

Kinderwunsch von Menschen mit einer geistigen Behinderung

Wie gehen Professionelle der Sozialen Arbeit auf Wohngruppen mit dem Kinderwunsch ihrer Klientinnen und Klienten um?

Erarbeitet von: Melanie Furrer

Bachelor Studiengang Soziale Arbeit, BAC 17, Vertiefung Sozialpädagogik

Begleitende Dozentin: Christiane Carri

Brig, 30.06.2020

Eidesstattliche Erklärung

„Hiermit versichere ich, dass ich die Bachelorarbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen benutzt habe. Alle Ausführungen, die anderen Texten wörtlich oder sinngemäss entnommen wurden, sind kenntlich gemacht. Die Arbeit war noch nie in gleicher oder ähnlicher Fassung Bestandteil einer Studien- oder Prüfungsleistung. Die Bachelor Thesis respektiert den Ethik-Kodex der HES-SO für die Forschung.“

Unterschrift der Verfasserin



Melanie Furrer

Abstract

«Dann waren sie sauer auf mich, dass ich das Kind haben wollte...» So titelt ein Buch von Ursula Pixa-Kettner, Stefanie Bargfrede und Ingrid Blanken aus dem Jahre 1996 über eine Untersuchung zur Lebenssituation von Kindern deren Eltern kognitiv beeinträchtigt sind. Schon bald wird bei solchen und anderen, ähnlichen Überschriften klar, dass die Realisierung eines Kinderwunsches für Menschen mit einer geistigen Behinderung alles andere als selbstverständlich ist.

Die vorliegende Arbeit wurde im Rahmen des Bachelorstudiums in Sozialer Arbeit an der HES-SO in Siders verfasst und befasst sich mit genau diesem Kinderwunsch. Der Fokus liegt dabei auf dem Umgang mit diesem Bedürfnis auf Wohngruppen. Mit der Hilfe von theoretischen Grundlagen und Interviews mit Professionellen der Sozialen Arbeit soll eruiert werden, wie der Kinderwunsch von Menschen mit einer geistigen Behinderung begleitet wird.

Vorab wird die Motivation erläutert, aus welcher diese Arbeit entstanden ist und die Ziele werden aufgezeigt. Zudem wird ein Bezug hergestellt zur Sozialen Arbeit und begründet, weshalb dieses Thema relevant für sie ist. Ebenfalls in diesem Teil werden Hypothesen zur Forschungsfrage aufgestellt, welche den Forschungsbereich eingrenzen sollen und eine vorläufige Antwort auf die Frage nach dem Umgang mit dem Kinderwunsch von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung geben sollen.

In einem ersten Teil wird die Geschichte von Menschen mit einer Behinderung in der Schweiz aufgezeigt. Den Kern dabei stellt die Entwicklung der Sexualität und der Familienplanung von Menschen mit einer Behinderung dar. Anschliessend wird eine Studie behandelt von Dagmar Orthmann Bless, welche die Anzahl Schwangerschaften von Frauen mit einer kognitiven Beeinträchtigung in der Schweiz erfasst.

Des Weiteren werden Modelle diskutiert, welche versuchen den Begriff der Behinderung zu umfassen. Das Hauptmerk liegt dabei auf dem bio-psycho-sozialen Modell der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Auf dieses wird näher eingegangen und erläutert, warum genau dieses Modell für die folgende Arbeit ausgewählt wurde. Zudem werden mögliche Motive, welche hinter einem Kinderwunsch stehen, aufgezeigt und Mythen rund um die Elternschaft von Menschen mit einer Behinderung werden diskutiert. Diese Mythen werden behandelt, da sie als mögliche Ursache für das negative Bild von Elternschaft von Menschen mit einer Behinderung angesehen werden können. Abgerundet wird der Theorieteil mit einem kurzen rechtlichen Überblick zur Situation von Menschen mit einer Behinderung in der Schweiz.

Für den empirischen Teil dieser Arbeit wurden Interviews durchgeführt mit Professionellen der Sozialen Arbeit, welche auf Wohngruppen arbeiten. Vor der Präsentation der Ergebnisse, wird der Forschungsbereich erläutert und das Vorhaben erklärt. Darauf folgt das nähere Eingehen auf die gewählte Methode und deren Grenzen werden aufgezeigt. Die Ergebnisse werden mit der Theorie in Verbindung gesetzt und Hypothesen analysiert. In der Analyse dieser Hypothesen fällt auf, dass der Kinderwunsch der Bewohnerinnen und Bewohner viel offener behandelt wird als zunächst angenommen. Zudem wird ersichtlich, wie vielseitig die dahinterliegenden Motive sind.

Daran schliesst die Diskussion der gewählten Forschungsfrage auf der Grundlage des Theorieteils sowie der Ergebnisse aus dem empirischen Teil. Zusätzlich werden die Grenzen der gewählten Forschungsfrage aufgezeigt und es folgt eine Auflistung weiterführender Fragen in diesem Zusammenhang. Abgerundet wird die Arbeit mit einer Ausführung zum Lernprozess und einem persönlichen Fazit.

Schlüsselbegriffe:

Geistige Behinderung - Kinderwunsch - Kinderwunschmotive - begleitetes Wohnen - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit - Rolle der Sozialen Arbeit - Selbstbestimmung vs Unterstützung

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	1
1.1. Persönliche Motivation.....	1
1.2. Bezug zur Sozialen Arbeit	2
1.3. Hypothesen	3
1.4. Ziele.....	3
2. Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung in der Schweiz	4
2.1. Geschichtlicher Hintergrund	4
2.2. Aurora: Eine Institution für Menschen mit einer Beeinträchtigung	5
2.3. Häufigkeit von Schwangerschaften und Geburten bei Frauen mit einer geistigen Behinderung in der Schweiz.....	6
3. Theoretischer Rahmen	10
3.1. Definitionen von Behinderung.....	10
3.1.1. Definition gemäss Schweizer Recht.....	10
3.1.2. Definition gemäss UNO	10
3.1.3. Unterschiede	11
3.2. Geistige Behinderung	11
3.3. Bio-psycho-soziales Modell	12
3.4. Handlungs- und Urteilsfähigkeit.....	14
3.5. Sexualität.....	14
3.6. Kinderwunsch	15
3.7. Mythen über Eltern mit einer kognitiven Beeinträchtigung.....	16
3.8. Umgang mit dem Kinderwunsch von Menschen mit einer geistigen Behinderung	17
3.9. Real Care® Baby – Simulationslernen	18
4. Rechtliche Grundlagen.....	19
4.1. Behindertenrechtskonvention	19
4.2. Bundesverfassung	19
4.3. Schweizerisches Zivilgesetzbuch	20
4.4. Behindertengleichstellungsgesetz	20
5. Methodisches Vorgehen.....	21
5.1. Forschungsvorgehen.....	21
5.2. Leitfadeninterviews	21
5.3. Auswahl und Eingrenzung des Untersuchungsbereichs.....	22
5.4. Risiken und Grenzen der Untersuchung.....	23

6. Ergebnisse der Untersuchung	24
6.1. Behandlung des Kinderwunsches	24
6.1.1. Gesprächsführung und Begleitung	24
6.1.2. Balance: Unterstützung und Privatsphäre	25
6.2. Hintergründe	25
6.2.1. Merkmale, wie die Mitarbeitenden den Kinderwunsch erkennen	25
6.2.2. Motive	26
6.3. Zusammenarbeit	26
6.3.1. Zusammenarbeit mit Fachstellen	26
6.3.2. Zusammenarbeit mit der Familie, mit Angehörigen und gesetzlichen Vertretungen	27
7. Synthese	29
7.1. Indikator 1: Behandlung des Kinderwunsches	29
7.1.1. Bezug zur Theorie	29
7.1.2. Diskussion und Fazit	29
7.2. Indikator 2: Hintergründe	30
7.2.1. Bezug zur Theorie	30
7.2.2. Diskussion und Fazit	30
7.3. Indikator 3: Zusammenarbeit	31
7.3.1. Bezug zur Theorie	31
7.3.2. Diskussion und Fazit	31
8. Schlussfolgerungen	33
8.1. Stellungnahme zur Forschungsfrage	33
8.2. Grenzen der gewählten Forschungsfrage und weiterführende Fragestellungen	33
8.3. Konsequenzen der Ergebnisse für die Praxis der Sozialen Arbeit	34
8.4. Persönlicher Lernprozess und Fazit	35
9. Literaturverzeichnis	36
10. Abbildungsverzeichnis	39
11. Anhang	40
11.1. Einwilligungserklärung	40
11.2. Leitfaden	41

1. Einleitung

Vorwegnehmen möchte ich einen grossen Dank an all diejenigen, die mich unterstützt haben während dem Verfassen dieser Bachelorarbeit und diese überhaupt erst ermöglicht haben. Ich verzichte bewusst darauf, einzelne Personen namentlich zu erwähnen, um dem Risiko aus dem Weg zu gehen, jemanden zu vergessen. An dieser Stelle sei jedoch jedem und jeder einzelnen gedankt, welche seitens der Fachhochschule, der Institution oder aus meinem privaten Umfeld ihren Teil dazu beigetragen haben, dass diese Arbeit in dieser Form entstehen konnte. Ich konnte auf diverse Formen der Unterstützung in unterschiedlichen Bereichen zählen. Für diese bin ich sehr dankbar.

