst zu schützen. Deswegen und weil sich die Abwägung unterschiedlicher Interessen im Konfliktfall diffizil zeigt, erscheint es vordringlich, Menschen mit Beeinträchtigungen darin zu unterstützen, in der Entscheidung bezüglich ihres Kinderwunsches kompetent zu werden[28] (vgl. ebd.: 114, 132f.). Über ein entsprechendes Vorgehen hierzu und vorhandene Methoden informiert das nächste Kapitel.

4 Professionelle Unterstützung einer gelingenden Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch

In den vorangegangenen Arbeitsteilen wurde deutlich, dass jeder Kinderwunsch Wertschätzung verdient und ernst zu nehmen ist. Denn ein angemessener Entscheidungs- und Verarbeitungsprozess bedingt die Möglichkeit, sich wiederholt mit den eigenen Vorstellungen, Wünschen und Träumen befassen zu können (vgl. Pixa-Kettner/Bargfrede 2008: 77). Professionelle Unterstützung kann dabei helfen, die hinter einem Kinderwunsch stehenden Motive zu ergründen, um dessen „Ernsthaftigkeit" auszumachen (vgl. Kap. 3.2.2). Sie hat zudem „...möglichst ‚unparteiisch' zu vermitteln, wo die Schwierigkeiten liegen könnten und ihnen bzw. ihr [einem Paar oder einer Frau] zu einer realistischen Einschätzung der mit der Entscheidung für ein Kind verbundenen Anforderungen und ihrer individuellen Möglichkeiten

[28] Dies kommt auch einer relationalen Ethik nahe, der gemäss „dafür plädiert (wird), das Wohl der Mutter nicht jenem des Kindes gegenüber zu stellen, sondern die beidseitige Verflochtenheit anzuerkennen" (Krumm 2013: 283).

zu verhelfen“ (Bargfrede/Pixa-Kettner 2001: 292). Eine konstruktive Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch (und eine entsprechende Unterstützung) bedeutet somit nicht zwingend dessen Verwirklichung. Auch wenn ein Kinderwunsch von Menschen mit Beeinträchtigungen unerfüllt bleibt, wie es Personen ohne Beeinträchtigungen teils ebenfalls erleben, wird durch eine Thematisierung die Selbstwahrnehmung und Ich-Entwicklung angeregt (vgl. Pixa-Kettner/Bargfrede 2008: 77). Insbesondere „eine Sensibilisierung in der Wahrnehmung von Wünschen und Bedürfnissen (…) hilft, zwischen eigenen und fremden Bedürfnissen zu differenzieren und schafft die Grundlage, realisierbare von utopischen Wünschen zu unterscheiden“ (Specht 2013: 179). Gerade eine frühzeitige, im Rahmen der regulären Aufklärung begleitete Auseinandersetzung mit dem Thema Kinderwunsch und seiner möglichen Folge der Elternschaft erlaubt eine umfassende Reflexion (vgl. AWO Bundesverband e.V. 2006: 78f.). Dadurch können allenfalls Bedürfnisse aufgespürt werden, die sich anderweitig befriedigen lassen, womit im Falle eines nicht-wirklichen Interesses an einem Kind der Wunsch für die betreffenden Personen an Bedeutung verliert (vgl. Wohlgensinger 2007: 114). Kommt es andererseits zu einer selbstbestimmten Entscheidung *für* ein Kind und schliesslich einer Elternschaft, eröffnen sich den Eltern neue Chancen, z.B. die eigenen Lebensziele zu verwirklichen und durch ein Kind an ihnen bislang verschlossenen Lebensbereichen zu partizipieren (vgl. Pixa-Kettner/Bargfrede 2004: 86).

Für eine professionelle Begleitung gilt das Prinzip „so viel Hilfe wie nötig, so wenig wie möglich“ (AWO Bundesverband e.V. 2006: 81). Ausserdem sollen die Angebote die Selbstbestimmung der Nutzerinnen und Nutzer achten, d.h. auf Freiwilligkeit beruhen und ein jederzeitiges Aussteigen zulassen (vgl. Specht 2013: 179). Hinsichtlich der konkreten Methodenwahl ist überdies zu berücksichtigen, dass es keine Generalmethode geben kann. Professionalität kennzeichnet sich vielmehr durch den Einbezug eines weiten Spektrums an Handlungskonzepten und Methoden, die individuell und situationsgemäss zum Einsatz gelangen (vgl. Wüllenweber 2009: 79). Demzufolge sind die Ausführungen in den anschliessenden Unterkapiteln als Möglichkeiten unter anderen anzusehen.

Grundsätzlich wird in Bezug auf die Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch ein schrittweises Vorgehen vorgeschlagen: Zunächst stehen die Motive hinter dem Kinderwunsch im Fokus (vgl. insieme o.J.a). Bleibt der Kinderwunsch dabei bestehen, sollten Menschen mit Beeinträchtigungen daraufhin die Realität elterlicher Aufgaben erfahren können (vgl. Wohlgensinger 2007: 114). Auch sind deren (vermuteten) Kompetenzen als Eltern abzuschätzen. In einem dritten Schritt geht es um die Begleitung der Betreffenden entweder in der Verabschiedung vom Kinderwunsch und damit verbundener Trauerarbeit oder während der (werdenden) Elternschaft (vgl. insieme o.J.a). Nebst den alltäglichen Unterstützungspersonen der Behindertenhilfe sollte gerade im zweiten Schritt u.a. auch eine Fachberatungsstelle beigezogen werden (vgl. ebd., AWO Bundesverband e.V. 2006: 81). In der Schweiz wird hierfür an

die regionalen Sexual- und Schwangerschaftsberatungsstellen verwiesen. Die Fachstelle für Behinderung und Sexualität (fabs) musste hingegen ihre Tätigkeit 2010 aufgrund finanzieller Schwierigkeit einstellen (vgl. avanti donne o.J.b).

Als eine Möglichkeit der Unterstützung geraten nachfolgend Gespräche und dazu verfügbare Materialien genauer in den Blick. Im Weiteren interessiert das Angebot eines Elternpraktikums, das v.a. für die Vermittlung elterlicher Erfahrung Relevanz hat. Danach wird die Anschlussbegleitung knapp skizziert, ehe zu Kapitelende (An)Forderungen an und Aufgaben für die Profession(ellen) präsentiert werden, welche über die direkte Arbeit mit der Klientel hinausgehen.

4.1 Gespräche

Das Potential von Menschen mit Beeinträchtigungen, sich sprachlich auseinanderzusetzen, wurde früher in der Tendenz eher unterschätzt. So sind mitunter in problemzentrierten und leitfadenorientierten Interviews zumeist differenzierte Stellungnahmen möglich. Allerdings haben die Betreffenden in ihrer Lebenswelt oftmals wenig Gelegenheit, das Thema Kinderwunsch und Elternschaft zu bereden. Nicht zuletzt in einer Institution leben sie verhältnismässig isoliert und sind abhängig von einem eingeschränkten Bildungsangebot, das diese Thematik – wie in Kapitel 2.1.1 festgehalten – häufig ausklammert. Dabei erscheinen Gespräche insbesondere bei einem so komplexen Gegenstand wie dem Kinderwunsch vielversprechend, um eine Auseinandersetzung zu unterstützen (vgl. Pixa-Kettner/Bargfrede 2008: 77f.).

Eine Beratung ist prinzipiell ergebnisoffen zu führen und für alle Beteiligten klar auf eine selbstbestimmte Entscheidung hin auszurichten (vgl. Lenz et al. 2010: 169). Als niederschwelliges Angebot findet eine Orientierung an der unmittelbaren Erfahrungswelt der Nutzerinnen und Nutzer statt, ebenso wie eine leichte – nicht aber kindliche – Sprache zur Anwendung gelangt, nach deren Anschlussfähigkeit sich Professionelle bei eigener Unsicherheit zu erkundigen haben. Dabei sollten auch offene Fragen gestellt werden. Ausserdem gilt es, nicht zu viele unterschiedliche Aspekte auf einmal zu erörtern, sondern stattdessen eventuell zusätzliche Gespräche zu vereinbaren (vgl. ebd.: 203, AWO Bundesverband e.V. 2006: 24, 29, 79). Als Bereiche, die im Hinblick auf eine kompetente Entscheidung betreffend eine Elternschaft zu thematisieren sind, listet Wohlgensinger (2007: 107f.) u.a. die folgenden auf: eigene Identität sowie unterschiedliche Faktoren einer Paarbeziehung, der weibliche und männliche Körper, verschiedene Sexualpraktiken (Onanie, Geschlechtsverkehr, usw.), der persönliche Kinderwunsch, Kindeszeugung und Verhütung, Schwangerschaft sowie Geburt. Körperliche Vorgänge sollten dabei in chronologischer Abfolge geschildert werden (vgl. AWO Bundesverband e.V. 2006: 94). Ein weiteres Thema stellt die Dimension der elterlichen Aufgaben und Verantwortung dar, ebenso wie mögliche Veränderungen des eigenen Lebens

sowie der Paarbeziehung zu diskutieren sind. Den individuellen Kompetenzen und Schwächen schliesslich ist im Gespräch ebenfalls Raum zu geben. Denn eine autonome Entscheidung erfordert weiter das Bewusstsein der potentiellen Eltern, bei der späteren Erziehung und Versorgung von Kindern wahrscheinlich Hilfe zu benötigen (vgl. ebd.: 79, Wohlgensinger 2007: 108, 115). Möglicherweise fällt es den Betreffenden jedoch schwer, ohne Minderwertigkeitsgefühle die eigene Beeinträchtigung und Unterstützungsbedürftigkeit annehmen zu können. Dazu zählt auch zu akzeptieren, dass manche Dinge allenfalls für sie nie erlernbar sind und die eigenen Kinder sie in ihrer kognitiven Leistungsfähigkeit vermutlich übertreffen werden. Nicht zuletzt im Hinblick auf die Annahme von Assistenz erscheint eine entsprechende gemeinsame Reflexion in einem sensibel geführten Gespräch bedeutsam (vgl. Bender 2012: 72, Lenz et al. 2010: 125), während dem – genauso wie bei Menschen ohne Beeinträchtigungen – auch allfällige Ängste und Bedenken bezüglich der vorgestellten Zukunft mit einem Kind umfassend besprochen werden sollen (vgl. Wohlgensinger 2007: 133).

Wie vor allem in Kapitel 3.2.2 offenbar wurde, gilt es die Interessen aller Seiten im Blick zu haben, mitunter jene der *Angehörigen*. Letztere bekunden oftmals besonders Mühe, bei einem geäusserten Kinderwunsch eine objektive Haltung einzunehmen. Über z.B. Fortbildungsveranstaltungen für Angehörige hinaus kann es deswegen u.a. sinnvoll sein, sämtliche involvierten Parteien miteinander ins Gespräch zu bringen, um das Vorgehen bezüglich des Kinderwunsches und die entsprechende Unterstützung zu erörtern (vgl. AWO Bundesverband e.V. 2006: 80). Sind mitunter Angehörige von Beginn an in einer Beratung präsent, indem sie die potentiellen Eltern mit Beeinträchtigungen zum Gespräch u.a. in einer Fachstelle begleiten, ist es besonders wichtig, anfänglich die Anliegen der Anwesenden zu klären. Gehen die Anliegen auseinander, sollten Personen mit einem Kinderwunsch über den Einbezug der Fragen oder Sorgen ihrer Begleitperson bestimmen können. Gerade im Falle eingeschränkter Kommunikationsmöglichkeiten von Menschen mit Beeinträchtigungen und dominanter Begleitpersonen besteht ansonsten das Risiko, dass die Interessen von Ersteren in den Hintergrund geraten. Je nach dem bedarf es getrennter Gespräche, um den Anliegen der potentiellen Eltern im Sinne ihres Rechts auf Autonomie besonders Gewicht zu verleihen (vgl. ebd.: 24f.).

Die Angehörigen betreffend ist es relevant, für ihre Bedenken Verständnis zu zeigen, durch ein Gespräch die Gelegenheit zur Entlastung zu geben und für eine allfällige Elternschaft reale Angebote in Aussicht zu stellen. Andererseits sollte Angehörigen ebenfalls die Grenze zwischen Fürsorge sowie legitimen eigenen Interessen und den Persönlichkeitsrechten von erwachsenen Menschen mit Beeinträchtigungen verdeutlicht werden (vgl. v. Bodelschwinghsche Anstalten Bethel 1993: 24f.). Denn gerade für Eltern bildet Loslassen allgemein eine Herausforderung, die sich bei einem Kind mit Beeinträchtigungen in erhöhtem Masse zeigt (vgl. Achilles 2013: 123). Nicht zuletzt in der Diskussion um mögliche Hilfen für den Fall einer

Elternschaft ist daher die Berücksichtigung von Angehörigen als Unterstützungspersonen wohl zu überlegen. Dies gilt umso mehr, wenn hinter dem Kinderwunsch das Motiv liegt, sich von den eigenen Eltern zu emanzipieren (vgl. Stadt Frankfurt am Main 2006: 128).
Nebst Gesprächen mit Einzelpersonen oder unter Einbezug von Angehörigen liegt eine weitere Option im Angebot von *Gesprächskreisen* für Menschen mit Beeinträchtigungen, die sich mit dem Kinderwunsch auseinandersetzen möchten. Entsprechend einer Konzeption von professionell begleiteten Selbsthilfegruppen, welche u.a. die Möglichkeit zu kurzen Bildungssequenzen über Themen wie Schwangerschaft oder Kindererziehung beinhaltet, soll dadurch die Gelegenheit geschaffen werden, mit Personen in ähnlicher Lebenssituation in Kontakt zu kommen und so sozialer Isolation entgegenzuwirken. Annahme dabei ist, dass in der Gruppe von (potentiellen) Eltern die Stärke einer Gemeinschaft erlebt wird, die vermehrt zur Schilderung der eigenen Vorstellungen, Bedürfnisse sowie Schwierigkeiten ermutigt und Hilfe und Beratung ermöglicht. Für den Gesprächseinstieg und zur generellen Erleichterung der Kommunikation in der Gruppe gibt es das sogenannte Kinderwunschspiel (vgl. Pixa-Kettner/Bargfrede 2008: 82f.). Als eine Form von Gesprächshilfe findet es Eingang in das kommende Unterkapitel.

4.1.1 Gesprächshilfen

Bei einem so komplexen Thema wie dem Kinderwunsch kann sich die Verwendung einer Strukturierungshilfe als nützlich erweisen, was noch mehr im Falle von sprachlichen und kommunikativen Beeinträchtigungen der potentiellen Eltern gilt. Aber auch Menschen ohne Beeinträchtigungen dürften gerade in einer Gesprächsrunde Hemmungen haben, zu einem so intimen Gegenstand wie dem Kinderwunsch und den damit verbundenen persönlichen Emotionen, Vorstellungen und Hoffnungen Stellung zu nehmen (vgl. Pixa-Kettner/Bargfrede 2008: 78). Insbesondere sinnliche, passende Anschauungsmaterialien sowie Arbeitshilfen erlauben eine differenzierte Wahrnehmung und Information über die Vorstellungen und Wünsche von Menschen mit Beeinträchtigungen (vgl. ebd., AWO Bundesverband e.V. 2006: 94). Vor allem jedoch haben sie die Betreffenden zu eigenen Antworten auf ihre Fragen, Wünsche, etc. anzuregen. Ausserdem sollten die Materialien informativ sowie selbstbewusstseins- und selbstwertförderlich sein, um eigenständiges Handeln und Entscheiden der potentiellen Eltern zu unterstützen (vgl. Pixa-Kettner/Bargfrede 2008: 78).

Kinderwunschspiel

Hinter dem mindestens eine halbe Stunde dauernden Kinderwunschspiel[29] liegt die Absicht, zu einem möglichst offenen Austausch über die eigenen Wünsche und Phantasien im Hinblick auf ein Kind zu animieren. Gleichzeitig sollen dadurch auch realistische Abwägungen

[29] Das Kinderwunschspiel ist im Internet auf der Homepage des AWO Bundesverbandes e.V. bestellbar (vgl. AWO Bundesverband e.V. 2012.).

über die Anforderungen und Belastungen einer Elternschaft ausgelöst werden. Das Spiel besteht aus 36 bebilderten Karten mit treffenden, einfach und kurz formulierten Sätzen zum Nachdenken und zur Diskussion (vgl. AWO Bundesverband e.V. 2006: 139). Um einer einseitigen Beeinflussung vorzubeugen, beinhaltet das Spiel positive (+), negative (-) und neutrale (?) Aussagen (vgl. Pixa-Kettner/Bargfrede 2008: 83). Beispiele (ebd.: 84):

„Wenn ich ein Kind habe, fühle ich mich nie mehr einsam." (+)
„Wenn ich ein Kind habe, kann ich abends nicht ausgehen." (-)
„Wenn ich ein Kind habe, bin ich für einen anderen Menschen verantwortlich." (?)



Abb. 1: Beispiele aus dem Kinderwunschspiel (in: Pixa-Kettner/Bargfrede 2008: 83)

Weiter bezieht sich ein Teil der Aussagen auf Einzelpersonen, während andere Paare betreffen (vgl. ebd.: 84):

„Erst wenn ich ein Kind habe, bin ich richtig erwachsen."
„Wenn man ein Kind hat, streitet man sich mehr." (ebd.)

Als zusätzliches Kriterium sollte das Kinderwunschspiel das Spektrum an verbreiteten Kinderwunschmotiven wiedergeben (vgl. ebd.), das in Kapitel 2.1 der vorliegenden Arbeit Thema war. Dabei nehmen die Karten auch Bezug auf die „besondere" Lebenssituation und -erfahrung von Menschen mit Behinderungen (vgl. Pixa-Kettner/Bargfrede 2008: 84):

„Wenn ich ein Kind habe, bekomme ich mehr Aufmerksamkeit von anderen."	Wunsch nach Zuwendung
„Wenn ich ein Kind habe, bin (sic!) ich weniger behindert."	Ausdruck von Konformität/ Normalität
„Kinder können Eltern bei vielen Sachen helfen."	Wunsch nach Lebensbereicherung
„Erst wenn wir ein Kind haben, sind wir eine richtige Familie."	Wunsch nach vollständiger Familie
„Wenn ich ein Kind habe, werde ich gebraucht."	Gebraucht (sic!) werden
„Erst wenn ich ein Kind habe, bin ich eine richtige Frau oder ein richtiger Mann."	geschlechtliche Potenz beweisen

„Erst wenn ich ein Kind habe, bin ich richtig erwachsen.“	Emanzipation von den Eltern
„Wenn man ein Kind hat, braucht man nicht mehr zur Arbeit gehen.“	Flucht

Abb. 2: Beispiele zur Repräsentation von Kinderwunschmotiven im Kinderwunschspiel (in: Pixa-Kettner/Bargfrede 2008: 84)

Zu beachten schliesslich ist, dass die meisten Aussagen nicht auf eindeutige Antworten im Sinne von richtig oder falsch ausgerichtet sind. Vielmehr geben sie die Möglichkeit zu subjektiven Bewertungen.
Hinsichtlich der Spielregeln gilt: Wird das Spiel in der Gruppe gespielt, liest jede Person der Reihe nach eine Karte vor oder, falls sie dazu selber nicht in der Lage ist, lässt sie diese vorlesen. Anschliessend entscheidet sie sich für eine Antwort nach dem Ja-Nein-Vielleicht-Schema und platziert die Karte auf einer dementsprechenden Unterlage. Nachdem sämtliche Karten abgelegt worden sind, werden die drei Stapel nochmals durchgegangen. Dadurch haben sämtliche Teilnehmenden die Gelegenheit, über die Aussagen zu diskutieren und reflektieren (vgl. ebd.: 84f.).

Fragenkatalog
Für Professionelle kann es eine Hilfe sein, sich bei der Gesprächsführung an einem Fragenkatalog zu orientieren. Als mögliche Fragen im Rahmen eines Beratungsgesprächs werden im Praxisleitfaden vom AWO Bundesverband e.V. (2006: 79) die folgenden vorgeschlagen:

- Haben Sie schon anderen von ihrem (sic!) Wunsch nach Kindern erzählt? Wie war die Reaktion? Wie ging es Ihnen damit?
- Wer sollte darüber informiert werden?
- Was wird Ihre Familie / ihr (sic!) soziales Umfeld dazu sagen?
- Was für Gefühle, Erwartungen verbinden Sie mit der Elternschaft? Warum möchten Sie ein Kind?
- 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?
- Was ist mit dem Partner/der Partnerin? Lebt er / sie mit ihnen (sic!) zusammen? Wollen Sie zusammen ziehen?
- Haben Sie Kontakt zu Kindern?
- Kennen Sie jemand (sic!) mit einem Kind?
- Gibt es noch andere Wünsche, die sie (sic!) verwirklichen wollen?

Zeigt sich in Gesprächen ein beständiger Kinderwunsch, sollten Menschen mit Beeinträchtigungen die Realität des Elternseins selber erleben können (vgl. eingangs Kap. 4). Denn oft stellt sich die Frage, ob sie die Konsequenzen einer Kindeszeugung einschätzen können. Dies trifft jedoch auf die meisten Personen zu, die erstmals Eltern werden: Auch vielen Menschen ohne Beeinträchtigungen ist nicht bewusst, was sie bei der Versorgung eines Kindes rund um die Uhr erwartet (vgl. AWO Bundesverband e.V. 2006: 94). Optionen, um potentiellen Eltern die elterliche Realität auf Basis von eigener Erfahrung näher zu bringen, werden im Folgenden vorgestellt.

4.2 Elternsein erfahrbar machen

Zur Ergänzung von Beratungsgesprächen bieten sich Praktika z.B. in Kindertagesstätten an, während denen die persönliche Vorstellung mit der Wirklichkeit verglichen werden kann. Allenfalls besteht zudem die Option, in der eigenen Familie Kinder zu beaufsichtigen oder auf andere Art Kontakt zu Eltern herzustellen. Dabei sollte eine angemessene Begleitung vorhanden sein, damit diese Erfahrungen nicht abschreckend wirken, sondern Ergebnisoffenheit zulassen (vgl. AWO Bundesverband e.V. 2006: 79).

Eine weitere vielversprechende Möglichkeit ist seit Anfang 2013 in Entstehung: Unter dem Name Real Care® Plus wird das sexualpädagogische Bildungsprogramm Real Care® an die spezifischen Bedürfnisse von jungen Menschen mit Beeinträchtigungen angepasst und in die Praxis eingeführt. Dahinter liegt die Absicht, den Betreffenden Bildung zu ermöglichen, die über die Vermittlung von korrektem Wissen hinaus die Kompetenz zur eigenen Entscheidungsbildung sowie Handlungsplanung fördert (vgl. Orthmann Bless 2013a: 1f.). In das anderthalb Jahre dauernde Projekt unter Leitung von Frau PD Dr. Dagmar Orthmann Bless, Heilpädagogisches Institut der Universität Freiburg (CH), fliesst ein Bundesbeitrag in Höhe von Fr. 66'000.00 (vgl. Schweizerische Eidgenossenschaft/Université de Fribourg 2013).

Real Care® meint „ein simulationsbasiertes, sexualpädagogisches Programm für junge Menschen, um sich mit der verantwortungsvollen Aufgabe der Elternschaft i.e.S. und der eigenen Person und Lebensgestaltung i.w.S. auseinander zu setzen" (Orthmann Bless 2013a: 1). Es erlaubt Jugendlichen im Speziellen, den Alltag mit einem „eigenen Baby" und somit die Elternrolle zu erleben (vgl. babybedenkzeit GbR 2012c). Während ein paar Tagen tragen die jungen Menschen die Verantwortung für einen Säuglingssimulator, der mittels eingebauten Computers die Bedürfnisse eines echten Babys simuliert. So ist der RealCare®-Säugling u.a. mit Nahrung zu versorgen und anzukleiden. Er kann Wohlbefinden ausdrücken oder aber durch Weinen auf unbefriedigendes elterliches Verhalten reagieren und zur Beruhigung anhand z.B. von Wiegen im Arm auffordern. Sämtliche Ereignisse werden qualitativ und quantitativ nachgezeichnet. Sie lassen sich zum Ende des Elternpraktikums in Berichtsform ausdrucken und mit den Lernenden besprechen (vgl. ebd. 2012a). Die Einbettung der Versor-

gung des Babys in ein pädagogisches Gesamtkonzept wiederum erlaubt eine besonders wirklichkeitsgetreue und nachhaltige Auseinandersetzung (vgl. Orthmann Bless 2013a: 2). Demzufolge erfordert das Programm, welches sich hinsichtlich seiner Endnutzung sowohl an Gruppen als auch Einzelpersonen richtet, eine Begleitung durch Fachkräfte u.a. der Sozialen Arbeit (vgl. babybedenkzeit GbR 2012b, ebd. 2012c).

Nachdem es im Standardbereich, der Arbeit mit Menschen ohne Beeinträchtigungen, weltweit schon in rund 50 Staaten erfolgreich zum Einsatz kommt, soll das RealCare®-Programm nun so weiterentwickelt werden, dass Jugendliche und junge Erwachsene mit Beeinträchtigungen ebenfalls daraus Gewinn ziehen können. Hierfür gilt es, die organisatorischen Abläufe, Lernziele, Materialien, etc. an die Bedürfnisse und Lernmöglichkeiten der Betreffenden zu adaptieren (vgl. Orthmann Bless 2013a: 2). Weiter sind praktikable Evaluationsstrategien einzuführen, die bislang auch im Standardbereich kaum Beachtung fanden und sich auf die Erlangung der Bildungsziele ebenso wie die Praktikabilität des Programms selbst beziehen. Zu diesen Zwecken werden im Projekt unter Orthmann Bless ein Programmhandbuch mit CD-ROM sowie didaktische Materialien erarbeitet. Sie stehen nach Projektende Fachkräften zur Verfügung, die mit jungen Menschen mit Beeinträchtigungen zu den Themen Elternschaft, Sexualität und Lebensplanung tätig sind. Zusätzlich sollen Anwenderschulungen für die Fachpersonen vor Ort (z.B. in Bildungsinstitutionen, Wohneinrichtungen oder -schulen) sowie ein Ausleihsystem für die Simulatoren die Umsetzung in der Praxis garantieren (vgl. ebd.: 1f., Schweizerische Eidgenossenschaft/Université de Fribourg 2013). Das Forschungsprojekt selbst wird in Institutionen in der Deutschschweiz durchgeführt (vgl. Orthmann Bless 2013a: 4), doch ist dessen Verantwortliche auch an einem Austausch mit Professionellen aus Deutschland und Österreich interessiert (vgl. babybedenkzeit GbR 2013: 2).

In Real Care®- bzw. Real Care® Plus-Programmen werden verschiedene Vorteile gesehen: So ermöglichen Simulationen den Endnutzerinnen und -nutzern ein „Probehandeln“, ohne schon über sämtliche nötigen Handlungskompetenzen verfügen zu müssen. Die Auswirkungen der persönlichen (nicht-)vorhandenen Kompetenzen sind dabei auf direkte, einprägsame Weise erfahrbar – als Erfolgserlebnis oder eben bei deren Fehlen als Einsicht in die Grenzen beispielsweise der eigenen Geduld und Belastbarkeit (vgl. ebd. 2012d, Orthmann Bless 2013a: 3). Durch den zentralen Stellenwert von Handlungsaktivitäten („learning by doing“) lassen sich ausserdem die Behaltensleistungen und die Nachhaltigkeit des Lernerfolgs unterstützen. Gerade die unmittelbaren Rückmeldungen beeinflussen die Leistungsregulation wie auch die Lernmotivation positiv, wobei zu Letzterer die Handlungsaktivitäten mit beitragen (vgl. Orthmann Bless 2013a: 3). Für die Fachleute und Institutionen wiederum wird der Gewinn genannt, wonach sie „(…) auf ein komplett ausgearbeitetes, anwendungsbereites, an die verschiedenen Anwendungssituationen speziell adaptiertes Programm inklusive Material zurückgreifen (können). Das erleichtert ihnen ihren Bildungsauftrag.“ (ebd.)