Was mir zudem wichtig scheint, direkt in der Einleitung zu klären sind Fragen zu Begrifflichkeiten. Ich werde in dieser Arbeit die Begriffe «kognitive Beeinträchtigung» und «geistige Behinderung» synonym verwenden. Diese sind die aktuell am meisten gebrauchten Ausdrücke in der Wissenschaft und Literatur. Um der geschlechtergerechten Sprache Rechnung zu tragen, werde ich, wenn immer möglich neutrale Begriffe verwenden, welche alle einschliessen sollen. Falls dies nicht möglich ist, wird jeweils sowohl die weibliche als auch die männliche Form aufgeführt.

Was den Aufbau der Bachelorarbeit angeht, werde ich mit einem einleitenden Teil beginnen, in welchem Motivation, Hypothesen und Ziele sowie der Bezug zur Sozialen Arbeit geklärt werden. Anschliessend folgt der theoretische Teil, welcher sich mit geschichtlichen und aktuellen Ausführungen rund um den Kinderwunsch von Menschen mit einer Behinderung beschäftigt. Zudem werden zentrale Begriffe definiert und ein rechtlicher Rahmen geschaffen.

Den Hauptteil des empirischen Teils stellen die Interviews mit Professionellen der Sozialen Arbeit dar. Dort werden die Ergebnisse präsentiert und in Bezug zur Theorie gesetzt. Abschliessend werden einige Schlussfolgerungen formuliert und Konsequenzen für die Praxis der Sozialen Arbeit herausgearbeitet.

1.1. Persönliche Motivation

Durch meine diversen Neben-, Sommerjobs und mein Vorpraktikum konnte ich schon einiges an Erfahrung in der Arbeit mit Menschen mit diversen Beeinträchtigungen sammeln. Dabei habe ich gemerkt, dass mir diese Arbeit viel Freude bereitet und dass ich mir in diesem Bereich noch mehr Wissen aneignen möchte. Mit der Bachelorarbeit habe ich die Möglichkeit erhalten ein bestimmtes Thema, nämlich den Kinderwunsch von Menschen mit einer geistigen Behinderung, zu vertiefen und genauer zu untersuchen.

Es scheint mir, dass die Themen Sexualität, Partnerschaft und Familie von Menschen mit einer geistigen Behinderung nur sehr selten angesprochen werden, dem möchte ich entgegenwirken. Oftmals wird der Kinderwunsch überhaupt nicht erst angesprochen oder thematisiert und Betroffene erhalten keine Möglichkeit diesen zu äussern. Zudem wurde der Kinderwunsch oder ganz allgemein Sexualität von Menschen mit einer geistigen Behinderung in unserem Studium meines Erachtens eher knapp behandelt. Was mir einen zusätzlichen Anstoss gibt, mehr über diese Thematik zu erfahren.

In der Schweiz ist noch sehr wenig über den Kinderwunsch und die Elternschaft von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung geforscht und veröffentlicht worden. Dies ist für mich ein zusätzlicher Ansporn der Frage nach dem Umgang mit dem Kinderwunsch der Bewohnerinnen und Bewohner auf Wohngruppen nachzugehen.

In meiner praktischen Arbeit mit Klientinnen und Klienten lege ich persönlich sehr grossen Wert auf Partizipation und Selbstbestimmung. Bei der Planung von Partnerschaften und einer eigenen Familie von Menschen mit einer geistigen Behinderung ist dies ein sehr heikler Punkt. Meiner Ansicht nach, haben diese Personen oftmals nur sehr beschränkt die Möglichkeit selbst über ihr Leben zu bestimmen. Dies ist meines Erachtens ein sehr interessantes Spannungsfeld der Selbst- und

Fremdbestimmung in dem sich die Soziale Arbeit befindet. Ich möchte mich vertieft mit den Meinungen und Berufspraxen Professioneller der Sozialen Arbeit auseinandersetzen, um mir persönlich eine fundiertere Meinung bilden zu können. Somit kann ich mir wichtiges Wissen aneignen für meine spätere Tätigkeit in der Praxis mit Menschen mit einer Beeinträchtigung. Zum einen ging es mir darum, herauszufinden wie man professionell den Kinderwunsch der Bewohnerinnen und Bewohner begleiten kann. Zum anderen wollte ich herausfinden, was es für Möglichkeiten gibt, mit dem genannten Spannungsfeld umzugehen und die Interventionen darin zu planen.

Eine Ausstellung in Naters zum Thema «Elternschaft von Menschen mit einer Behinderung» des Fotografen Ruben Hollinger hat mich zusätzlich motiviert mehr über diese Thematik zu erfahren. Familien in Deutschland, bei welchen Eltern eine kognitive Beeinträchtigung haben, wurden von ihm auf Fotos festgehalten. Unter dem Titel «benni I love» hat er diese in einer Ausstellung veröffentlicht. Während eines Buchbindeworkshops, in dem ich ein eigenes Exemplar seines Fotobuches herstellen konnte, führte ich interessante Diskussionen mit dem Fotografen und erhielt wertvolle Tipps von ihm.

1.2. Bezug zur Sozialen Arbeit

Das Feld der Behindertenarbeit stellt einen grossen Teil der Sozialen Arbeit dar. Als Sozialarbeitende gibt es somit diverse Möglichkeiten mit Menschen mit einer Behinderung zusammenzuarbeiten, sei es in einer Tagesstätte, auf einer Wohngruppe oder im Freizeitbereich. Thematisiert wird der Kinderwunsch von Menschen mit einer geistigen Behinderung jedoch meiner Meinung nach sehr selten, und auch in unserer Ausbildung wurde dem meiner Meinung nach nicht genügend Rechnung getragen.

In meiner Fragestellung habe ich mich bewusst für den Umgang mit dem Kinderwunsch auf Wohngruppen entschieden. Ich habe den Eindruck, dass Mitarbeitende in diesem Setting in einem sehr engen Verhältnis zu den Bewohnerinnen und Bewohnern stehen. Die Klientinnen und Klienten verbringen dort unter Umständen sehr viel Zeit und nennen diesen Ort ihr Zuhause. Es ist deshalb wahrscheinlicher, dass das Thema Kinderwunsch dort angesprochen und behandelt wird als beispielsweise in Freizeitkursen, wo sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer seltener treffen und somit eventuell eine schwächere Vertrauensbeziehung pflegen.

Der Berufskodex der Sozialen Arbeit beinhaltet den Grundsatz der Selbstbestimmung. Damit jedoch jemand eine Entscheidung treffen kann, sollte die Person zuvor ausreichend informiert werden. Deshalb bin ich der Meinung, dass eine gute Aufklärung den Kinderwunsch immens beeinflussen kann.

Artikel 23 der Behindertenrechtskonvention der Organisation der Vereinten Nationen (UNNO) beinhaltet das «Recht aller Menschen mit Behinderungen im heiratsfähigen Alter, auf der Grundlage des freien und vollen Einverständnisses der künftigen Ehegatten eine Ehe zu schliessen und eine Familie zu gründen.» Abgesehen davon, dass Menschen mit einer geistigen Behinderung in der Schweiz nicht heiraten dürfen, ist auch das Gründen einer eigenen Familie eher selten. Die rechtliche Grundlage für ein solches Heiratsverbot wird zu einem späteren Zeitpunkt in dieser Arbeit behandelt. Da sich die Soziale Arbeit dafür einsetzt, Barrieren abzubauen und gleiche Chancen für alle zu schaffen, ist dies ein sehr aktuelles Thema, mit dem sich die Soziale Arbeit beschäftigen sollte. Im Behindertengleichstellungsgesetz wird einleitend ebenfalls erwähnt, dass sich die Schweiz dazu verpflichtet: «Benachteiligungen zu verhindern, zu verringern oder zu beseitigen, denen Menschen mit Behinderung ausgesetzt sind». Somit setzt sich die Soziale Arbeit in diesem Bereich nicht nur aus berufsethischer, sondern auch aus rechtlicher Sicht für mehr Rechte und weniger Barrieren für Menschen mit einer Behinderung ein.

Wie sich im geschichtlichen Hintergrund dieser Arbeit zeigen wird, wurde schon sehr viel erreicht und es hat bereits grosse Veränderungen gegeben. Es ist jedoch wichtig nicht stillzustehen und an Entwicklungen in eine positive Richtung, welche das Feld für alle

Beteiligten öffnet, weiterzuarbeiten. Die Soziale Arbeit ist ein wichtiger Akteur im Zusammenhang mit solchen Veränderungen, die die Teilhabe aller in einer Gesellschaft fördert.

1.3. Hypothesen

Folgende Hypothesen sollen dazu dienen, den Forschungsbereich einzugrenzen und einen Fokus zu legen. Sie geben zudem eine vorläufige Antwort auf die Forschungsfrage und bieten die Grundlage für die Diskussion zum Schluss der Bachelorarbeit.

- Der Kinderwunsch von Menschen mit einer Behinderung wird in Wohngruppen nicht thematisiert.
- Die Zusammenarbeit mit den gesetzlichen Vertretern und Angehörigen der Klientinnen und Klienten rund um die Themen Sexualität, Partnerschaft und Kinderwunsch gestaltet sich schwierig und ist eine Herausforderung für die Mitarbeitenden.
- Die Vernetzung der Wohngruppen mit lokalen Fachstellen könnte ausgebaut werden.

1.4. Ziele

Ziel der Untersuchung ist es grundsätzlich herauszufinden, ob und wie der Kinderwunsch von Menschen mit einer geistigen Behinderung thematisiert und behandelt wird. Dies untersuche ich auf Wohngruppen mit Professionellen der Sozialen Arbeit.

Was den theoretischen Teil anbelangt, habe ich mir vorgenommen, den geschichtlichen Hintergrund von Menschen mit einer Behinderung aufzurollen. Ein weiteres Ziel in diesem Teil ist es, Konzepte und Theorien zu finden. Zudem will ich aufzeigen, was im Umgang mit dem Kinderwunsch von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung zu beachten ist. Ausserdem geht es darum, den rechtlichen Rahmen aufzuzeigen und grundlegende Gesetze kennenzulernen.

Da ich mich für die Methode des Interviews entschieden habe, ist ein weiteres Ziel, dieses Instrument besser kennenzulernen und mir das nötige Wissen zur Durchführung anzueignen. Meine Absicht ist es, einen geeigneten Leitfaden zu erstellen. Mit Hilfe dessen, zusätzlich zu den Recherchen und Vorbereitungen, ziele ich darauf ab, die Interviews professionell und auf einem qualitativ hohen Standard durchzuführen.

Ich erhoffe mir einen spannenden Diskurs mit den Sozialarbeitenden der verschiedenen Wohngruppen. Da es sich um ein kontroverses Thema handelt, erhoffe ich mir zudem verschiedene Ansichten und Strategien für die Praxis, welche ich in meiner Arbeit sammeln und in Relation zueinander setzen kann. Anschliessend werde ich zudem die erhaltenen Ergebnisse in Bezug zur Theorie setzen und so weitere Schlüsse für die Berufspraxis ziehen.

2. Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung in der Schweiz

In dieser Arbeit beschränke ich mich auf den Forschungsbereich von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung in der Schweiz. Dabei gehe ich dem Kinderwunsch von Menschen mit einer geistigen Behinderung nach, welche in einer Wohngruppe leben. In einem ersten Schritt werde ich deshalb den geschichtlichen Hintergrund von Menschen mit einer geistigen Behinderung, welche sich Kinder wünschen, aufzeigen. In einem nächsten Schritt werde ich die Institution vorstellen, mit welcher ich den empirischen Teil erarbeitet habe.

Wie es das Wort «Kinderwunsch» schon mit sich bringt, handelt sich um einen Gedanken oder auch ein Verlangen. Ein solcher Wunsch ist etwas Höchstpersönliches und wird in vielen Fällen nicht direkt ausgesprochen. Den Kinderwunsch einer Gruppe von Menschen zu erfassen, erweist sich als dementsprechend schwierig. Was jedoch untersucht und in Zahlen festgehalten werden kann, sind die tatsächlichen Elternschaften von Menschen mit einer Behinderung. Die Forschungen, die ich deshalb in diesem Kapitel aufführen werde, beschäftigen sich mit der Partnerschaft und Elternschaft von Menschen mit einer geistigen Behinderung in der Schweiz.

2.1. Geschichtlicher Hintergrund

Magnus Prangenberg (2015, 25f) hält im Kapitel «Zur Geschichte der internationalen Fachdiskussion über Elternschaft von Menschen mit einer geistigen Behinderung» fest, dass das Forschungsgebiet auf eine längere Forschungsgeschichte zurückgreifen kann als allgemein angenommen. Seine Ausführungen beginnt er mit geschichtlichen Ereignissen zu Beginn des 20. Jahrhundert. Diese Epoche beschäftigte sich vor allem mit der «Eugenischen Debatte», welche sich rund um die Frage richtet, wie geistige Behinderung entsteht und sich verbreitet. Ziel sei es gewesen, das Vorkommen von geistiger Behinderung einzudämmen und zu beseitigen durch eugenische Massnahmen. Grundlage dieser Absichten sei die Annahme gewesen, dass geistige Behinderung durch die Eltern vererbt wird. Somit wurde der Mythos geprägt, dass Kinder von Menschen mit einer geistigen Behinderung ebenfalls behindert seien. Auf diesen und weitere Mythen wird zu einem späteren Zeitpunkt in dieser Arbeit näher eingegangen. Diese internationalen Meinungen zu geistiger Behinderung spiegelten sich auch in den damaligen Gesetzen wider. Magnus Prangenberger (2015, 30) führt dem hinzu, dass die Versorgung geistig behinderter Menschen als eine volkswirtschaftliche Belastung angesehen wurde. In der Zeit des Nationalsozialismus sei die Antwort auf das formulierte Problem die Sterilisation oder Ermordung von Menschen mit einer Beeinträchtigung gewesen.

Die gesellschaftspolitische Auseinandersetzung mit dem Nationalsozialismus führte zu einem Umdenken in der Gesellschaft und das vorherrschende medizinische Modell wurde durch ein eher soziologisch geprägtes Bild abgelöst. Jedoch beschäftigte man sich in den Jahren 1945 bis 1969 immer noch mit der Frage, wie geistige Behinderung verbreitet wird und somit auch mit der Frage wie diese eingegrenzt werden kann. In den Fokus gelangte gemäss Magnus Prangenberg (2015, 31f) nun die Lebenssituation von Eltern und Kindern und dabei vor allem die Entwicklung der Kinder. Um eine Elternschaft von Menschen mit einer Behinderung zu verhindern, wurde weiterhin die Sterilisation eingesetzt. Zudem setzten viele Staaten auf die Institutionalisierung von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung. Dies war vor allem bei Frauen der Fall, da eine Schwangerschaft weiterhin konsequent abgelehnt wurde. Magnus Prangenberg (2015, 32) zitiert in diesem Zusammenhang Bass (1963, 318), der festgehalten hat, dass junge Frauen im geburtsfähigen Alter institutionalisiert worden seien und nach Ablauf der fruchtbaren Jahre wieder entlassen worden seien. Im selben Zeitraum wurden die sexuellen Bedürfnisse langsam auch für Menschen mit einer Behinderung anerkannt und der Gedanke einer zwingenden Behinderung der Kinder von Eltern mit einer

geistigen Behinderung wurde zunehmend verworfen. Des Weiteren wurden erstmals Unterstützungsgedanken gemacht. Gemäss Magnus Prangenberg (2015, 33) fehlten jedoch weiterhin Dokumentationen von gelingenden Elternschaften.

Erst in den siebziger Jahren des 20. Jahrhunderts wurden schliesslich die Ansichten zu Partnerschaften von Menschen mit einer Beeinträchtigung liberalisiert, was zugleich einen Anstieg der Elternschaften zur Folge hatte. Eine Fremdplatzierung der Kinder sei jedoch häufig die Antwort gewesen. Auf der anderen Seite hat man sich vermehrt mit der Frage auseinandergesetzt, was elterliche Kompetenz ausmacht und ob Eltern mit einer kognitiven Beeinträchtigung solche Qualifikationen mit sich bringen.