Demgegenüber liegen die Grenzen des Programms in der Vermittlung der emotionalen Aspekte, die mit der Begegnung mit einem Baby zusammenhängen (vgl. Pixa-Kettner/Bargfrede 2008: 82): „Das enorm belohnende Verhalten eines Säuglings in der wechselseitigen Interaktion, der erste Blickkontakt, das Lächeln und eine Vielzahl von weiteren Signalen an die Eltern, die den Umgang mit einem Säugling so befriedigend oder im Falle eines Misslingens so anstrengend machen, kann ein Simulator nicht vermitteln." (ebd.) Dies deckt sich mit der Feststellung, gemäss der sich die intuitiven elterlichen Kompetenzen vor der Geburt nur vermuten lassen (vgl. Kap. 2.2.1, Kap. 3.2.2).

4.3 Entscheidung über den Kinderwunsch und Anschlussbegleitung

In den vorherigen Teilkapiteln wurde beschrieben, wie die Auseinandersetzung von Menschen mit Beeinträchtigungen mit einem Kinderwunsch konkret unterstützt werden kann. Gelingt sie, d.h. resultiert daraus die anzustrebende selbstbestimmte Entscheidung, hat das (professionelle) Umfeld diese unbedingt zu akzeptieren (vgl. Hennies/Sasse 2004: 76, Kap. 3.2.2).

Kommt es zur Entscheidung *für* ein Kind, haben Fachkräfte vertrauensbildend und unterstützend tätig zu werden, sobald sie von einer Schwangerschaft Kenntnis erhalten. Denn eine frühzeitige, angemessen konzipierte Vorbereitung und Begleitung der werdenden Eltern erhöht die Aussichten auf ein langfristiges Zusammenleben als Familie (vgl. Kap. 2.2.2 Unterstützungssituation, Lenz et al. 2010: 177f.). Dabei sollten Unterstützungspersonen – gerade auch wenn es später dennoch zu einer begründeten Trennung analog dem Artikel 23 der BRK käme – stets auf eine Lebenssituation hinwirken, die Eltern mit Beeinträchtigungen und ihren Kindern subjektives Wohlbefinden ermöglicht (vgl. Kap. 3.2.2, Staudenmaier 2004: 146).

Lässt sich ein Kinderwunsch nicht verwirklichen, ist – unabhängig von der Ursache und analog zu Menschen ohne Beeinträchtigungen – ein zeitintensiver sowie z.T. schmerzlicher Prozess notwendig, um davon Abschied nehmen zu können (vgl. Pixa-Kettner 2010: 8). Professionelle sollten die Betreffenden darin unterstützen, über den nicht-realisierbaren Lebenstraum eines eigenen Kindes und einer intakten Familie zu trauern (vgl. Hennies/Sasse 2004: 76). Weil ein Kinderwunsch immer auch ein Bedürfnis nach Veränderung und Neuorientierung darstellt, gilt es gleichzeitig, Menschen mit Beeinträchtigungen in der Entwicklung alternativer Lebensperspektiven Hilfestellung zu bieten (vgl. Pixa-Kettner 2010: 8).

Hinsichtlich der Begleitung von Personen mit Beeinträchtigungen in der Verabschiedung von ihrem Kinderwunsch konnte die Verfasserin in der themenspezifischen Fachliteratur keine Hinweise für ein konkretes professionelles Vorgehen finden. Auch gesichtete Beiträge zur allgemeinen Trauerarbeit mit Menschen mit Beeinträchtigungen gehen nicht explizit auf den Kinderwunsch ein (vgl. z.B. Fässler/Weibel 2008, Luchterhand/Murphy 2001). Ebenso wenig

wird im Rahmen der Fachbeiträge zum Kinderwunsch von Menschen mit Beeinträchtigungen die Unterstützung der Entwicklung anderer Lebensperspektiven näher erläutert. Hierzu dürften sich aber Methoden der Persönlichen Zukunftsplanung eignen (vgl. z.B. Doose 2011). Ausserdem weckt diesbezüglich das sich noch in Entstehung befindende Real Care® Plus-Programm Hoffnungen, in welches das Thema der Lebensplanung Eingang finden soll (vgl. Kap. 4.2). Für die Begleitung während einer Schwangerschaft inklusive der Vorbereitung auf die Elternschaft schliesslich verweist die Verfasserin insbesondere auf den Beitrag von Lenz et al. (2010: 172-178). Es würde den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen, detaillierter auf die Anschlussbegleitung der Entscheidung über einen Kinderwunsch einzugehen. Stattdessen soll zu Kapitelende ein Überblick über zusätzliche (An)Forderungen an und Aufgaben für die Profession(ellen) gegeben werden. Denn hinsichtlich der Zieldimension der gleichberechtigten Partizipation von Menschen mit Beeinträchtigungen an einer entwicklungsförderlichen Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch sind auf weiteren Ebenen Veränderungen nötig. Dementsprechend reicht der Auftrag der Sozialen Arbeit über die direkte Tätigkeit mit der Klientel hinaus.

4.4 Weitere (An)Forderungen an und Aufgaben für die Profession(ellen)

Näherungsweise findet von der Struktur her im Folgenden eine gewisse Anlehnung an Staudenmaier (2008: 315) statt, die bezüglich des Handlungsbedarfs eine gesellschaftliche, institutionelle und professionelle Ebene unterscheidet. Die verschiedenen Ebenen lassen sich allerdings nach Ansicht der Verfasserin nicht trennscharf voneinander abgrenzen und fliessen ineinander über. Ausserdem bezieht sich ein Teil der Ausführungen auch auf die mögliche Folge der Elternschaft, weil das Gelingen der Auseinandersetzung von Menschen mit Beeinträchtigungen mit ihrem Kinderwunsch damit – wie in früheren Kapiteln aufgezeigt – in enger Wechselwirkung steht.

In der Begleitung von Menschen mit Beeinträchtigungen hinsichtlich der Entscheidung über ihren Kinderwunsch haben Fachkräfte die eigene Position zurückzuhalten. Gleichwohl braucht es für eine Unterstützung eine grundlegend positive Einstellung (vgl. AWO Bundesverband e.V. 2006: 80, Hoyningen-Süess/Staudenmaier 2004: 48f.). Ebenso wenig wie Menschen mit Beeinträchtigungen zu einer Schwangerschaft zu überreden sind, dürfen überhöhte Massstäbe an sie gerichtet werden, beispielsweise mittels Forderung nach einem Eignungsbeweis anhand eines Elternführerscheins (vgl. AWO Bundesverband 2006: 80, Kap. 2.2.1, Kap. 3). Bezüglich der Massstäbe erscheint das Bewusstsein der Fachpersonen relevant, wonach die Betreffenden oft in einer völlig anderen sozialen Realität als sie selber leben und vielfach zusätzlichen psychosozialen Belastungen gegenüber stehen (vgl. Lenz et al. 2010: 201). In diesem Zusammenhang ist auch von einem „Mittelschichthabitus“ von Professionellen die Rede. Deshalb gilt, sich als Fachkraft immer wieder daran zu erinnern, dass

„die Bandbreite dessen, was zwischen den eigenen Wünschen und Vorstellungen im Hinblick auf gelungenes Familienleben besteht und einer tatsächlichen Kindeswohlgefährdung (...) groß (ist)" (ebd.). Weiter hat eine positive Grundhaltung mitunter Bedeutung, um ein tragfähiges, vertrauensvolles Verhältnis zur Klientel aufzubauen, was in Zusammenhang mit deren Kinderwunsch und allfälliger Elternschaft äusserst wichtig ist (vgl. ebd., Kap. 2.3). So erfordert gerade auch der Einsatz des in Kapitel 4.1.1 vorgestellten Kinderwunschspiels die Schaffung einer Atmosphäre, welche ein offenes Gespräch über die Thematik ermöglicht. Hierfür bedarf es seitens Fachleute Offenheit sowie Toleranz und insbesondere eine Auseinandersetzung mit den eigenen Wertorientierungen (vgl. Pixa-Kettner/Bargfrede 2008: 85). Auf der **Ebene der Professionellen** geht es somit nicht zuletzt um die Überprüfung der persönlichen Einstellung, Wahrnehmung von Ambivalenzen und entsprechende *Reflexion* (vgl. AWO Bundesverband 2006: 94). Folgende Fragen sollen bei der Klärung[30] der eigenen Position unterstützen (vgl. ebd.: 82):

- Wer kann und darf meines Erachtens ein Kind bekommen und wer nicht? Woran richte ich die Bewertung aus? Und in der Konsequenz: Wen unterstütze ich bei einem Kinderwunsch und wen nicht?
- Kann ich überhaupt einem anderen Menschen das Recht, ein Kind zu haben, verwehren, womöglich auch noch, wenn ich selber Kinder habe?
- Inwieweit beeinflusst meine persönliche Einstellung zu Kindern meine Position in bezug (sic!) auf den Umgang mit Kinderwunsch der von mir unterstützten Frauen/Paare? (ebd.)

Abgesehen von Selbstreflexion gelten Supervision mit einer externen, d.h. ausserhalb der eigenen Institution stehenden Person und Besprechungen im Team, z.B. in Form einer Kollegialen Fallberatung, ebenfalls als hilfreiche Gefässe (vgl. Lenz et al. 2010: 230). Diskussionen mit anderen Fachpersonen können überdies dazu dienen, einen höheren Wissensstand zu entwickeln (vgl. Staudenmaier 2008: 317). Denn Professionelle benötigen ein umfassendes *Fach- und Methodenwissen* und müssen es anwenden können (vgl. Lenz et al. 2010: 199). Mitunter für die Qualitätssicherung im Rahmen des Real Care® Plus-Programms sollten sie daher an einer Schulung teilnehmen (vgl. Kap. 4.2). Der Zugang zu fachspezifischer Information und Beratung ist dabei den Fachkräften zu garantieren (vgl. Staudenmaier 2008: 317). Ihrerseits wiederum bedarf es der Bereitschaft, sich in neue Aspekte des Themas einzuarbeiten (vgl. Lenz et al. 2010: 210).

Motivation sowie Einsicht in die Notwendigkeit erscheinen gerade auch mit Blick auf die *Kooperation* von Bedeutung (vgl. ebd.: 257), gilt doch mangelhafte Kooperation unter Fachkräften als Risikofaktor für die Klientel (vgl. Kap. 2.2.2 Wohnsituation). Professionelle der Behin-

[30] Dass es bei diesen Fragen nur um eine Klärung bzw. Bewusstmachung geht, möchte die Verfasserin betonen. Denn die persönliche Meinung und das eigene Gefühl dürfen nicht den Ausschlag geben (vgl. Kap. 3.1.1).

dertenhilfe haben mit anderen Institutionen zusammenzuarbeiten, beispielsweise mit einer Sexual- und Schwangerschaftsberatungsstelle (vgl. eingangs Kap. 4). Da sie keine Fachleute für Schwangerschaft und Geburt sind, kommt es zudem unter Umständen zu Kontakt zu Angehörigen anderer Professionen, insbesondere der Medizin, v.a. der Gynäkologie (vgl. Lenz et al. 2010: 173). Dabei sollte mit den jeweiligen Menschen mit Beeinträchtigungen individuell geklärt werden, ob mitunter die Begleitung zu einem Arzttermin sinnvoll und nötig ist. Letzteres darf nicht aus einem Sicherheits- und Kontrollbedürfnis der Fachkräfte heraus geschehen, sondern z.B. um den Betreffenden bei dem Hervorbringen ihrer Anliegen und Fragen oder der strukturierten Schilderung ihrer Situation zu helfen. Nicht alle Ärztinnen und Ärzte gehen durch eine verständliche Sprache auf ihr Gegenüber ein (vgl. ebd.: 115, 207f.). Das Verhalten mancher Medizinerinnen und Medizinern wird denn gerade auch von mehreren Selbstvertretungsgruppen kritisiert, wobei einige gleichzeitig auf ihre Wünsche zur Gestaltung von Konsultationen hinweisen (vgl. AKF e.V./Weibernetz e.V. 2012, WIR FÜR UNS o.J.). Es kann erforderlich sein, dass ebenfalls Fachpersonen der Behindertenhilfe Ärztinnen und Ärzte für die Zusammenarbeit mit Menschen mit Beeinträchtigungen sensibilisieren (vgl. Lenz et al 2010: 115). Dies sollte auf eine Weise passieren, die auch der Kooperation unter den unterschiedlichen Professionen förderlich ist. Hierfür braucht es Wertschätzung gegenüber dem jeweils anderen Erfahrungshorizont, welcher ein Bestandteil der Handlungslogik[31] einer Profession ist. Fachkräfte haben demnach über möglichst umfangreiche Kenntnisse über die Handlungslogiken der beteiligten Institutionen bzw. Professionen zu verfügen und deren Unterschiedlichkeit zu akzeptieren (vgl. ebd.: 241). Ausserdem müssen sie stets den Datenschutz im Auge behalten und auch in der Kooperation mit anderen Institutionen und Professionen wenn immer möglich mit – und nicht über – Menschen mit Beeinträchtigungen sprechen (vgl. ebd.: 249).