Erst seit Beginn der achtziger Jahre ist gemäss Magnus Prangenberg (2015, 36) eine Zunahme von Quellen zur Lebenssituation von Eltern mit einer geistigen Behinderung zu verzeichnen. Im Zuge der Normalisierungsdebatte und der Empowermentbewegung wurde die Autonomie der Betroffenen gestärkt und die Institutionalisierung nahm ab. Menschen mit einer Beeinträchtigung erhielten im Allgemeinen mehr Mitspracherecht. Zugleich zeichnete sich in den nachfolgenden Jahren eine Öffnung der Diskussion rund um die Elternschaft von Menschen mit einer Beeinträchtigung ab und es erfolgte ein Wandel von der Frage ob Menschen mit einer Behinderung Kinder kriegen dürfen hin zur Frage wie solche Familien ausgestaltet und begleitet werden können.

Folgende Übersicht, welche Magnus Prangenberg (2015, 27) aus einem seiner früheren Werke (Prangenberg 2003, 41, Grafik 1) entnimmt, gibt diesen geschichtlichen Überblick über die internationale Forschung zu Elternschaft von Menschen mit einer geistigen Behinderung kurz und prägnant wieder.

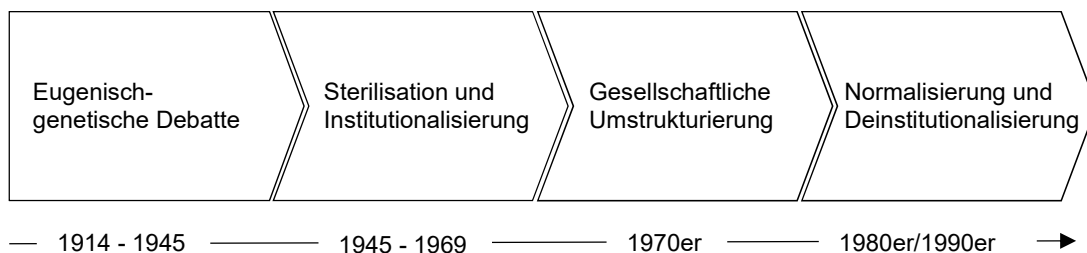


Abbildung 1: Geschichte der Elternschaft von Menschen mit einer Behinderung nach Prangenberg (2015, 27)

2.2. Aurora: Eine Institution für Menschen mit einer Beeinträchtigung

Die Institution, welche sich für die Durchführung der Interviews in dieser Arbeit zur Verfügung gestellt hat, wird aus Datenschutzgründen «Aurora» genannt. Im folgenden Teil werde ich diese Institution kurz vorstellen. Bei den Ausführungen stütze ich mich auf die Informationen aus der Homepage.

Die Institution «Aurora» ist als Stiftung aufgebaut und wird von dem gleichnamigen Verein unterstützt, welcher 1964 gegründet wurde. Ziel des Vereines ist es, die «kompetente Teilhabe von Menschen mit Beeinträchtigungen in der Gesellschaft zu fördern». Schlüsselbegriffe, welche die Institution in diesem Zusammenhang nennt, sind unter anderem «Inklusion» und «Selbstbestimmung».

Sowohl im Bereich «fördern/lernen», als auch in den Bereichen «wohnen/leben» und «beschäftigen/arbeiten» bietet die Institution «Aurora» regional ein breites Angebot für Kinder und Erwachsene mit diversen Beeinträchtigungen. Für meine Arbeit relevant, ist vor allem der Bereich «wohnen/leben». An diversen Standorten stellt die Institution Wohnmöglichkeiten mit verschiedenen Graden an Betreuung zur Verfügung, je nach Bedürfnis der Klientinnen und Klienten. Zum einen gibt es beispielsweise Wohngruppen, welche rund um die Uhr betreut werden. Diese sind zum Teil verbunden mit einer integrierten Tagesstätte. Zum anderen gibt es, vor allem für selbstständigere Klientinnen und Klienten, die Möglichkeit in einem Studio der Institution zu wohnen, wo sie nur punktuell von den Mitarbeitenden begleitet und betreut werden. Die pflegerischen Tätigkeiten werden dort von einer institutionsinternen Spitex übernommen.

Die Interviews wurden auf gemischtgeschlechtlichen Wohngruppen mit erwachsenen Klientinnen und Klienten in unterschiedlichem Alter durchgeführt. Der Grad an Betreuung, welcher nötig ist, variiert dabei von Gruppe zu Gruppe.

2.3. Häufigkeit von Schwangerschaften und Geburten bei Frauen mit einer geistigen Behinderung in der Schweiz

Unter dem Titel «Wir hinken immer einen Schritt hintennach...» hat Miriam Staudenmaier (2015, 305) einen Text verfasst, in dem sie aufzeigt, wie die Situation rund um Forschung und Unterstützungsangebote in der Schweiz im Vergleich zu unserem Nachbarland Deutschland aussieht. Die Autorin geht davon aus, dass in der Schweiz spezifische Angebote für Eltern mit einer geistigen Behinderung und ihre Kinder fehlt und dass lediglich Einzellösungen gefunden worden seien aufgrund von Notsituationen. Zudem fehle die «fachliche Diskussion, Forschungsprojekte und die gesellschaftliche Akzeptanz». Das Interesse des Fachpersonal sei jedoch nichtsdestotrotz vorhanden. Bezüglich Forschung erwähnt die Autorin die von Ursula Pixa-Kettner, Stefanie Bargfrede und Ingrid Blanken durchgeführte Studie im Jahr 1996 «Dann waren sie sauer auf mich, dass ich das Kind haben wollte...». Die Studie befasst sich mit Eltern mit einer geistigen Behinderung in der BRD. In der Schweiz wurde gemäss Miriam Staudenmaier (2015, 314) einige Jahre später, 2003, eine Fachtagung in Zürich zur Thematik Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung in der deutschsprachigen Schweiz durchgeführt. Im gleichen Jahr veröffentlichte Barbara Jeltsch-Schudel einen Bericht über die Elternschaft von Menschen mit einer geistigen Behinderung in der deutschsprachigen Schweiz basierend auf einer Diplomarbeit. Mit der Arbeit wurde auf der einen Seite die Frage nach der Anzahl der Elternschaften und der Aktualität der Themen Partnerschaft und Elternschaft von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung in den Institutionen beantwortet. Auf der anderen Seite wurde nach der Gestaltung der Lebenssituation von Eltern und ihren Kindern geforscht.

Im Bericht von Barbara Jeltsch-Schudel (2003, 267) wird vermerkt, dass von den insgesamt 298 an Institutionen in der Deutschschweiz verschickten Fragebögen nur 42% zurückkamen und insgesamt 96 Fragebögen ausgewertet werden konnten. Was die meisten der untersuchten Institutionen gemeinsam hatten, ist die Tatsache, dass die Wohngruppen gemischtgeschlechtlich geführt werden und im Schnitt für fünf bis zehn Personen Platz bieten. Gemäss der Autorin (2003, 267) ermöglicht diese Art des Zusammenlebens partnerschaftliches und allenfalls familiäres Wohnen. Der besagte Fragebogen untersuchte nicht nur die tatsächlichen Elternschaften, sondern auch die Möglichkeit diese zu realisieren. Es scheint dabei nicht verwunderlich, dass Partnerschaften in diversen Formen viel häufiger anzutreffen sind als Elternschaften. Dass nur ein Elternpaar gefunden wurde, welches mit seinem Kind in der Institution wohnt, führt Barbara Jeltsch-Schudel (2003, 269) auf das mangelnde Angebot an Wohnmöglichkeiten für Eltern mit einer geistigen Behinderung und ihre Kinder zurück. Eine detaillierte Übersicht der Ergebnisse ist in folgender Tabelle zu finden:

	Möglich	Nicht möglich	Realisiert	Nicht realisiert	Keine Angabe
Partnerschaft					
Innerhalb Gruppe	84	6	48	30	2
Ausserhalb Gruppe	84	3	55	23	5
Familie					
Innerhalb Gruppe	14	69	1	48	6
Ausserhalb Gruppe	29	50	1	47	7

	Möglich	Nicht möglich	Realisiert	Nicht realisiert	Keine Angabe
Formen von Partnerschaft					
Kontakt, Freundschaft, Liebe	87	2	74	6	4
Umarmen, Küssen	86	2	72	8	4
Genitalsexualität	74	7	35	31	8

Abbildung 2: Möglichkeiten und Realisierungen von Partnerschaften, Familien und Partnerschaftsformen aus dem Bericht von Barbara Jeltsch-Schudel (2003, 268)

Eine weitere bedeutende Studie in diesem Bereich wurde von Dagmar Orthmann Bless am Heilpädagogischen Institut der Universität Freiburg (CH) im Zeitraum von 1998 bis 2009 durchgeführt. In der Einleitung (2013, 1) hält sie fest, dass Elternschaft bei geistiger Behinderung ein noch sehr wenig erforschtes Gebiet sei und die Reaktionen oft stark emotional und irrational geprägt seien. Ein Grund dafür seien fehlende Kenntnisse. Um dem entgegenzuwirken, und da in der Schweiz bis anhin empirische Daten zu Schwangerschaften und Geburten von Frauen mit einer geistigen Behinderung fehlten, wurde diese Studie durchgeführt. Folgende Fragen stellte Dagmar Orthmann Bless in diesem Zusammenhang:

1. «Wie häufig sind Schwangerschaften und Geburten bei Frauen mit ID¹ in der Schweiz?»
2. «Welche Merkmale kennzeichnen die Personengruppe der Schwangeren mit ID in der Schweiz?»
3. «Wie entwickelte sich die Häufigkeit von Schwangerschaften und Geburten bei Frauen mit ID innerhalb der letzten 12 Jahre in der Schweiz?»

Um diese Fragen zu beantworten, wurde die Medizinische Statistik der Krankenhäuser in der Schweiz verwendet, da in der Schweiz ungefähr 97% der Entbindungen in einem Krankenhaus stattfinden. Diese Daten werden seit 1997 vom Bundesamt für Statistik erhoben. Aus diesem Grund erhoffte sich Dagmar Orthmann Bless mit dieser Statistik verlässliche Zahlen.

Insgesamt wurden gemäss der Autorin (2013, 3) im genannten Zeitraum 176 Schwangerschaften von Frauen mit einer geistigen Behinderung verzeichnet. Dabei ist gemäss Dagmar Orthmann Bless zu beachten, dass 173 Frauen je einmal schwanger waren und nur drei Frauen zweimal. Insgesamt 93 dieser Schwangerschaften endeten mit einer Entbindung, wobei 98 Kinder lebend und vier Kinder tot geboren wurden. Diese Zahlen sind mit Mehrfachgeburten zu erklären. In drei Fällen wurden Zwillinge entbunden und ein Mal Mehrlinge. 83 der Schwangerschaften endeten mit einem Abort und in vier Fällen ist der Ausgang unklar. Die Tatsache, dass es sich um nur 176 und nicht 180 Schwangerschaften handelt, sei auf eine Doppelkodierung zurückzuführen. Dies geschieht beispielsweise, wenn eine Entbindung zwar nach Ablauf der 22. Schwangerschafts-woche passiert, jedoch das Gewicht des Kindes unterhalb der Richtlinie von 500 Gramm liegt.

¹ ID: von Dagmar Orthmann Bless in ihrer Studie verwendete internationale Bezeichnung «intellectual disability»

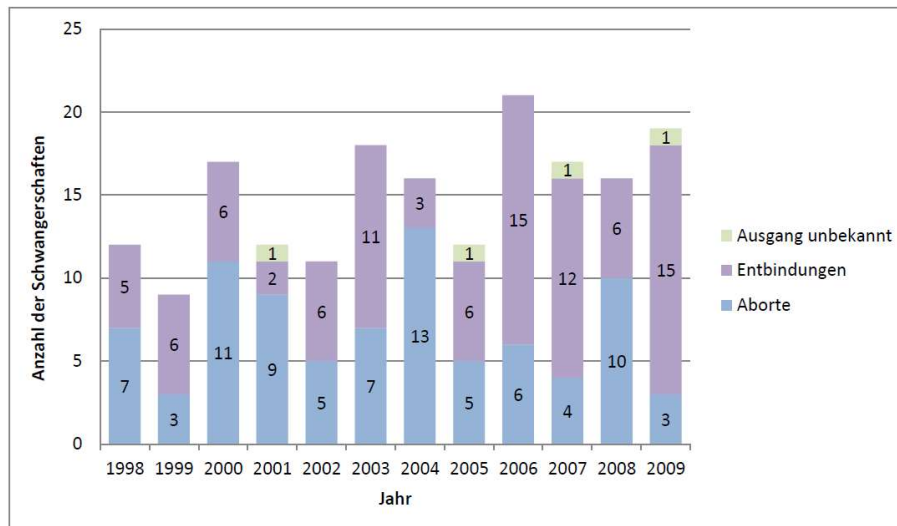


Abbildung 3: Anzahl und Ausgang der Schwangerschaften bei Frauen mit einer kognitiven Beeinträchtigung 1998 - 2009 nach Orthmann Bless (2013, 3)

Die Antwort auf die Frage nach den Merkmalen der Mütter mit einer kognitiven Beeinträchtigung wurden in folgender Tabelle zusammengefasst:

Merkmale	N	%
Alter zum Zeitpunkt der Schwangerschaft		
14-25 Jahre	45	25.6
26-37 Jahre	97	55.1
38-49 Jahre	34	19.3
Art der ID nach ICD-10 GM		
Diagnose Intelligenzminderung (F7*)	84	47.7
Diagnose Down-Syndrom (Q90*)	92	52.3
Region		
Deutschschweiz	87	49.4
Romandie mit Tessin	89	50.6
Nationalität		
Schweizerin	118	67.0
Nicht-Schweizerin	47	26.7
Unbekannt	11	6.3

Abbildung 4: Merkmale der schwangeren Frauen mit einer kognitiven Beeinträchtigung nach Dagmar Orthmann Bless (2013, 4)

Bezüglich der Entwicklung von Schwangerschaften und Geburten in den 12 Jahren, in denen die Studie durchgeführt wurde, stellte sich heraus, dass sowohl die Schwangerschaften wie auch die Geburten im Verlauf der Jahre signifikant zunahmen. Auf der anderen Seite nahmen die Aborte weder stark zu noch ab.

Abschliessend merkt Dagmar Orthmann Bless (2013, 3) an, dass die 98 oben genannten Geburten im Vergleich zur Gesamtzahl der Geburten in der Schweiz nur eine Indizienrate von 0.114 auf 1000 Geburten entspricht. Somit wird nur in etwa jedes 10'000ste Kind von einer Mutter mit einer kognitiven Beeinträchtigung zur Welt gebracht. Zudem geht Dagmar Orthmann Bless davon aus, dass in dieser Untersuchung mit grosser Wahrscheinlichkeit die Häufigkeit von Schwangerschaften und Geburten bei Frauen mit leichten kognitiven Beeinträchtigungen ohne Syndrom unterschätzt werden.

Dies sei darauf zurückzuführen, dass solche leichteren Formen der Beeinträchtigung von Mediziner*innen nicht sicher erkannt oder kodiert werden.

Des Weiteren setzt sich Dagmar Orthmann Bless (2013, 6) dafür ein, dass die Auseinandersetzung mit der Thematik der Elternschaft von Menschen mit einer geistigen Behinderung trotz oder gerade wegen der Seltenheit von grosser Wichtigkeit ist. Dies deckt sich wiederum mit ihren einleitenden Ausführungen zur Studie, dass sie der Meinung sei präzise Daten können helfen Mythen aufzudecken und schlussendlich dazu beitragen, dem individuellen Hilfebedarf der Betroffenen gerecht zu werden.

3. Theoretischer Rahmen

Zunächst werde ich kurz diverse Definitionen von Behinderung aufführen und diese miteinander vergleichen und auf unterschiedliche Sichtweisen aufmerksam machen. Anschliessend definiere ich spezifisch den Begriff der geistigen Behinderung, da dieser einen zentralen Bestandteil des Forschungsgebietes darstellt. Hierbei ist zu erwähnen, dass ich die Begriffe geistige Behinderung, kognitive Behinderung und kognitive Beeinträchtigung synonym verwenden werde, da diese den in der Wissenschaft aktuell verwendeten Begriffen entsprechen. Einhergehend mit den verschiedenen Definitionen werde ich das Modell der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation und das bio-psycho-soziale Modell aufführen. Oft verwendete Begriffe in der Diskussion rund um das Thema der geistigen Behinderung sind «Handlungs- und Urteilsfähigkeit», weshalb ich diese ebenfalls kurz definiere.