Die Anforderungen an Fachleute sind also hoch und die Aufgaben vielfältig, um die Betreffenden im Hinblick auf die gleichberechtigte Teilhabe an der gelingenden Auseinandersetzung mit einem Kinderwunsch und seiner möglichen Folge der Elternschaft zu unterstützen. Ausserdem bilden nicht zuletzt konzeptionelle Unzulänglichkeiten und eine diskontinuierliche Finanzierung von Hilfen Risikofaktoren im Falle einer Elternschaft (vgl. Kap. 2.2.2 Wohnsituation), auf die einzelne Professionelle nur bedingt Einfluss haben. Entsprechend besteht auch auf übergeordneten Ebenen Handlungsbedarf. So sollte die Thematik Kinderwunsch und Elternschaft von Menschen mit Beeinträchtigungen in die Curricula der Aus- und Fortbildung der Fachpersonen Eingang finden (vgl. Staudenmaier 2004: 134). Ganz allgemein stehen auf **institutioneller Ebene** Einrichtungen in der Verantwortung, sich mit dem Thema

[31] Die Handlungslogik einer Profession umfasst des Weiteren die jeweiligen Aufgaben sowie Aufträge, Denkmuster und beruflichen Sozialisationsmuster (vgl. Lenz et al. 2010: 241, 243).

auseinanderzusetzen. Ein thematisches *Leitbild sowie Konzept*[32] dienen dazu, die Haltung und konzeptuelle Überlegungen zu Paarbeziehung, Sexualität, Kinderwunsch und Elternschaft festzuschreiben (vgl. ebd. 2008: 316). Ziel dabei ist, „...dass Menschen mit geistiger Behinderung (sic!) mit Kinderwunsch ernst genommen werden und sich eine Elternschaft nicht gegen die Forderung nach Abtreibung oder Fremdplatzierung erkämpfen müssen" (ebd.). Ebenso bezüglich der erwähnten institutionsübergreifenden Kooperation bedarf es eines systematischen Austausches und somit einer konzeptionellen Verankerung. Die Institutionen haben die nötigen zeitlichen und materiellen Ressourcen für die Kooperationstätigkeit verfügbar zu machen und intern sowie extern einen transparenten Informationsfluss zu gewährleisten (vgl. Lenz et al. 2010: 240-242). Nebst der *Zusammenarbeit* mit anderen ambulanten und/oder stationären Einrichtungen sowie Behörden kommt schliesslich auch der Kooperation mit der Forschung Bedeutung zu (vgl. Hoyningen-Süess/Staudenmaier 2004: 49). Beispielsweise ruft deshalb Orthmann Bless (2013a: 3f.) Institutionen dazu auf, sich für die Entwicklung des Real Care®-Plus-Programms als Praxisfeld zur Verfügung zu stellen. Damit sollen die Ziele des Forschungsprojekts erreicht werden können, was wiederum ebenfalls für die Praxis selbst von Nutzen wäre.

Allgemein gilt es, die *Forschung* hierzulande zu intensivieren. Dabei sollten bereits existierende internationale Untersuchungen berücksichtigt werden, weil der Koordination unterschiedlicher Forschungsansätze sowohl im In- als eben auch mit dem Ausland hohe Bedeutung beigemessen wird (vgl. Staudenmaier 2008: 316). In der Schweiz bedarf es mitunter an qualitativen und quantitativen Erhebungen zur Lebenssituation von Eltern mit Beeinträchtigungen und ihrer Kinder (vgl. Wohlgensinger 2013: 5). So ist ein Forschungsprojekt zur Entwicklung der Kinder in Planung (vgl. Université de Fribourg 2013). Aber ebenfalls der Blick ins deutsch- und englischsprachige Ausland zeigt, dass gerade hinsichtlich der Kinder eine Forschungslücke besteht (vgl. Pixa-Kettner/Rischer 2013: 255). Künftige Untersuchungen hierzu sollten mit prüfen, inwiefern das Aufwachsen bei Eltern mit Beeinträchtigungen auch Chancen beinhaltet (vgl. Sanders 2008: 163). Des Weiteren wird kritisch darauf hingewiesen, dass sich die Mehrzahl von bisherigen Interventionsstudien auf die elterlichen Kenntnisse sowie Fertigkeiten und somit auf die individuelle Ebene von Eltern oder Kind beschränkt. Dies obschon in anderen Studien positive Ergebnisse resultierten, wenn in den untersuchten Interventionen dem Faktor der sozialen Isolation von Menschen mit Behinderungen Rechnung getragen wurde. In den bemängelten Interventionsstudien hingegen fanden die sehr

[32] Alleine zur Konzeptentwicklung liesse sich eine ganze Arbeit schreiben. Besonders betonen möchte die Verfasserin daher an dieser Stelle lediglich, dass schriftliche Leitbilder sowie Konzepte nicht „leere Worte" bleiben dürfen, sondern sich das professionelle Handeln auch wirklich danach zu richten hat. Ausserdem erscheint bedeutsam, bei der Konzeptentwicklung Menschen mit Beeinträchtigungen als Nutzerinnen und Nutzer der Unterstützungsangebote miteinzubeziehen (vgl. Martin 2013: 213).

einflussreichen sozialen Netzwerke und die institutionellen sowie organisatorischen Rahmenbedingungen des Gemeinwesens keine Beachtung (vgl. ebd.: 262).
Auf die hiesige Notwendigkeit der Erhebung des Hilfebedarfes und der Evaluation bestehender Angebote wurde im Rahmen der Unterstützungssituation bereits aufmerksam gemacht. Unabhängig von der Forschung liess sich überdies ganz grundsätzlich ein Mangel an adäquaten Unterstützungsangeboten feststellen, der nicht zuletzt auch zu den geschilderten hinderlichen Umgangsweisen mit dem Kinderwunsch von Menschen mit Behinderungen beiträgt (vgl. Kap. 2.2.2, Kap. 2.3). Deswegen gilt es, an dieser Stelle an das Erfordernis der *Schaffung angemessener Unterstützungsangebote* zu erinnern und dabei wesentliche Elemente nochmals knapp aufzugreifen. „Schaffung" meint allerdings nicht nur neue Hilfsangebote. Vielmehr lassen sich ebenfalls noch aufzuspürende, bewährte Unterstützungsmodelle weiterentwickeln (vgl. Wohlgensinger 2013: 5). Prinzipiell ist eine Vielfalt an flexibel gestalteten Angeboten gefragt, die der Individualität der jeweiligen Elternschaft Rechnung trägt (vgl. Staudenmaier 2008: 316). Denkbar sind ambulante Unterstützungsformen ebenso wie stationäre in verschiedenartigen Institutionen, professionell begleitete innerfamiliäre Unterstützung, Coaching durch andere Menschen mit Beeinträchtigungen, etc. Sie alle sollten Selbstbestimmung der Eltern mit Beeinträchtigungen ermöglichen und gleichzeitig das Kindeswohl gewährleisten (vgl. Honyningen-Süess/Staudenmaier 2004: 45f.). Weitere wichtige konzeptionelle Elemente bilden das Empowerment der Betreffenden inklusive der Stärkung ihrer Elternrolle und sozialen Netzwerke sowie die Betonung ihrer Bürgerrechte mitunter im Hinblick auf die Wahrnehmung allgemeiner Hilfsangebote vor Ort (vgl. Pixa-Kettner/Rischer 2013: 263). Als zentral nicht zuletzt für die Entwicklung der Angebote selbst gilt zudem die „Zusammenarbeit mit denen, die es am besten wissen, nämlich den Eltern mit geistiger Behinderung (sic!) selbst" (Wohlgensinger 2013: 5).
Weil der Kinderwunsch von Menschen mit Behinderungen und seine potentielle Folge der Elternschaft auch 2013 nicht als in der Gesellschaft selbstverständlich betrachtet werden kann (vgl. Kap. 3.2.2), bedarf es schliesslich nicht weniger einer Veränderung auf **gesellschaftlicher Ebene**. Hierfür muss die Thematik durch gezielte und aktive *Öffentlichkeitsarbeit* in Gesellschaft und Sozialpolitik gebracht werden (vgl. Staudenmaier 2008: 315). Es wird darauf aufmerksam gemacht, dass Öffentlichkeitsarbeit beim einzelnen Individuum beginnt (vgl. Hoyningen-Süess/Staudenmaier 2004: 47). Im Weiteren steht die Sensibilisierung der Fachöffentlichkeit an, beispielsweise mittels Veranstaltungen oder Publikationen in Fachzeitschriften (vgl. Hoyningen-Süess/Staudenmaier 2004: 49, Lenz et al. 2010: 244). Das Ziel liegt darin, die Thematik in der regionalen Versorgungsstruktur zu verankern, womit nebst der Behindertenhilfe mitunter die Kinder- und Jugendhilfe und medizinische Einrichtungen angesprochen sind. Darüber hinaus erscheint ebenfalls die Sensibilisierung der Allgemeinheit notwendig. Unter anderem sollte dazu generelles sowie zielgruppenspezifisches

Informationsmaterial entwickelt werden (vgl. Lenz et al. 2010: 244, 255). Es ist von grosser Bedeutung, gerade auch die Behörden zu erreichen und *sozialpolitische Aktivitäten* zu verfolgen. Für die Schweiz lässt sich insbesondere ein Defizit an überschaubaren Rechtsgrundlagen konstatieren[33], sodass nur wenige Personen über die rechtliche Situation genau Bescheid wissen (vgl. Hoyningen-Süess/Staudenmaier 2004: 47). Unklarheit besteht gerade bezüglich der Finanzierung von Unterstützungsmassnahmen, die in der Praxis, insbesondere im interkantonalen Vergleich, eine uneinheitliche Handhabung erfährt. Transparenz wäre wichtig, damit eine Elternschaft auch unter Option einer Unterstützung in Betracht gezogen wird. Begleitung sollte nicht an den finanziellen Rahmenbedingungen scheitern (Staudenmaier 2004: 22f.), wofür insbesondere der Staat zu sorgen hat (vgl. Kap. 3.2.2).
Es gibt also noch viel zu tun, damit die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen an einer gelingenden Auseinandersetzung mit ihrem Kinderwunsch und der möglichen Konsequenz einer verantwortungsvollen Elternschaft Wirklichkeit wird. Kommt hinzu, dass sich die eben angeführten, der Fachliteratur entnommenen (An)Forderungen an sowie Aufgaben für die Profession(ellen) nicht zuletzt durch eigene Überlegungen der Verfasserin im kommenden Schlussteil weiter ergänzen lassen.

5 Schlussfolgerungen

Ehe diese weiterführenden Gedanken der Verfasserin vorgestellt werden (was im Rahmen einer kritischen Würdigung der vorliegenden Arbeit geschieht), steht zur nochmaligen, kompakteren Beantwortung der eingangs aufgeworfenen Fragestellung ein Abriss von zentralen Ergebnissen aus dem Hauptteil an.

5.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

In der vorliegenden Arbeit wurde folgender Frage nachgegangen:

> Wie können Menschen mit kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen in einer gelingenden Auseinandersetzung mit ihrem Kinderwunsch professionell unterstützt werden und was für Fakten auch zur potentiellen Folge der Elternschaft sowie welche menschenrechtlichen und ethischen Gesichtspunkte bilden dabei die Grundlage?

Die Teilfrage zu den Grundlagen liess sich durch die Erörterung zweier Unterfragestellungen beantworten, von denen die erste lautete:

> Auf was für Fakten zum Kinderwunsch von Menschen mit kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen und dessen möglicher Konsequenz der Elternschaft stützt eine professionelle Begleitung, die sich von verbreiteten gesellschaftlichen Fehlannahmen und damit verbundenen hinderlichen Umgangsweisen distanziert? Welche Folgerun-

[33] Diese Aussage stammt zwar aus dem Jahre 2004. Doch aufgrund der eigenen Literatur- und Quellenrecherche geht die Verfasserin von deren unveränderter Gültigkeit aus.

gen lassen sich entsprechend im Hinblick auf eine gelingende Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch und die professionelle Unterstützung ableiten?

Zusammenfassend ist Professionellen bewusst, dass sich der Kinderwunsch von Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen kaum unterscheidet. Bei beiden handelt es sich um ein komplexes Konstrukt aus individuellen und sozialen Faktoren. Stets spielen auch unbewusste Motive mit und insgesamt lassen sich 17 verschiedene Kinderwunschmotivationen ausmachen. In Bezug auf Menschen mit Behinderungen wird zudem der Wunsch nach Erwachsensein und nach Teilhabe an der gesellschaftlichen „Normalität" hervorgehoben. Der häufige Vorwurf der Funktionalisierung eines Kindes für die eigenen Bedürfnisse trifft auf sie hingegen nicht mehr oder weniger zu als auf alle anderen Menschen auch.

Entgegen der verbreiteten Fehlannahme kommt es bei einer Elternschaft nicht zu einer unweigerlichen Vererbung der elterlichen Beeinträchtigung. Ebenso wenig haben Menschen mit Behinderungen überdurchschnittlich viele Kinder – das Gegenteil stimmt. Ebenfalls der Mythos einer mangelhaften, unzureichenden elterlichen Kompetenz ist kaum haltbar. Gerade intuitive elterliche Kompetenzen können i.d.R. als gegeben angenommen werden. In der Tendenz sind dagegen Schwierigkeiten z.B. bezüglich lebenspraktischer Fähigkeiten feststellbar. Ausserdem scheint tatsächlich ein erhöhtes Risiko einer Vernachlässigung des Kindes zu bestehen, was aber v.a. mit ungünstigen Umgebungsbedingungen und fehlendem Wissen zusammenhängt. Ganz grundsätzlich gehören Schwierigkeiten denn auch potentiell zu einer Elternschaft dazu. Trotzdem werden Personen mit Behinderungen vielfach mit höheren bzw. überhöhten Massstäben konfrontiert. Studien belegen schliesslich auch, dass sie sehr wohl in der Lage sind, elterliche Kompetenzen zu erlernen oder zu verbessern.