Eng mit dem Kinderwunsch verbunden ist meines Erachtens das Thema der Sexualität, weshalb dieser, innerhalb des theoretischen Rahmens, ebenfalls ein Kapitel gewidmet ist. Gemäss der Fragestellung zentral ist zudem vor allem der Kinderwunsch. Nach einer Definition dieses Wunsches führe ich diverse Motive auf, die hinter einem Kinderwunsch verborgen sein könnten. Um einen möglichen Grund für die Ablehnung von Elternschaften von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung durch die Gesellschaft aufzuzeigen, werde ich anschliessend vier Mythen und eine kurze Diskussion dazu anfügen. Des Weiteren wird der Umgang mit dem Kinderwunsch von Menschen mit einer geistigen Behinderung beschrieben. Eine Empfehlung dafür, wie mit einem solchen Wunsch umzugehen ist, wurde in der Schweiz von INSOS und SEXUELLE GESUNDHEIT herausgegeben. Diese Broschüre diene mir als Grundlage für meine Ausführungen, ergänzt durch Aussagen weiterer Autorinnen und Autoren. Als mögliche Antwort auf den Kinderwunsch füge ich schliesslich das sogenannte Simulationslernen an, dass Betroffenen helfen soll, sich über den eigenen Kinderwunsch klar zu werden und eine mögliche Elternschaft zu proben.

3.1. Definitionen von Behinderung

Behinderung ist ein oft verwendeter und zum Teil sehr unterschiedlich definierter Begriff. Reinhilde Stöppler (2017, 16) verweist auf die Heterogenität der Gruppe von Menschen mit einer Behinderung. Aufgrund der Unterschiede zwischen all diesen Menschen, welche dieser Gruppe zugeschrieben werden, sei eine einheitliche Definition schlicht nicht möglich. Nachfolgend werde ich deshalb zwei Definitionen auswählen und anschliessend miteinander vergleichen. Diese Definitionen stehen stellvertretend für viele andere Definitionen, die ähnlich aufgebaut sind.

3.1.1. Definition gemäss Schweizer Recht

In Artikel 2 des Bundesgesetzes über die Beseitigung von Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen wird Behinderung im ersten Absatz wie folgt definiert: «In diesem Gesetz bedeutet Mensch mit Behinderungen (Behinderte, Behinderter) eine Person, der es eine voraussichtlich dauernde körperliche, geistige oder psychische Beeinträchtigung erschwert oder verunmöglicht, alltägliche Verrichtungen vorzunehmen, soziale Kontakte zu pflegen, sich fortzubewegen, sich aus- und weiterzubilden oder eine Erwerbstätigkeit auszuüben.»

3.1.2. Definition gemäss UNO

Artikel 1 der UNO-Behindertenrechtskonvention beschreibt Menschen mit Behinderung folgendermassen: «(...)Zu den Menschen mit Behinderungen zählen Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können.»

3.1.3. Unterschiede

Bei einigen Definitionen von Behinderung, hier als Beispiel das Schweizer Recht, finden wir ein Bild vor, dass die Behinderung ganz klar der betroffenen Person selbst zuschreibt. Es wird oft von körperlicher, geistiger oder psychischer Beeinträchtigung gesprochen. Dies entspricht dem veralteten, medizinischen Modell von Behinderung. Somit ist Behinderung ein starrer Begriff, der von Schäden innerhalb der Person ausgeht. Es gibt keine situative Abschwächung oder Verstärkung dieser Behinderung. Es wird ganz klar das Bild vermittelt, dass eine Person behindert ist und der Fokus liegt auf persönlichen Faktoren. Bei solchen Definitionen werden umweltbezogene Faktoren völlig ausser Acht gelassen und vernachlässigt.

Die Definition der UNO geht darüber hinaus und spricht auch Behinderungen von aussen an. Der Mensch *ist* nicht mehr nur behindert, sondern *wird* behindert. Beeinträchtigung wird als Wechselwirkung zwischen persönlichen und gesellschaftlichen Barrieren verstanden. Eine solche Art von Definition fordert ein Umdenken in der gesamten Gesellschaft, denn es ist nicht mehr nur ein Mensch mit einer Behinderung, sondern ein Mensch, der behindert wird von seinem Umfeld. So beschreibt dies auch Cloerke (2007,8) in seinem Buch, wenn er davon ausgeht, dass Behinderung nichts Absolutes ist. Er spricht davon, dass nicht die Schädigung eines Menschen ausschlaggebend ist, sondern die sozialen Folgen, die sich für sie oder ihn daraus ergeben. Ein Mensch kann somit in einer konkreten Situation und Umgebung mehr oder weniger behindert sein. Mit einer solchen Definition wird die Starrheit des Begriffes Behinderung aufgelöst und der Begriff wird viel weiter. Wenn auch umweltbezogene Faktoren hinzukommen, ist mit grosser Wahrscheinlichkeit jede und jeder einmal in irgendeiner Situation behindert.

3.2. Geistige Behinderung

Insieme Schweiz (online) beschreibt eine geistige Behinderung als eine «Beeinträchtigung im kognitiven Bereich». Einschränkungen im Lernen, Planen oder Argumentieren können Teil einer solchen kognitiven Beeinträchtigung sein. Zudem könne es einer betroffenen Person erschwert sein, Situationen zu analysieren, etwas zu generalisieren oder vorauszuschauen. Eine Person mit einer kognitiven Beeinträchtigung entwickle sich im Allgemeinen langsamer und einzelne Entwicklungsschritte seien weniger voraussehbar als bei anderen Menschen. Auch die Diagnose allein sage noch nichts über mögliche Entwicklungen aus.

Des Weiteren lassen sich geistige Behinderungen gemäss insieme Schweiz (online) in genetisch bedingte, angeborene Behinderungen oder Behinderungen bedingt durch Unfälle unterteilen.

Die Weltgesundheitsorganisation WHO (2019, online) definiert geistige Behinderung als eine «signifikant verringerte Fähigkeit, neue oder komplexe Informationen zu verstehen und neue Fähigkeiten zu erlernen und anzuwenden.» Des Weiteren führt sie aus, dass eine solche kognitive Beeinträchtigung dauerhafte Konsequenzen mit sich bringt und ein unabhängiges Leben für Betroffene erschwert. Anders als auf der Homepage von insieme Schweiz, findet man in der Definition der Weltgesundheitsorganisation die beeinflussenden Rahmenbedingungen wieder. Wie weiter oben schon bei der allgemeinen Definition von Behinderung erwähnt, können die Rahmenbedingungen in einem gewissen Masse auch bei geistiger Behinderung zusätzlich behindern oder unterstützen.

Kulig Wolfram et al. (2006, 121) erwähnen in ihrem Text zum Begriff «geistige Behinderung» unter anderem die Intelligenztests, die dazu dienen sollen, eine Behinderung festzustellen und zu kategorisieren. Sie beschreiben in diesem Zusammenhang, dass solche Tests mit Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung nur sehr schwer durchführbar seien und dass die Resultate nicht mehr Klarheit verschaffen, weshalb sie dafür plädieren auf solche Tests grundsätzlich zu verzichten. Nichtsdestotrotz geniessen diese Intelligenztests in den Bereichen Psychiatrie, Medizin

und Psychologie gemäss den Autoren nach wie vor grosse Verwendung. Aufgrund der Resultate werde somit folgende Einteilung nach ICD-10 vorgenommen:

- leichte geistige Behinderung (IQ 50/55 – 70)
- mässige/mittelschwere geistige Behinderung (IQ 35/40 – 50/55)
- schwere geistige Behinderung (IQ 15/20 – 35/40)
- schwerste geistige Behinderung (IQ <15/20)

3.3. Bio-psycho-soziales Modell

Bettina Bretländer (2015, 87) behandelt in ihrem Text die grosse Begriffsvielfalt, die vorherrscht, um Behinderung zu beschreiben. Im Alltag stellt sich oft die Frage, welchen Begriff man nun am besten brauchen sollte: Menschen mit Behinderung, behinderte Menschen, Menschen mit einer Einschränkung? Unter anderem spricht sie die Unwissenheit, Unklarheit und Unsicherheit an, die in der Praxis herrsche und die ausschlaggebend sei für diese Vielfalt an Begriffen. Die Diskussion darum, wie man Menschen mit einer Behinderung nennen soll, fasst sie (ebd., 87) in folgender Frage zusammen: «Wie kann es gelingen, eine bestimmte soziale Gruppe oder einzelne Personen zu identifizieren, kenntlich zu machen, ohne besondere Kennzeichen dieser Gruppe oder Person zu benennen, insbesondere dann, wenn eine solche Kennzeichnung das Risiko der Stigmatisierung bzw. Diskreditierung birgt?» Diese Frage spiegelt die Unklarheit gut wider und das Ausbleiben einer Antwort unterstreicht die Tatsache, dass es sich um ein hochaktuelle und auch spannende, jedoch auch sehr verstrickte Diskussion handelt.

Um diesen diversen Definitionen gerecht zu werden und Behinderung als solche darzustellen, wurden diverse Modelle entworfen. Da die Nennung der Vielzahl dieser Modelle den Rahmen meiner Bachelorarbeit sprengen würde, habe ich mich dazu entschieden, vor allem auf das Modell der Weltgesundheitsorganisation (WHO) näher einzugehen. Nicht zuletzt, weil ich mit diesem Modell während meines Praktikums an der Heilpädagogischen Schule in Glis vertraut gemacht wurde und gute Erfahrungen damit sammeln konnte.

Tobias-Raphael Wenzel und Matthias Morfeld (2016, 1125) erwähnen in ihrem Text, dass die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health) 2001 von der WHO verabschiedet wurde, was zugleich die Geburtsstunde des bio-psycho-sozialen Modell darstellte.

Mit diesem Modell wurde eine neue Sichtweise von Behinderung ins Licht gerückt. Die Autoren (ebd., 1125) merken zudem an, dass dieses Modell die zuvor vorherrschenden medizinisch geprägten Modelle ablöste und erstmals auch die Umweltfaktoren in Wechselwirkung zu den in der Person liegenden Faktoren berücksichtigt. Somit ist Behinderung nicht mehr nur von persönlichen oder sozialen Faktoren geprägt, sondern eine Kombination aus diesen Gesundheits- und Kontextfaktoren. Kontextfaktoren können in diesem Sinne positive oder negative Folgen für das Individuum haben.

Somit ist das bio-psycho-soziale Modell eine Vereinigung, des sozialen sowie des medizinischen Modells von Behinderung. Eine Person ist sowohl behindert durch gesundheitliche Faktoren, jedoch beeinflussen umweltbezogene und personenbezogene Faktoren diese Behinderung situativ. Umweltfaktoren sind in diesem Zusammenhang beispielsweise architektonische Gegebenheiten von Gebäuden oder gesellschaftliche Ansichten. Auf der anderen Seite stellen Eigenschaften wie beispielsweise Herkunft, Geschlecht oder Alter personenbezogene Faktoren dar.

Bettina Bretländer (2015, 90) führt dazu aus, dass die ICF dementsprechend «universell anwendbar» sei. Gemäss der Definition von Behinderung des bio-psycho-sozialen Modells der ICF kann jeder von uns in einer gewissen Situation oder während einer bestimmten Zeit behindert sein. Reinhilde Stöppler (2017, 20f.) verweist zudem darauf, dass die WHO einen Fokus auf die Partizipationschancen des jeweiligen Menschen

setzt. Folglich werden Ressourcen einer Person in einer bestimmten Situation in den Mittelpunkt gerückt.

Folgende Faktoren werden im bio-psycho-sozialen Modell gemäss Reinhilde Stöppler (2017, 21) in Beziehung zueinander gesetzt:

1. «Körperfunktionen (physiologische und psychologische Funktionen von Körpersystemen, z.B. Sprache oder Wahrnehmung)»
2. «Körperstrukturen (anatomischer Teil des Körpers, z.B. Organe oder Gliedmassen)»
3. «Aktivitäten und Partizipation (Handlung durch einen Menschen)»
4. «Umweltfaktoren (Teilhabe an Umwelt und Unterstützungssysteme)»

Das anschliessende Schema der WHO fasst die Komplexität dieses Modells sehr gut zusammen. Es wird klar ersichtlich, dass eine Behinderung viel mehr ist als nur intrapersonelle Umstände. Der Gedanke einer Wechselwirkung wird zudem mit Hilfe dieses Schemas sehr deutlich.



Abbildung 5: Bio-psycho-soziales Modell aus: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz (2016, 1125)

Gerade bei der geistigen Behinderung steht somit nach Reinhilde Stöppler (2017, 22) nicht mehr der Intelligenzquotient im Vordergrund, sondern vielmehr die Teilhabechancen eines Individuums. Dabei stellen Barrieren, die zu einer erschwerten Partizipation führen, die eigentliche Behinderung dar.

Was den Begriff der geistigen Behinderung angeht, führt Reinhilde Stöppler (2017, 22) weiter aus, dass die ICF auf eine Differenzierung zwischen verschiedenen Behinderungsarten verzichtet. Das bedeute, dass geistige Behinderung als solche gar nicht genannt werde. Es werde jedoch auf Personenebene zwischen diversen Funktionen unterschieden, wie beispielsweise bewegungsbezogene oder mentale Funktionen.

Auf der Internetseite von insieme Schweiz (s.d., online) wird zudem auf die Gefahren einer solchen Einteilung, wie die ICF eine ist, hingewiesen. Dazu wird Bill Clinton, Schirmherr der Stiftung «My Handicap» zitiert, der folgendes gesagt haben soll: «Die Unterscheidung in behinderte und nicht behinderte Menschen muss aufhören. Jeder hat gewisse Behinderungen, und wir alle haben emotionale Defekte». Es sei zwar auf der einen Seite sicherlich wünschenswert, dass alle Menschen ungeachtet etwaiger Behinderungen gleichwertig behandelt werden, jedoch könne dies auch zu Fehlinterpretationen führen. Wenn wir alle behindert seien, können besondere und individuelle Unterstützungen abgesprochen werden, was fatale Folgen mit sich bringen würde. Insieme Schweiz (online) insistiert, dass es nicht geschehen dürfe, dass ein solcher neuer Blick auf Behinderung dazu missbraucht werden könne, um die Notwendigkeit und das Recht auf Sozialversicherungen grundlegend in Frage zu stellen.

3.4. Handlungs- und Urteilsfähigkeit

Die Begriffe der Handlungs- und Urteilsfähigkeit sind im Schweizerischen Zivilgesetzbuch (ZGB) geregelt. In Artikel 13 wird die Handlungsfähigkeit folgendermassen beschrieben: «Die Handlungsfähigkeit besitzt, wer volljährig und urteilsfähig ist.» Die Konsequenz, die sich aus dieser Handlungsfähigkeit ergibt ist, dass eine handlungsfähige Person gemäss Artikel 12 des ZGBs die Fähigkeit hat, «durch seine Handlungen Rechte und Pflichten zu begründen». Volljährig ist man in der Schweiz ab dem vollendeten 18. Lebensjahr.

Die Urteilsfähigkeit hingegen ist nicht so genau messbar und muss zum Teil situativ beurteilt werden. Laut dem Artikel 16 ist nämlich jene Person urteilsfähig, die «nicht wegen ihres Kindesalters, infolge geistiger Behinderung, psychischer Störung, Rausch oder ähnlicher Zustände die Fähigkeit mangelt, vernunftgemäss zu handeln». Somit kann eine Person entweder kurzzeitig oder auf längere Dauer urteilsunfähig sein. Anders als bei der Handlungsfähigkeit, ist bei der Urteilsfähigkeit das Alter nicht per Gesetz bestimmt, da jeweils die individuellen Fähigkeiten des Kindes oder Jugendlichen berücksichtigt werden. Zudem hängt die Urteilsfähigkeit von einer bestimmten Situation ab und muss jeweils in einer dieser konkreten Situationen beurteilt werden.

3.5. Sexualität

Die Weltgesundheitsorganisation WHO hat zusammen mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ein Rahmenkonzept erstellt zu den Standards für die Sexuaufklärung in Europa. Zu diesem Anlass wurden zunächst diverse Begriffe definiert. Zu Beginn dieser Definitionen wird erwähnt (2011, 18), dass sich die Begriffe «Geschlecht», «Sexualität», «sexuelle Gesundheit» und «sexuelle Rechte» in gewisser Weise in verschiedenen Ländern und Kulturen unterscheiden. Es könne zudem sein, dass gewisse Begriffe unterschiedlich verstanden werden können, wenn man diese übersetzt. Ziel einer Fachkonferenz der WHO im Januar 2002 sei es gewesen, einige dieser Begriffe und Konzepte zu definieren, um zu einer international abgestimmten Definition zu gelangen, die bis anhin gefehlt hatte. Im Konzept zu den Standards für die Sexuaufklärung in Europa (2011, 18) wird folgende Definition der WHO von Sexualität aufgeführt:

„Sexualität bezieht sich auf einen zentralen Aspekt des Menschseins über die gesamte Lebensspanne hinweg, der das biologische Geschlecht, die Geschlechtsidentität, die Geschlechterrolle, sexuelle Orientierung, Lust, Erotik, Intimität und Fortpflanzung einschließt. Sie wird erfahren und drückt sich aus in Gedanken, Fantasien, Wünschen, Überzeugungen, Einstellungen, Werten, Verhaltensmustern, Praktiken, Rollen und Beziehungen. Während Sexualität all diese Aspekte beinhaltet, werden nicht alle ihre Dimensionen jederzeit erfahren oder ausgedrückt. Sexualität wird beeinflusst durch das Zusammenwirken biologischer, psychologischer, sozialer, wirtschaftlicher, politischer, ethischer, rechtlicher, religiöser und spiritueller Faktoren.“

Gemäss den Ausführungen in oben benanntem Konzept (2011, 18) ist diese Definition unter anderem deshalb hilfreich, da sie die Sexualität als zentralen Bestandteil des Menschseins bestimmt. Sie sei grundsätzlich sehr offen gehalten und schliesse somit viele verschiedene Aspekte ein.