Die Beschäftigung mit weiteren Zahlen und Fakten brachte eine verschwindend kleine Anzahl Elternschaften von Menschen mit Beeinträchtigungen hervor, die für die Schweiz im internationalen Vergleich noch tiefer ausfällt. Nebst methodischen Unterschieden werden hierfür Differenzen hinsichtlich der realen Entfaltungsmöglichkeiten von Menschen mit Beeinträchtigungen vermutet. Reaktionen des Umfelds auf eine Schwangerschaft fallen entsprechend nicht selten negativ aus. Zudem findet fast nie eine Planung der häufig spät erkannten Schwangerschaften statt. Bezüglich der späteren Wohnsituation kommt es zwar inzwischen zu einem vermehrten Zusammenleben von Eltern und Kind. Gleichwohl lässt die nach wie vor überdurchschnittliche Trennungsrate auf eine Diskriminierung von Menschen mit Behinderungen schliessen. Ein Mangel ist ebenfalls hinsichtlich der Unterstützungssituation zu konstatieren, was insbesondere für die Schweiz gilt. Mehr noch als in Deutschland, wo es u.a. eine Bundesarbeitsgemeinschaft ebenso wie Angebote der Selbsthilfe und -vertretung und Elternassistenz gibt, fehlt es an angemessenen Unterstützungsangeboten. Mitunter Letzteres führt zu Ängsten und Unsicherheiten von Angehörigen sowie Fachkräften und trägt mit dazu bei, dass Menschen mit Beeinträchtigungen in der Auseinandersetzung mit ihrem

Kinderwunsch Behinderung erfahren. Hinderliche Umgangsweisen seitens des Umfelds reichen von Ignoranz über Bagatellisierung bis hinzu vehement geäusserter Ablehnung. Menschen mit Behinderungen haben somit kaum Gelegenheit, ihren Kinderwunsch konstruktiv zu verarbeiten, was ungewollte Schwangerschaften und Krisen zur Folge haben kann.
Professionelle distanzieren sich von behindernden Umgangsweisen, indem sie Vorurteile durch (ausgeführtes) Faktenwissen ersetzen, und begegnen dem Kinderwunsch von Menschen mit Beeinträchtigungen anders. Denn einer bewusste(re)n Entscheidung Letztgenannter für oder gegen ein Kind als Folge einer gelingenden Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch sowie entsprechender bedarfs- und bedürfnisangepasster Begleitung kommt gerade angesichts des Krisenpotentials eines unverarbeiteten Kinderwunsches hohe Bedeutung zu. Auch wird dadurch im Falle einer Entscheidung für eine Elternschaft die Planung einer Schwangerschaft möglich. Deren frühes Bekanntwerden wiederum bringt den Vorteil, dass rechtzeitig Unterstützung in die Wege geleitet werden kann. Unterstützung hat hohe „Normalität", leistet doch auch bei Menschen ohne Beeinträchtigungen das soziale Netzwerk einen wesentlichen Beitrag zum Gelingen einer Elternschaft. Menschen mit Beeinträchtigungen verfügen allerdings häufig über weniger Ressourcen im privaten Umfeld, weshalb professionelle Begleitung an Wichtigkeit gewinnt. Steht Unterstützung frühzeitig zur Verfügung, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit eines Zusammenlebens von Eltern mit Beeinträchtigungen und ihren Kindern.
Dass zu einer anderen Begegnungsweise mit dem Kinderwunsch und adäquater Unterstützung zudem die Menschenrechte als weitere Grundlage der professionellen Begleitung verpflichten, wurde im Rahmen der Erörterung folgender zweiten Unterfragestellung deutlich:

> Welche menschenrechtlichen und ethischen Aspekte gilt es in Zusammenhang mit dem Kinderwunsch von Menschen mit kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen zu berücksichtigen?

Nach dem Artikel 23 der Behindertenrechtskonvention haben Menschen mit Behinderungen das Recht, frei und verantwortungsbewusst selbst über ihren Kinderwunsch zu entscheiden. Damit werden sie gleichzeitig in die Pflicht genommen, weil es bei einer Elternschaft über das eigene Wohl hinaus insbesondere auch um jenes des Kindes geht. Eine autonome Entscheidung beinhaltet nebst selbstständigem Wählen und Entscheiden Kenntnisse zum Gegenstand (d.h. vorliegend zur Elternschaft) bzw. das Bewusstsein um die Konsequenzen. Hierfür bedarf es Fähigkeiten und Gelegenheiten (z.B. Zugang zu Informationen). Selbstbestimmung ist allerdings nicht grenzenlos möglich und kann mit anderen Interessen konfligieren, womit sich ein ethisches Spannungsfeld ergibt. Abgesehen von den erwähnten Interessen des Kindes sind in Zusammenhang mit dem Kinderwunsch und der Elternschaft von Menschen mit Behinderungen jene der Herkunftsfamilien und Fachkräfte sowie des Staates und der Gesellschaft angesprochen. Ausserdem kann ein Kinderwunsch ebenfalls das Wohl

der potentiellen Eltern selbst tangieren, dann nämlich wenn er nicht deren tatsächlichem Willen entspricht, beispielsweise aufgrund von falschen oder unzureichenden Annahmen über eine Elternschaft. Läuft eine Person Gefahr, sich selbst oder Andere zu schädigen, und findet daher ein Eingriff in ihre Handlungsfreiheit statt, ist von Paternalismus die Rede. Dworkin hält ihn für zulässig, falls ein Mensch nicht selbstbestimmt bzw. nicht kompetent handelt. Der Paternalismus steht heute jedoch in der Kritik. Ferner erweist sich eine Abwägung der Interessen im Konfliktfall als diffizil, wobei jene der potentiellen Eltern und des Kindes am stärksten ins Gewicht fallen. Umso mehr wächst die Bedeutung einer informierten selbstbestimmten Entscheidung. Es gilt, Menschen mit Beeinträchtigungen darin zu unterstützen, über ihren Kinderwunsch entscheidungskompetent zu werden. Somit rückt die eingangs aufgeworfene Teilhauptfrage nach dem „Wie" der professionellen Begleitung ins Zentrum, die mit der dritten Unterfragestellung eine Differenzierung erhielt:

> Wie können Menschen mit kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen konkret unterstützt werden, damit sie zu einer kompetenten Entscheidung über ihren Kinderwunsch gelangen, und was für weitere (An)Forderungen sowie Aufgaben ergeben sich für die Profession(ellen)?

Fachlich qualifizierte Begleitung soll die Entwicklung von Menschen mit Beeinträchtigungen unterstützen und nimmt demzufolge jeden Kinderwunsch als Bedürfnis nach Neuorientierung und Veränderung ernst. Denn eine gelingende Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch wirkt sich unabhängig von dessen Realisierung entwicklungsförderlich aus. Hilfe dabei hat so viel wie nötig und so wenig als möglich zu erfolgen und ist ergebnisoffen.

Zunächst gelangen die Motive hinter einem Kinderwunsch in den Fokus. Als Mittel dienen v.a. Gespräche, in denen nebst dem spezifischen Kinderwunsch u.a. die eigene Identität, Sexualität und ihre möglichen Folgen Thema sind. Werden Angehörige einbezogen, ist die Autonomie von Menschen mit Beeinträchtigungen unverändert zu achten. Eine weitere Option stellen Gespräche in der Gruppe von potentiellen Eltern dar. Als Strukturierungshilfe hierbei kann sich das Kinderwunschspiel eignen. Zur Ergänzung von Gesprächen sollen Menschen mit Beeinträchtigungen für eine realistische Vorstellung vom Elternsein in einem weiteren Schritt die elterliche Realität selber erfahren können. Als zusätzliche Möglichkeit zu Praktika z.B. in Kindestagestätten oder der Beaufsichtigung von Kindern im privaten Umfeld wird derzeit das Programm Real Care® Plus entwickelt, um Menschen mit Beeinträchtigungen u.a. anhand eines Säuglingssimulators in der Auseinandersetzung mit der verantwortungsvollen Aufgabe der Elternschaft i.e.S. und der eigenen Person sowie Lebensgestaltung i.w.S. zu unterstützen. Kommt es danach zu einer selbstbestimmten Entscheidung der Betreffenden, ist diese unbedingt zu akzeptieren und weitere Begleitung anzubieten – entweder für die Zeit der Schwangerschaft und Vorbereitung auf die Elternschaft oder für das Abschiednehmen vom Kinderwunsch und die Entwicklung anderer Lebensperspektiven.

Im Hinblick auf die Zieldimension einer gleichberechtigten Partizipation von Menschen mit Beeinträchtigungen an einer gelingenden Auseinandersetzung mit ihrem Kinderwunsch und der möglichen Folge einer Elternschaft sind Veränderungen auf weiteren Ebenen nötig. Entsprechend reichen die (An)Forderungen an und die Aufgaben für die Profession(ellen) über die direkte Tätigkeit mit den potentiellen Eltern hinaus. Auf Ebene der Professionellen bedarf es vor allem der (Selbst-)Reflexion, sei es alleine z.B. anhand eines Fragenkatalogs, im Team und/oder in einer Supervision. Ausserdem braucht es Bereitschaft zur intra- wie auch interprofessionellen Kooperation und entsprechende Kompetenzen. Auf einer institutionellen Ebene stehen Einrichtungen in der Verantwortung, sich der Thematik anzunehmen und sie konzeptionell zu verankern. Letzteres gilt auch für die Zusammenarbeit beispielsweise mit anderen Institutionen. Wünschenswert ist ebenfalls eine Kooperation mit der Forschung, wo hierzulande hoher Intensivierungsbedarf besteht (u.a. betreffend die Lebenssituation von Eltern mit Beeinträchtigungen und ihrer Kinder). Ausserdem sollten angemessene und vielfältige Unterstützungsangebote geschaffen werden. Für nötige Veränderungen auf gesellschaftlicher Ebene schliesslich muss das Thema durch gezielte und aktive Öffentlichkeitsarbeit in die Gesellschaft und Sozialpolitik getragen werden. Eine Sensibilisierung der Fachöffentlichkeit ebenso wie der Allgemeinheit erscheint wichtig. Zusätzlich gefragt sind sozialpolitische Aktivitäten, die mitunter auf Verbesserungen und Transparenz der Rechtslage zielen.

5.2 Kritische Würdigung und weiterführende Gedanken

Folgend werden das eigene Vorgehen sowie die Ergebnisse kritisch beleuchtet und der persönliche Lernprozess bzw. -gewinn wird aufgezeigt. Eine Auftrennung in separate Kapitel erscheint hierfür wenig sinnvoll, da sich aus allen Bereichen weiterführende Ideen und Aufgaben nicht nur für die Verfasserin selbst, sondern auch für die Soziale Arbeit insgesamt ergeben.

Im Rahmen des angestrebten Überblicks konnte die Fragestellung beantwortet werden. Gleichwohl würde die Verfasserin heute eine andere Form der Eingrenzung wählen. Denn sie erfuhr, was Kruse (1997: 201) mit dem Hinweis gemeint hatte, wonach das Leisten einer Übersicht eine Vertrautheit mit den Details bedinge. So stellten sich der Verfasserin mit der vorliegend bearbeiteten Fragestellung hohe Anforderungen und ein grosser Zeitaufwand. Gerade Letzterer hat sich durch die zahlreichen Momente des Staunens und Begreifens jedoch persönlich vollumfänglich ausbezahlt.

Die Methodenwahl erachtet die Verfasserin insofern als sinnvoll, als dass sie dadurch mit dem Kinderwunsch und der Elternschaft von Menschen mit Beeinträchtigungen auf theoretischer Wissensebene vertrauter wurde. Allerdings beschränkte sie sich auf Fachbeiträge aus dem deutschsprachigen Raum, die wiederum Bezug auf anderssprachige Quellen nehmen. Durch diese Bachelorthesis in der Literaturrecherche und -verarbeitung sicherer geworden,

würde die Verfasserin künftig auch Primärquellen aus dem englischsprachigen und skandinavischen Raum berücksichtigen, weil das meiste empirische Wissen bislang von dort stammt (vgl. Orthmann 2013c: 23). Der Bedarf an qualitativen und quantitativen Studien hierzulande war denn auch bereits in Kapitel 4.4 Thema. Er erscheint der Verfasserin umso dringlicher, zumal ihrer Meinung nach das immer noch als wegweisend angesehene umfassendste Forschungsprojekt von Pixa-Kettner in die 1990er-Jahre zurückgeht (vgl. Kap. 1.3) und somit auf seine Aktualität hin überprüft werden müsste – abgesehen davon, dass es aus Deutschland stammt und sich die dortige Situation von der hiesigen mindestens teilweise unterscheidet (vgl. z.B. Kap. 2.2.2 Unterstützungssituation). Weil repräsentative Ergebnisse und somit grössere Untersuchungen vonnöten sind, dürfte ein Zusammenschluss von Forscherinnen und Forschern sinnvoll sein, ähnlich wie er im vorgestellten Projekt Real Care® Plus mit der Mitarbeit von sechs Masterstudierenden nebst der Leiterin Frau PD Dr. Orthmann Bless und einer Wissenschaftlichen Mitarbeiterin geschieht (vgl. Schweizerische Eidgenossenschaft/Université de Fribourg 2013). Ausserdem könnte es sich lohnen, wohl mitunter sprachliche Barrieren abzubauen und – anders als bisher – in Fachbeiträgen auch die Westschweiz und den Tessin zu berücksichtigen. Schliesslich entfällt die Hälfte aller erhobenen Elternschaften von Menschen mit Beeinträchtigungen in der Schweiz auf diese Regionen (vgl. Kap. 2.2.2 Inzidenz). Möglicherweise wäre von dortigen Erfahrungen zu profitieren und Ressourcen liessen sich bündeln. Für die Zukunft noch wichtiger allerdings ist die Partizipation von Menschen mit Beeinträchtigungen an der Forschung. Denn es fällt auf, dass in den bisherigen bekannten qualitativen Erhebungen in der Schweiz ausschliesslich Fachleute zu Worte kommen (vgl. z.B. Käch Studhalter et al. 2008, Staudenmaier 2004). Kritisiert werden kann auch die vorliegende Thesis, hat die Verfasserin doch aufgrund der eigenen noch nicht-entwickelten empirischen Forschungskompetenzen prinzipiell *über* Menschen mit Beeinträchtigungen geschrieben statt *mit* ihnen zu arbeiten. Nunmehr gilt es, inklusive Forschung zu tätigen, bei der Menschen mit und ohne Beeinträchtigungen während des gesamten Prozesses kollaborieren – angefangen bei der Wahl des Themas und der Fragestellung bis hin zur Evaluation und Verbreitung der generierten Erkenntnisse (vgl. Weber o.J.).

Weiter wurde in Kapitel 4.4 eine Verankerung der Thematik Kinderwunsch und Elternschaft von Menschen mit Beeinträchtigungen in der Aus- und Weiterbildung von Fachkräften gefordert. Für die Verfasserin beginnt die Forderung bereits früher: Behinderung und Beeinträchtigung sollte zunächst ganz allgemein als Querschnittthema in die *Grundausbildung* der verschiedenen Berufe und Professionen des Sozial- und Gesundheitswesens Eingang finden[34].

[34] Dieses Anliegen liesse sich alleine schon mit dem Umstand begründen, wonach in der Schweiz im Stichjahr 2011 schätzungsweise rund 1.4 Mio. Personen mit Beeinträchtigungen lebten, davon 39'491 in Institutionen für Menschen mit Behinderungen (vgl. Bundesamt für Statistik BFS 2013). Zwar machten Personen mit spezifisch kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen nur einen Teil davon aus, nämlich in genannten Institutionen ca. 55.4% (wobei diese Zahl vier Jahre früher erhoben wurde und 2011 eventuell leicht variierte). In Privathaushalten

Denn nicht nur medizinisches Fachpersonal hatte im Rahmen der Medizinischen Statistik Schweizer Spitäler leichtere Beeinträchtigungsformen nicht immer erkannt (vgl. Kap. 2.2.2 Inzidenz). Auch der Verfasserin wurde erst durch die gewissermassen fakultative, d.h. im Rahmen der *gewählten* Studien*vertiefung* bzw. Bachelorarbeitsthematik erfolgte Auseinandersetzung bewusst, dass sie während der Praxisausbildung in einem Sozialdienst mit zwei Müttern zu tun gehabt hatte, die dem hier interessierenden Personenkreis „zuzuordnen" gewesen wären. Hätte die Verfasserin damals nach dem Grundstudium bereits diese Einsicht gehabt, wäre sie insbesondere der einen Frau mit einer „Lernbehinderung" hoffentlich anders begegnet. Das Verhalten der Betreffenden wirkte misstrauisch und galt als renitent – einer Meinung, der sich die Verfasserin wenig reflektiert anschloss. Zudem wurde von einem Obhutsentzug über deren Sohn gesprochen, wobei aus jetziger Sicht der Verfasserin zu strenge „mittelschichtspezifische" und von gesellschaftlichen Vorurteilen geprägte Massstäbe angelegt wurden. Rückblickend kann die Verfasserin z.B. das Verhalten der Person mit Behinderungen besser verstehen und sie würde sich bemühen, auch Mitarbeitende für die Thematik und mögliche, gleichwohl individuell abzuklärende Bedürfnisse und Bedarfe von Menschen mit Behinderungen zu sensibilisieren.

Eine nicht unbedeutende Rolle für das eigene Handeln spielte zu jenem Zeitpunkt spezifisch die Unklarheit der Verfasserin über den Begriff der Lernbehinderung, womit sie, wie in der Begriffsbestimmung eingangs Arbeit aufgezeigt, nicht alleine war und ist. Die beschriebene Notwendigkeit, über neue, international einheitliche Begrifflichkeiten nachzudenken, erfuhr die Verfasserin im Rahmen der Bachelorthesis generell deutlich. Immer wieder stand sie beim Paraphrasieren von Fachliteratur vor der Frage, ob nun „Behinderung" oder „Beeinträchtigung" sinngemässer wäre, zumal viele verwendete Quellen noch keine solche Differenzierung aufweisen. Gewisse begriffliche Widersprüche in der eigenen Arbeit liessen sich deswegen leider kaum vermeiden. An der Diskussion um Begriffe wiederum sollten Menschen mit Beeinträchtigungen unbedingt partizipieren. Grundsätzlich ist jedoch zu hoffen, dass Bezeichnungen und Zuordnungen im Zuge von Inklusion sowieso hinfällig werden (vgl. Kap. 1.5.3).

Den Massstab im Auge zu behalten heisst es im Übrigen auch in Bezug auf die Ergebnisse vor allem des Kapitels zur konkreten professionellen Unterstützung. Nach Ansicht der Verfasserin werden mit der vorgeschlagenen umfangreichen Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch (durch Gespräche mit Fachpersonen, Kinderwunschspiel, Projekt Real Care® Plus, etc.) und der Zielsetzung einer selbstbestimmten Entscheidung an Menschen mit Be-

schienen sie hingegen kaum vertreten zu sein (vgl. Bundesamt für Statistik BFS 2009), worin die Verfasserin deutliches Veränderungspotential in Richtung selbstbestimmte(re)s bzw. selbstständige(re)s Wohnen sieht. Derlei Prozentzahlen und Unterscheidungen wären allerdings mit der Klassifikation der WHO ohnehin obsolet, weshalb sich die Forderung der Verfasserin nach einer Verankerung in der Grundausbildung auf unterschiedlichste Beeinträchtigungsformen bezieht. Wenn nicht anders deklariert, sind jedoch auch in den Schlussfolgerungen ansonsten ausschliesslich Menschen mit spezifisch kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen gemeint.

einträchtigungen hohe Ansprüche gerichtet, wie sie wohl einige – wenn nicht viele – Personen ohne Beeinträchtigungen kaum erfüllen. Daher gilt es nochmals daran zu erinnern, als Fachkraft immer wieder die eigenen Massstäbe an das Gegenüber zu überprüfen. Ausserdem sollte vorliegend nicht über die Grenzen von Unterstützung hinweggetäuscht werden: Individuelle Entwicklungsmöglichkeiten und -potentiale sind nicht unendlich. Soziale Arbeit ist grundsätzlich mitunter von dem abhängig, was ihre Nutzerinnen und Nutzer wollen und tun (oder eben nicht) (vgl. Müller 2009: 58). Spezifisch die Thematik Kinderwunsch betreffend spielen schliesslich bei allen Menschen stets auch unbewusste Motive mit, die das Beratungsgeschehen ebenfalls beeinflussen (vgl. Kap. 2.1, v. Bodelschwinghsche Anstalten Bethel 1993: 23). Das Vorgehen für den Fall einer nicht-autonomen Entscheidung hat die Verfasserin allerdings bewusst – mit Ausnahme des Kapitels zum kritisch zu betrachtenden Paternalismus – vernachlässigt. Denn prinzipiell hat professionelle Begleitung die Selbstbestimmung der Klientel anzuvisieren und vertraut entsprechend auf die Ressourcen und Potentiale der Betreffenden. Allfällige Abweichungen davon bedürfen unbedingt einer stichhaltigen, intersubjektiv nachvollziehbaren und rechtmässigen Legitimation.

Hinsichtlich der konkreten Unterstützungsangebote begrüsst es die Verfasserin im Sinne einer Normalisierung an sich, dass Menschen mit Beeinträchtigungen in der Schweiz bei Fragen zur Thematik und bei Beratungsbedarf an die regionalen Sexual- und Schwangerschaftsstellen verwiesen werden. Den Umstand, wonach die spezialisierte Stelle fabs aufgrund fehlender finanzieller Mittel geschlossen wurde (vgl. Kap. 4), erachtet die Verfasserin jedoch als stossend. Umso mehr hofft sie auf eine weitere Etablierung des in Kapitel 2.2.2 vorgestellten Netzwerkes „Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung (sic!)“, um als Koordinationsstelle beispielsweise für sozialpolitische Aktivitäten und als Informationspool sowie Ansprechpartner für dezentral tätige Professionelle, Angehörige und (potentielle) Eltern mit Beeinträchtigungen zu wirken. Bezüglich der regionalen Sexual- und Schwangerschaftsstellen wiederum hält es die Verfasserin für fraglich, ob derzeit sämtliche Beratungsstellen den Bedürfnissen und Bedarfen von Menschen mit Beeinträchtigungen Rechnung tragen. Der oben erwähnten Weiterbildung der Fachkräfte kommt daher Bedeutung zu. Auch wäre es angemessen, dass die Beratungsstellen ihre Homepages um Informationen z.B. in leichter Sprache erweitern, welche die Verfasserin bei der Sichtung einiger Homepages vergeblich suchte. So hätten Menschen mit Beeinträchtigungen die Gelegenheit, sich selbstständig (vor-) zu informieren. Bereits bestehende gute Angebote sind zudem bekannt zu machen. Darüber hinaus sollten nach Meinung der Verfasserin *mit* Menschen mit Beeinträchtigungen neue Materialien entwickelt werden, weil in der Fachliteratur fast nur der vorgestellte Klassiker Kinderwunschspiel erwähnt wird. Wohl mag das Spiel manche Personen ansprechen, doch mutet es in den Augen der Verfasserin eher infantilisierend an. Eine grössere Auswahl an Materialien wäre zu begrüssen, um den individuellen Vorlieben und Mög-

lichkeiten unterschiedlicher Menschen mit Beeinträchtigungen besser gerecht zu werden. Zur Unterstützung der Professionellen wiederum in ihrem methodischen Wissen und Vorgehen sind Fachbeiträge um konkrete Anhaltspunkte für eine Begleitung von Menschen mit Beeinträchtigungen bei einer allfälligen Verabschiedung von einem Kinderwunsch zu ergänzen. Anders als zur Unterstützung während einer Schwangerschaft konnte die Verfasserin hierzu keine Hinweise ausmachen (vgl. Kap. 4.3), obschon Trauerbegleitung in der Praxis – zumindest momentan noch – weit häufiger gefragt wäre (vgl. Hennies/Sasse 2004: 76).
Unterstützung hat aber nicht (nur) auf Professionelle zu fokussieren. Zu denken ist insbesondere an die Selbsthilfe und -vertretung, denen hierzulande (zu) wenig Beachtung zukommt und in welche die hier interessierende Thematik bislang kaum Eingang zu finden scheint (vgl. Kap. 2.2.2 Unterstützungssituation). Zu einer Machtverschiebung bereite Fachleute sollten mit Menschen mit Beeinträchtigungen klären, ob entsprechende Bedürfnisse bestehen und Hilfe beim Aufbau einer solchen Gruppe benötigt wird. Alsdann gälte es, sich als Assistenzperson zur Verfügung zu stellen.
Solange es professionelle Unterstützung allerdings braucht, erscheint nicht zuletzt auch die Vernetzung von Fachkräften untereinander bedeutsam, wie im genannten Netzwerk „Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung (sic!)". Gerade für die Öffentlichkeits- und Lobbyarbeit wäre überdies eine Kooperation unter Fachkräften verschiedener Arbeitsfelder zu begrüssen. Der Verfasserin fiel im Zuge ihrer Literatur- und Internetrecherche nämlich auf, dass sich viele Bestrebungen und Beiträge zum Kinderwunsch und der Elternschaft nur auf eine Beeinträchtigungsform beziehen. Durch Zusammenschluss z.B. der Behindertenhilfe und der Psychiatrie liesse sich womöglich die mit der Klassifikation der WHO angestrebte Grenzüberwindung vorantreiben und angesichts der in Kapitel 1.4.1 aufgezeigten Diskriminierungen gegenüber Menschen mit unterschiedlichsten Beeinträchtigungen mehr politisches Gewicht erlangen. Letzteres ist u.a. in Bezug auf die Finanzierung von Hilfen dringlich, über die allgemein Unklarheit herrscht (vgl. Kap. 4.4). Die Institutionalisierung von Unterstützungsangeboten hat jedoch wichtigen Einfluss auf die Weise, wie dem Kinderwunsch von Menschen mit Beeinträchtigungen begegnet wird (vgl. Bargfrede/Pixa-Kettner 2001: 292). Dabei sollte auch die Einführung einer Elternassistenz in die Diskussion gebracht werden, wie sie Deutschland bereits kennt. Insbesondere erachtet es die Verfasserin für angezeigt, nach Möglichkeiten zu suchen, damit Menschen mit Beeinträchtigungen[35] – unabhängig vom Umfang einer allfälligen Beistandschaft – einen dem tatsächlichen Bedarf entsprechenden Assistenzbeitrag (bzw. Elternassistenz) beanspruchen können. Vorstellbar wäre u.a. eine unabhängige Stelle, die so lange wie nötig beispielsweise bei den bürokratischen Aspekten

[35] Hier wie auch folgend wird wieder nur auf Menschen mit spezifisch kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen Bezug genommen.

der Arbeitgeberrolle unterstützen würde. Hierfür bedarf es allerdings parallel einer Veränderung mitunter auf gesellschaftlicher Ebene.

Dass dazu notwendige Öffentlichkeitsarbeit bei jedem und jeder Einzelnen beginnt (vgl. Kap. 4.4), konnte die Verfasserin im Übrigen durch die vorliegende Arbeit selbst erfahren – nicht zuletzt mittels (Selbst-)Reflexion, wie sie in diesen Schlussfolgerungen geschieht. Zudem interessierten sich während des Schreibprozesses mehrere Personen aus dem privaten Umfeld für den Inhalt der Bachelorthesis. Gerne gab die Verfasserin über die Thematik Auskunft, worauf oftmals „hitzige" Diskussionen folgten. Auch wenn ihre Aufklärungsarbeit gerade zu den erörterten gängigen Vorurteilen zum Kinderwunsch und der Elternschaft von Menschen mit Behinderungen vermutlich noch keine vollständige Haltungsänderung im persönlichen Umfeld erzeugt hat, war doch immerhin eine erste Verunsicherung feststellbar.

Abschliessend möchte die Verfasserin das hier verfolgte Anliegen nochmals unterstreichen. Denn es wurde ihr bewusst, wie herausfordernd es ist, innerhalb wissenschaftlichen Arbeitens grundsätzlich nicht-wertend zu schreiben und gleichzeitig deutlich Position zu beziehen, ohne aber in eine Art „emotionsgeladener Fürsprache" (Orthmann 2013c: 22) zu geraten. Dies gilt besonders für eine Thematik wie die vorliegende, die zurzeit (noch) polarisiert und unterschiedlichste, oftmals jedoch irrationale negative Reaktionen auslöst (vgl. Orthmann 2013b: 1, ebd. 2013c: 22). Doch grundsätzlich findet bereits mit der Wahl von Quellen eine gewisse Be-Wertung statt. Die Verfasserin beabsichtigte dabei klar, auf (Einstellungs-) Barrieren aufmerksam zu machen – als Voraussetzung, damit diese sich überhaupt angehen lassen. Keinesfalls hingegen wollte sie Angehörige und Fachkräfte diffamieren, die eigene Unsicherheiten und Ängste noch zu überwinden haben. Eine gut funktionierende Zusammenarbeit von Professionellen gerade auch mit Angehörigen ist wünschenswert, insofern sie sich mit der Selbstbestimmung und dem Wunsch nach Erwachsenwerden von Menschen mit Beeinträchtigungen vereinbaren lässt. Ebenso wenig sollten potentielle Schwierigkeiten von Letztgenannten in Zusammenhang mit einer Elternschaft ausgeblendet werden. Für die Verfasserin steht aber ausser Diskussion, dass ausnahmslos alle Personen mit Beeinträchtigungen in ihrem Kinderwunsch ernst zu nehmen sind. Eine entsprechende Begleitung hat eine selbstbestimmte Entscheidung der Betreffenden anzuvisieren, was nicht bedeutet, Elternschaft zur Zieldimension sämtlicher Menschen mit Beeinträchtigungen zu erklären (vgl. Bargfrede/Pixa-Kettner 2001: 292) – wie es auch für Menschen ohne Beeinträchtigungen gälte. Kommt es schliesslich zu einer autonomen Entscheidung, ist diese unbedingt zu akzeptieren – egal ob sie für oder gegen ein Kind ausfällt – und bei Bedarf angemessene Unterstützung anzubieten. Dazu fordern denn auch die Menschenrechte auf, welche, wie gesehen, hinsichtlich ihrer Reichweite kontrovers diskutiert werden. Herrath (2013: 34) bringt auf den Punkt, was die Verfasserin mit ihrer Arbeit zu vermitteln suchte:

Natürlich können wir durch Menschenrechtsaktivismus Fortschritt erzielen in der Gleichachtung und Gleichberechtigung (…). Wir sollten es auch. Wichtiger allerdings ist das Bemühen, zu verstehen. Um dann aus dem Weg zu gehen und, wenn's geht, Hinderndes dabei abzuräumen. Es wäre dann eine gute Begegnung, wenn Menschenrecht auf Lebenswirklichkeit träfe.