Auf der Homepage der WHO (2019, online) ist zudem die Definition der sexuellen Gesundheit aufgeführt, welche eng gekoppelt mit Gesundheit im Allgemeinen, Wohlbefinden und Lebensqualität sei. Sexuelle Gesundheit wird definiert als ein «Zustand des körperlichen, emotionalen, mentalen und sozialen Wohlbefindens in Bezug auf die Sexualität und nicht nur das Fehlen von Krankheit, Funktionsstörungen oder Gebrechen».

Sexuelle Gesundheit Schweiz (s.d., online) setzt sich für die sexuellen Rechte aller Menschen ein, somit auch für Menschen mit einer Behinderung. Auch sie sollen wählen dürfen mit wem und wie sie ihre Sexualität ausleben möchten. Sie haben gemäss Sexuelle Gesundheit Schweiz (s.d., online) zudem das Recht darauf, Informationen bezüglich Beratung und Begleitung zu erhalten und diese Dienstleistungen auch tatsächlich zu nutzen.

3.6. Kinderwunsch

Der Duden beschreibt den Kinderwunsch als ein «Bedürfnis, eigene Kinder zu haben». Mit diesem Wunsch nach eigenen Kindern ist der Wunsch nach einer Familie verbunden. Ein Kinderwunsch oder auch der Wunsch zur Gründung einer eigenen Familie ist jedoch nicht nur persönlich, sondern auch gesellschaftlich und kulturell geprägt. Werner Wicki (2015, 114f.) bezieht sich zu diesem Thema auf Havighurst, der jeder Altersspanne spezifische Aufgaben zugeteilt hat. Diese Zuordnung von Entwicklungsaufgaben basiert auf dem Konzept der psychosozialen Krisen von Erikson. Für das Individuum entstehen so spezifische Aufgaben, die jeder und jede in einem bestimmten Abschnitt seines oder ihres Lebens zu erledigen hat. In der Adoleszenz findet man gemäss Werner Wicki (2015, 115), in Anlehnung an Oerter/Dreher, unter anderem Aufgaben wie «sich von den Eltern ablösen» oder «Vorstellungen über eigene Partnerschaft und Familie entwickeln». Es wird also von einem oder einer Jugendlichen erwartet, dass er oder sie sich entscheidet, selbst eine Familie zu gründen oder nicht. Es wird erwartet, dass man sich in dieser Zeit von den Eltern ablöst und lernt auf eigenen Beinen zu stehen. Dazu gehört auch, Beziehungen zu anderen einzugehen. Diese Entwicklungsaufgaben erstrecken sich über die Adoleszenz hinaus bis ins frühe Erwachsenenalter. Werner Wicki (2015, 128) verweist darauf, dass auch das Eingehen intimer Beziehungen einen Teil dieser Entwicklungsaufgaben in der Adoleszenz darstellt.

Ursula Pixa-Kettner und Stefanie Bargfrede (2015, 73) weisen zudem darauf hin, dass der bewusste Kinderwunsch ein neueres Phänomen darstellt. Dies ist durch die diversen Empfängnisverhütungsmitteln zu begründen, die eine relativ zuverlässige Entscheidung über die eigene Fruchtbarkeit ermöglichen. Des Weiteren sprechen die Autorinnen (2015, 74) von diversen Motiven, welche einen Kinderwunsch begleiten. Insgesamt ist die Rede von 17 Motiven, von welchen sie folgende Auswahl auflisten:

- «Der Kinderwunsch als Wunsch nach Zuwendung»
- «Der Kinderwunsch als Ausdruck von Konformität»
- «Der Wunsch nach Lebensbereicherung»
- «Der Wunsch nach einer vollständigen Familie»
- «Ein Kind, um gebraucht zu werden»
- «Ein Kind, um die geschlechtliche Potenz zu beweisen»
- «Ein Kind, um sich von den Eltern zu emanzipieren»
- «Der Kinderwunsch als Flucht»
- «Der Kinderwunsch als Ausdruck von Normalität und Erwachsenenheit»

Insbesondere das letzte der oben aufgeführten Motive spielt eine spezielle Rolle bei Menschen mit einer Beeinträchtigung, so die Autorinnen Ursula Pixa-Kettner und Stefanie Bargfrede. Insgesamt sei der Kinderwunsch jedoch sowohl bei Menschen mit als auch ohne Behinderung ein komplexes Zusammenspiel aus persönlichen und gesellschaftlichen Faktoren. Diese gesellschaftlichen Faktoren äussern sich beispielsweise darin, dass sich gemäss den Autorinnen (2015, 75) eine nicht behinderte Frau eher dafür rechtfertigen muss, wenn sie keine Kinder haben möchte, wobei sich eine behinderte Frau im Gegensatz dazu, gerade dafür rechtfertigen muss, dass sie sich eigene Kinder wünscht.

3.7. Mythen über Eltern mit einer kognitiven Beeinträchtigung

Eine mögliche Erklärung für die im vorangegangenen Kapitel beschriebene Meinung der Gesellschaft über den Kinderwunsch von Frauen mit und ohne Behinderung könnten allenfalls vorherrschende Mythen und fehlendes Wissen dazu sein. Magnus Prangenberg (2015, 25f.) führt in seinem Kapitel zur Geschichte der internationalen Fachdiskussion über die Elternschaft von Menschen mit einer geistigen Behinderung vier solcher Mythen auf und diskutiert diese auf der Grundlage einer fundierten Literaturrecherche. Er bezieht sich dabei vor allem auf Espe-Sherwindt und Crable. Im Folgenden werde ich diese vier Mythen ebenfalls kurz aufführen und seine Diskussionen dazu zusammenfassend wiedergeben.

Erster Mythos: «Kinder von Eltern mit einer geistigen Behinderung sind oder werden ebenfalls geistig behindert.»

Um diese erste Annahme zu widerlegen, bezieht sich Prangenberg (2015, 38f.) auf diverse Studien, welche im vergangenen Jahrhundert in diesem Zusammenhang durchgeführt wurden. Er zeigt damit auf, dass jeweils sehr unterschiedliche Schlüsse aus solchen Untersuchungen gezogen wurden und somit ein direkter genetischer Zusammenhang zwischen der Behinderung der Eltern und einer allfälligen Behinderung der Kinder nicht gegeben ist. Auf dies schliesst man unabhängig davon, ob ein oder beide Elternteile kognitiv beeinträchtigt sind. Was Prangenberg (2015, 39) jedoch als Möglichkeit offenlässt, ist eine eventuelle Entwicklungsverzögerung der Kinder, vor allem im sprachlichen Bereich. Dies lässt sich jedoch nicht mit der Genetik erklären, sondern allenfalls mit dem eingeschränkten Kommunikationsverhalten der Eltern mit einer geistigen Behinderung. Insgesamt hält er jedoch abschliessend fest, dass kein direkter kausaler Zusammenhang der Beeinträchtigung der Eltern mit einer potenziellen Beeinträchtigung der Kinder hergestellt werden könne.

Zweiter Mythos: «Die Kinderzahl in Familien mit geistiger Behinderung ist überdurchschnittlich hoch.»

Auch um den zweiten Mythos zu widerlegen, bezieht sich Magnus Prangenberg (2015, 40f.) auf diverse Studien, welche zum Thema durchgeführt wurden. Beispielsweise die Bremer Studie aus dem Jahr 1996, welche eine durchschnittliche Anzahl Kinder von 1,4 herausgefunden hat. Diese Zahl lag unter dem Durchschnitt der Kinder in der deutschen Gesamtbevölkerung. Dies ist nur ein Beispiel für diverse andere Studien, welche vergleichbare Resultate erzielt haben. Somit ist auch dieser Mythos widerlegt und kann somit nicht als Argument gegen einen Kinderwunsch oder die spätere Elternschaft von Menschen mit einer geistigen Behinderung gebraucht werden.

Dritter Mythos: «Eltern mit einer geistigen Behinderung zeigen eine mangelhafte, unzureichende elterliche Kompetenz.»

Prangenberg (2015, 26) führt zudem auf, dass diese Annahme unterteilt wird in zwei unterschiedliche Aspekte. Zum einen würden Eltern mit einer geistigen Behinderung ihre