Literatur- und Quellenverzeichnis

Achilles, Ilse (2010). „Was macht Ihr Sohn denn da?“ Geistige Behinderung und Sexualität. 5. Aufl. München/Basel: Ernst Reinhardt.

Achilles, Ilse (2013). Störfaktor Sexualität – Selbstbestimmung im Spannungsfeld zwischen Betroffenen, Eltern und Pädagogen. In: Clausen, Jens/Herrath, Frank (Hg.). Sexualität leben ohne Behinderung. Das Menschenrecht auf sexuelle Selbstbestimmung. Stuttgart: Kohlhammer. S. 111-123.

Agile. Behinderten-Selbsthilfe Schweiz. URL: www.agile.ch/ [Zugriffsdatum: 2. Juli 2013].

AKF Arbeitskreis Frauengesundheit in Medizin, Psychotherapie und Gesellschaft e.V./Weibernetz e.V. (Hg.) (2012). Behinderte Frauen sind in Deutschland massiv von Gewalt betroffen – AKF und Weibernetz wollen Mitarbeiterinnen des Gesundheitswesens sensibilisieren. Erklärung des Weibernetz e.V. und des AKF e.V. zur Studie „Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland“. URL: http://www.weibernetz.de/download/Erkl_AKF_Weibernetz.pdf [Zugriffsdatum: 20. Mai 2013].

Arnade, Sigrid (2013). Sichtbarer denn je: Würde und Chancengleichheit. Die Behindertenrechtskonvention und die sexuelle Selbstbestimmung behinderter Menschen. In: Clausen, Jens/Herrath, Frank (Hg.). Sexualität leben ohne Behinderung. Das Menschenrecht auf sexuelle Selbstbestimmung. Stuttgart: Kohlhammer. S. 35-46.

avanti donne (o.J.a). URL: http://avantidonne.ch/hidden/anmeldung.aspx?ReturnUrl=%2fgetdoc%2f0cb7b496-74c5-4a59-b79d-a4a567a664a1%2fMutterschaft.aspx [Zugriffsdatum: 2. Juli 2013].

avanti donne (o.J.b). Sexualität, Fortpflanzung und Behinderung. URL: http://www.avantidonne.ch/getdoc/a971a642-ad7c-4323-aaf5-064c78cd4f6c/Sexualitat.aspx [Zugriffsdatum: 16. Juli 2013].

AWO Bundesverband e.V. (Hg.) (2006). Liebe(r) selbstbestimmt. Praxisleitfaden für die psychosoziale Beratung und sexualpädagogische Arbeit für Menschen mit Behinderung. Bonn.

AWO Bundesverband e.V. (2012). Broschüren mit weiterführenden Informationen. URL: http://awo-schwanger.de/broschueren/ [Zugriffsdatum: 19. Juli 2013].

babybedenkzeit GbR (2012a). Das Elternpraktikum. URL: http://www.babybedenkzeit.de/elternpraktikum.html [Zugriffsdatum: 22. Juli 2013].

babybedenkzeit GbR (2012b). Informationen für Fachkräfte. URL: http://www.babybedenkzeit.de/infos-fuer-fachkraefte.html [Zugriffsdatum: 22. Juli 2013].

babybedenkzeit GbR (2012c). Informationen für Jugendliche. URL: http://www.babybedenkzeit.de/infos-fuer-jugendliche.html [Zugriffsdatum: 22. Juli 2013].

Babybedenkzeit GbR (2012d). Menschen mit Behinderungen. URL: http://www.babybedenkzeit.de/menschen-mit-behinderungen.html [Zugriffsdatum: 22. Juli 2013].

babybedenkzeit GbR (2013). Newsletter. (2). URL: http://www.babybedenkzeit.de/tl_files/themes/bbz/content/downloads/newsletter/Newsletter_2013-2.pdf [Zugriffsdatum: 22. Juli 2013].

Bargfrede, Stefanie (2008). Unterstützungsmöglichkeiten für Eltern mit geistiger Behinderung in Deutschland. In: Pixa-Kettner, Ursula (Hg.). Tabu oder Normalität? Eltern mit geistiger Behinderung und ihre Kinder. 2. Aufl. Heidelberg: Universitätsverlag Winter – »Edition S«. S.283-299.

Bargfrede, Stefanie/Pixa-Kettner, Ursula (2001). Krisen und Krisenintervention in Bezug auf Kinderwunsch, Schwangerschaft und Elternschaft. In: Wüllenweber, Ernst/Theunissen, Georg (Hg.). Handbuch Krisenintervention. Hilfen für Menschen mit geistiger Behinderung. Theorie, Praxis, Vernetzung. Stuttgart: W. Kohlhammer. S. 278-294.

Bender, Svenja (2012). Sexualität und Partnerschaft bei Menschen mit geistiger Behinderung. Perspektiven der Psychoanalytischen Pädagogik. Giessen: Psychosozial-Verlag.

Bielefeldt, Heiner (2009). Zum Innovationspotential der UN-Behindertenrechtskonvention. 3. Aufl. URL: http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/uploads/tx_commerce/essay_no_5_zum_innovationspotenzial_der_un_behindertenrechtskonvention_aufl3.pdf [Zugriffsdatum: 29. März 2013].

Bundesamt für Sozialversicherungen BSV (2013). URL: http://www.bsv.admin.ch/themen/iv/00021/index.html?lang=de [Zugriffsdatum: 8. August 2013].

Bundesamt für Statistik BFS (2009). Behinderungsart. In 2007. In: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/20/06/blank/key/01/02.html [Zugriffsdatum: 20. August 2013].

Bundesamt für Statistik BFS (2013). Geschätzte Anzahl der Menschen mit Behinderungen. In 2011. Version März 2013. In: http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/20/06/blank/key/01.html [Zugriffsdatum: 20. August 2013].

Bundesverband behinderter und chronisch kranker Eltern e.V. (bbe e.V.) (o.J.). URL: http://www.behinderte-eltern.de/Papoo_CMS/index.php?menuid=1 [Zugriffsdatum: 2. Juli 2013].

Clausen, Jens (2013). Südsee-Tattoos, rote Ringe und andere Lichtblicke. Offene Fragen und Impulse zum besseren Verständnis der sexuellen Wirklichkeiten von Menschen mit Behinderung. In: Clausen, Jens/Herrath, Frank (Hg.). Sexualität leben ohne Behinderung. Das Menschenrecht auf sexuelle Selbstbestimmung. Stuttgart: Kohlhammer. S. 291-302.

Clausen, Jens/Herrath, Frank (2013). Einleitung. In: Clausen, Jens/Herrath, Frank (Hg.). Sexualität leben ohne Behinderung. Das Menschenrecht auf sexuelle Selbstbestimmung. Stuttgart: Kohlhammer. S. 11-15.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft Begleitete Elternschaft (o.J.). Mitgliederliste. In: http://www.begleiteteelternschaft.de/mitgliedschaften.html [Zugriffsdatum: 1. Juli 2013].

Die Bundesbehörden der Schweizerischen Eidgenossenschaft (2011). Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Übersetzung. URL: http://www.admin.ch/ch/d/gg/pc/documents/1897/d_Vorlage_k.pdf [Zugriffsdatum: 8. Juli 2013].

Doose, Stefan (2011). "I want my dream! " Persönliche Zukunftsplanung. Neue Perspektiven und Methoden einer individuellen Hilfeplanung mit Menschen mit Behinderungen. URL: http://bidok.uibk.ac.at/library/doose-zukunftsplanung.html [Zugriffsdatum: 23. Juli 2013].

ENZYKLO (o.J.). URL: http://www.enzyklo.de/Begriff/kognitiv [Zugriffsdatum: 6. August 2013].

Fachstelle Lebensräume insieme (2013). Infobrief. Netzwerk Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung. 1. Jg. (1). Bern.

Fässler-Weibel, Peter/Jeltsch-Schudel, Barbara (Hg.) (2008). Wer weiss denn, dass ich traurig bin? Freiburg: Paulusverlag/Verlag zum Ziel.

Feldhaus, Michael/Boehnke, Mandy (2007). Ungeplante Schwangerschaften – Wider das Ideal der Naturbeherrschung? S. 1680-1693. URL: http://www.tess.uni-bremen.de/fileadmin/template/tess/papers/feldhaus_boehnke_2007.pdf [Zugriffsdatum: 5. Juli 2013].

Gloger-Tippelt, Gabriele/Gomille, Beate/Grimmig, Ruth (1993). Der Kinderwunsch aus psychologischer Sicht. Opladen: Leske + Budrich.

Göthling, Stefan/Kühnel, Anita (People First) (2013). »Wer Sexualität erleben möchte, sollte dafür Raum zur Verfügung haben«. Über sexuelle Selbstvertretung und sexualitätsbezogene Behindertenhilfe. Ein Interview. In: Clausen, Jens/Herrath, Frank (Hg.). Sexualität leben ohne Behinderung. Das Menschenrecht auf sexuelle Selbstbestimmung. Stuttgart: Kohlhammer. S. 102-107.

Grimm, Brigitte (2005). Elternschaft geistigbehinderter Menschen. In: Walter, Joachim (Hg.). Sexualität und geistige Behinderung. 6. Aufl. Heidelberg: Universitätsverlag Winter - »Edition S«. S. 299-304.

Gross, Jessica (1999). Kinderwunsch und Sterilität. Zur Motivation des Kinderwunsches bei Sterilitätspatientinnen. Giessen: Psychosozial-Verlag.

Gruppe Mitsprache Zürich. URL: www.gruppe-mitsprache.ch/ [Zugriffsdatum: 2. Juli 2013].

Hennies, Irina/Sasse, Matina (2004). Liebe, Partnerschaft, Ehe und Kinderwunsch bei Menschen mit geistiger Behinderung. In: Wüllenweber, Ernst (Hg.). Soziale Probleme von Menschen mit geistiger Behinderung. Fremdbestimmung, Benachteiligung, Ausgrenzung und soziale Abwertung. Stuttgart: Kohlhammer. S. 65-77.

Hermes, Gisela (2004). Behinderung und Elternschaft leben – kein Widerspruch. Eine Studie zum Unterstützungsbedarf körper- und sinnesbehinderter Eltern in Deutschland. Neu-Ulm: AG SPAK Bücher.

Herrath, Frank (2009). Was behindert Sexualität? Kongressrede. Erfurt. In: http://www.isp-dortmund.de/download/vortrag.html [Zugriffsdatum: 5. August 2013].

Herrath, Frank (2013). Menschenrecht trifft Lebenswirklichkeit: Was behindert Sexualität? In: Clausen, Jens/Herrath, Frank (Hg.). Sexualität leben ohne Behinderung. Das Menschenrecht auf sexuelle Selbstbestimmung. Stuttgart: Kohlhammer. S. 19-34.

Hirschberg, Marianne (2009). Behinderung im internationalen Diskurs. Die flexible Klassifizierung der Weltgesundheitsorganisation. Frankfurt a.M.: Campus.

Hochschule Luzern (o.J.). URL: http://www.hslu.ch/sozialearbeit/s-veranstaltungen/s-kongresse-archiv/s-fachtagung-elternschaft.htm [Zugriffsdatum: 2. Juli 2013].

Hoyler-Herrmann, Annerose (2005). Überlegungen zur Sexualpädagogik bei geistigbehinderten Erwachsenen. In: Walter, Joachim (Hg.). Sexualität und geistige Behinderung. 6. Aufl. Heidelberg: Universitätsverlag Winter - »Edition S«. S. 197-214.

Hoyningen-Süess/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.a). Kinderwunsch. URL: http://insieme.ch/leben-im-alltag/sexualitat/kinderwunsch/ [Zugriffsdatum: 20. Mai 2013].

insieme (o.J.b). Lebensräume. URL: http://insieme.ch/insieme/angebot/lebensraume/ [Zugriffsdatum: 2. Juli 2013].

Käch Studhalter, Esther/Köppel Hafen, Luzia/Bühler, Ursula (2008). Eltern sein mit geistiger Behinderung. Unterstützungsangebote in Erziehungsfragen für Eltern mit leichter geistiger Behinderung. Diplomarbeit. Hochschule Luzern. Ausbildungsgang Sozialarbeit. Luzern.

Köbsell,Swantje (2013). Sex – (K)ein Thema? Über die Schwierigkeiten politisch engagierter Frauen und Männer, das Begehren zu thematisieren. In: Clausen, Jens/Herrath, Frank (Hg.). Sexualität leben ohne Behinderung. Das Menschenrecht auf sexuelle Selbstbestimmung. Stuttgart: Kohlhammer. S. 124-134.

Krekel, Michaela (2004). Kein Recht auf Kinder? Zur Situation psychisch kranker Mütter. In: Krause-Girth, Cornelia/Oppenheimer, Christa (Hg.). Lebensqualität und Beziehungen. Geschlechtersensible Betreuung psychisch Kranker. Bonn: Psychiatrie-Verlag. S. 129-143.

Krumm, Silvia (2013). Sexualität und Elternschaft bei Frauen mit psychischen Erkrankungen. In: Clausen, Jens/Herrath, Frank (Hg.). Sexualität leben ohne Behinderung. Das Menschenrecht auf sexuelle Selbstbestimmung. Stuttgart: Kohlhammer. S. 273-287.

Kruse, Otto (1997). Keine Angst vor dem leeren Blatt. Ohne Schreibblockaden durchs Studium. 5. Aufl. Frankfurt a.M./New York: Campus.

Kulig, Wolfram (2007). Paternalismus. In: Theunissen, Georg/Kulig, Wolfram/Schirbort, Kerstin (Hg.). Handlexikon Geistige Behinderung. Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik. Stuttgart: W. Kohlhammer. S. 251-252.

Lenz, Albert/Riesberg, Ulla/Rothenberg, Brigitte/Sprung, Christiane (2010). Familie leben trotz intellektueller Beeinträchtigung. Begleitete Elternschaft in der Praxis. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Lingg, Albert/Theunissen, Georg (2008). Psychische Störungen und geistige Behinderungen. Ein Lehrbuch und Kompendium für die Praxis. Freiburg i.B.: Lambertus.

Luchterhand, Charlene/Murphy, Nancy (2001). Wenn Menschen mit geistiger Behinderung trauern. Vorschläge zur Unterstützung. Weinheim/Basel: Beltz.

Martin, Beate (2013). Sexuelle Bildung als Menschenrecht. Gedanken über angemessene Sexualitätsbegleitung und notwendige Qualifizierungsmassnahmen. In: Clausen, Jens/Herrath, Frank (Hg.). Sexualität leben ohne Behinderung. Das Menschenrecht auf sexuelle Selbstbestimmung. Stuttgart: Kohlhammer. S. 204-216.

Müller, Burkhard (2009). Sozialpädagogisches Können. Ein Lehrbuch zur multiperspektivischen Fallarbeit. 6. Aufl. Freiburg i. B.: Lambertus.

Oberholzer, Daniel (2005a). Behinderungen. In: Fachhochschule Aargau Nordwestschweiz. Departement Soziale Arbeit (Hg.). Wörter – Begriffe – Bedeutungen. Ein Glossar zur Sozialen Arbeit der Fachhochschule Aargau Nordwestschweiz. Brugg. S. 25-27.

Oberholzer, Daniel (2005b). Entwicklungsbeeinträchtigungen. In: Fachhochschule Aargau Nordwestschweiz. Departement Soziale Arbeit (Hg.). Wörter – Begriffe – Bedeutungen. Ein Glossar zur Sozialen Arbeit der Fachhochschule Aargau Nordwestschweiz. Brugg. S. 48-49.

Oberholzer, Daniel (2009). Begriffe. In: INSOS Schweiz (Hg.). Das Konzept der Funktionalen Gesundheit. Grundlagen, Bedeutung und Einsatzmöglichkeiten am Beispiel der Behindertenhilfe. Bern/Lausanne. S. 70-75.

Orthmann Bless, Dagmar (2013a). Real Care® Plus – Adaption und Implementierung eines sexualpädagogischen Bildungsprogramms für junge Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen. S. 1-5. URL: http://www.academia.edu/3443645/RealCare_Plus_-_Adaptation_und_Implementierung_eines_sexualpadagogischen_Bildungsprogramms_fur_junge_Menschen_mit_intellektuellen_Beeintrachtigungen [Zugriffsdatum: 22. Juli 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-Häufigkeit-von-Elternschaft-bei-ID-in-der-Schweiz.-Orthmann-Bless-2013.pdf [Zugriffsdatum: 24.Juni 2013].

Orthmann Bless, Dagmar (2013c). Zur Häufigkeit von Schwangerschaften und Geburten bei Frauen mit geistiger Behinderung. In: VHN Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete. 82. Jg. (1). S. 22-34.

Pixa-Kettner, Ursula (1999). Konzepte der Begleitung für Mütter und Väter mit geistiger Behinderung. Ein Beitrag aus der englischsprachigen Literatur. In: psychosozial. 22. Jg. (3). S. 63-74.

Pixa-Kettner, Ursula (2006). Elterliche Kompetenzen und ihre Erfassung bei Eltern mit geistiger Behinderung. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe (Hg.). Unterstützte Elternschaft: Eltern mit geistiger Behinderung (er)leben Familie. Marburg/Oldenburg. S. 86-96.

Pixa-Kettner, Ursula (2007). Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung in Deutschland. Ergebnisse einer zweiten bundesweiten Fragebogenerhebung. In: Geistige Behinderung. 46. Jg. (4). S. 309-321.

Pixa-Kettner, Ursula (2008). Einleitung. In: Pixa-Kettner, Ursula (Hg.). Tabu oder Normalität? Eltern mit geistiger Behinderung und ihre Kinder. 2. Aufl. Heidelberg: Universitätsverlag Winter – »Edition S«. S. 9-17.

Pixa-Kettner, Ursula (2010). Zur Normalität der Elternschaft von Menschen mit Lernschwierigkeiten. In: Dobslaw, Gudrun/Meir, Stefan (Hg.). Kinderwunsch und Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung. Dokumentation der Arbeitstagung der DGSGB am 4.12.2009 in Kassel. Materialien der DGSGB. (22). Berlin: Eigenverlag der DGSGB. S. 4-17. URL: http://www.dgsgb.de/downloads/band%2022.pdf [Zugriffsdatum: 19. Juli 2013].

Pixa-Kettner, Ursula/Bargfrede, Stefanie (2004). Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung – ein soziales Problem? In: Wüllenweber, Ernst (Hg.). Soziale Probleme von Menschen mit geistiger Behinderung. Fremdbestimmung, Benachteiligung, Ausgrenzung und soziale Abwertung. Stuttgart: Kohlhammer. S. 78-88.

Pixa-Kettner, Ursula/Bargfrede, Stefanie (2008). Kinderwunsch von Menschen mit geistiger Behinderung. In: Pixa-Kettner, Ursula (Hg.). Tabu oder Normalität? Eltern mit geistiger Behinderung und ihre Kinder. 2. Aufl. Heidelberg: Universitätsverlag Winter – »Edition S«. S. 73-85.

Pixa-Kettner, Ursula/Bargfrede, Stefanie/Blanken, Ingrid (1996). „Dann waren sie sauer auf mich, daß ich das Kind haben wollte …“: Eine Untersuchung zur Lebenssituation geistigbehinderter Menschen mit Kindern in der BRD. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Pixa-Kettner, Ursula/Bargfrede, Stefanie/Blanken, Ingrid (2005). Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung. In: Walter, Joachim (Hg.). Sexualität und geistige Behinderung. 6. Aufl. Heidelberg: Universitätsverlag Winter - »Edition S«. S. 305-317.

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: Kohlhammer. S. 251-265.

Pixa-Kettner, Ursula/Sauer, Bernhard (2008). 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. 2. Aufl. Heidelberg: Universitätsverlag Winter – »Edition S«. S. 219-247.

Prangenberg, Magnus (1999). Zur Lebenssituation von Kindern geistig behinderter Eltern. In: psychosozial. 22. Jg. (3). S. 75-90.

Prangenberg, Magnus (2002). Zur Lebenssituation von Kindern, deren Eltern als geistig behindert gelten. Eine Exploration der Lebens- und Entwicklungsrealität anhand biografischer Interviews und Erörterung der internationalen Fachliteratur. URL: http://elib.suub.uni-bremen.de/publications/dissertations/E-Diss831_prangenberg.pdf [Zugriffsdatum: 27. Juni 2013].

Prangenberg, Magnus (2008). 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. 2. Aufl. Heidelberg: Universitätsverlag Winter – »Edition S«. S. 25-45.

Rohrmann, Albrecht (2009). Teilhabe planen. Ziele und Konzepte kommunaler Teilhabeplanung. In: Teilhabe. 48. Jg. (1). S. 18-24.

Sanders, Dietke (2007). Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung. In: Theunissen, Georg/Kulig, Wolfram/Schirbort, Kerstin (Hg.). Handlexikon Geistige Behinderung. Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik. Stuttgart: W. Kohlhammer. S. 90-91.

Sanders, Dietke (2008). 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. 2. Aufl. Heidelberg: Universitätsverlag Winter – »Edition S«. S. 161-192.

Schweizerische Eidgenossenschaft/Université de Fribourg (Hg.) (2013). Bund fördert ein Bildungsprojekt für junge Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen. URL: http://insieme.ch/wp-content/uploads/2010/02/3_Bund-fördert-Bildungsprogramm.-Mitteilung-Newsletter-Netzwerk-Elternschaft.pdf [Zugriffsdatum: 22. Juli 2013].

Selbsthilfe Schweiz (o.J.). Themenliste A-Z. Behinderung, geistig. URL: http://www.selbsthilfeschweiz.ch/shch/de/selbsthilfe-gesucht/themenliste.thema.878c3690-a06d-4b3a-912a-d2713b1b8976.html [Zugriffsdatum: 2. Juli 2013].

Specht, Ralf (2013). Professionelle Sexualitätsbegleitung von Menschen mit Behinderung. In: Clausen, Jens/Herrath, Frank (Hg.). Sexualität leben ohne Behinderung. Das Menschenrecht auf sexuelle Selbstbestimmung. Stuttgart: Kohlhammer. S. 165-183.

Speck, Otto (2007). Geistige Behinderung. In: Theunissen, Georg/Kulig, Wolfram/Schirbort, Kerstin (Hg.). Handlexikon Geistige Behinderung. Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik. Stuttgart: W. Kohlhammer. S. 136-137.

Stadt Frankfurt am Main (2006). Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung. Arbeitshinweise des Jugend- und Sozialamtes der Stadt Frankfurt am Main. In: Bundesvereinigung Lebenshilfe (Hg.). Unterstützte Elternschaft: Eltern mit geistiger Behinderung (er)leben Familie. Marburg/Oldenburg. S. 116-134.

Staub-Bernasconi, Silvia (2009). Den Menschen vor dem Würgegriff des Menschen schützen. Menschenrechte und ihre Relevanz für Mandat, Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit. In: SozialAktuell. 41. Jg. (7/8). S. 10-14.

Staudenmaier, Miriam (2004). Eltern mit geistiger Behinderung. Evaluation der Betreuungssituation von Eltern(-teilen) mit leichter oder mittlerer geistiger Behinderung in der deutschsprachigen Schweiz. Lizentiatsarbeit. Universität Zürich. Studium in Sozialpädagogik. Zürich.

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 – »Edition S«. S. 305-318.

Staudenmaier, Miriam (2008). *„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. 2. Aufl. Heidelberg: Universitätsverlag Winter – »Edition S«. S. 305-318.

Theunissen, Georg (2008). Geistige Behinderung und Lernbehinderung. Zwei inzwischen umstrittene Begriffe in der Diskussion. In: Geistige Behinderung. 47. Jg. (2). S. 127-136.

Theunissen, Georg (2011). Geistige Behinderung und Verhaltensauffälligkeiten. Ein Lehrbuch für die Schule, Heilpädagogik und ausserschulische Behindertenhilfe. 5. Aufl. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt.

United Nations (2004). URL: http://www.un.org/esa/socdev/enable/iddp2004.htm [Zugriffsdatum: 16. April 2013].

Université de Fribourg (2013). Forschungsgesuch beim Schweizerischen Nationalfonds (SNF) eingereicht. URL: http://insieme.ch/wp-content/uploads/2010/02/4_Forschungsgesuch.pdf [Zugriffsdatum: 26. Juli 2013].

v. Bodelschwinghsche Anstalten Bethel (1993). Kinderwunsch und Elternschaft von Menschen mit einer geistigen Behinderung. Eine Orientierungshilfe. 2. Aufl. Bielefeld: Bethel-Verlag.

v. Bodelschwinghsche Stiftungen Bethel (2009). Verwaltungsrat beschliesst Namensänderung. Die v. Bodelschwinghschen Anstalten Bethel werden „Stiftungen“. URL: http://www.bethel.de/presse/presse-detail/artikel//verwaltungsrat-beschliesst-namensaenderung.html [Zugriffsdatum: 8. Juli 2013].

Walter, Joachim (2005). Sexuelle Partnerschaft, Kinderwunsch und Elternschaft geistigbehinderter Menschen. In: Walter, Joachim (Hg.). Sexualität und geistige Behinderung. 6. Aufl. Heidelberg: Universitätsverlag Winter - »Edition S«. S. 290-296.

Weber, Germain (o.J.). Inklusive Forschung: Herausforderungen und Chancen. URL: www.nueva-network.eu/cms/index.app/Index/download/?id=144 [Zugriffsdatum: 16. August 2013].

WIR FÜR UNS. URL: http://www.wir-für-uns.ch/index.php [Zugriffsdatum: 2. Juli 2013].

WIR FÜR UNS (o.J.). Ärzte Flyer. Geben Sie uns eine Chance! In: http://wir-für-uns.ch/Ueber-uns/Aerzte-Flyer/index.php [Zugriffsdatum: 25. Juli 2013].

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 drüber 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: 8. Juli 2013].

Wüllenweber, Ernst (2009). Handlungskonzepte und Methoden in Heilpädagogik und Behindertenhilfe und ihre Bedeutung für die Professionalität. In: Teilhabe. 48. Jg. (2). S. 75-80.

Zentrum für Selbstbestimmtes Leben. URL: www.zslschweiz.ch/ [Zugriffsdatum: 2. Juli 2013].

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Beispiele aus dem Kinderwunschspiel. S. 47. In: Pixa-Kettner, Ursula (Hg.). Tabu oder Normalität? Eltern mit geistiger Behinderung und ihre Kinder. 2. Aufl. Heidelberg: Universitätsverlag Winter – »Edition S«. S. 83.

Abb. 2: Beispiele zur Repräsentation von Kinderwunschmotiven im Kinderwunschspiel. S. 47f. In: Pixa-Kettner, Ursula (Hg.). Tabu oder Normalität? Eltern mit geistiger Behinderung und ihre Kinder. 2. Aufl. Heidelberg: Universitätsverlag Winter – »Edition S«. S. 84.

Fachhochschule Nordwestschweiz
Hochschule für Soziale Arbeit

Bachelor Thesis

Erklärung der Studierenden zur Bachelor Thesis

Name, Vorname: **Egger Maja**

Titel/Untertitel Bachelor Thesis:

Menschen mit kognitiven Entwicklungsbeeinträchtigungen und Kinderwunsch
Ein Wegweiser für die ergebnisoffene professionelle Unterstützung einer gelingenden Auseinandersetzung

Begleitung Bachelor Thesis: **Prof. Dr. Daniel Oberholzer**

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: 09.09.2013

Unterschrift:

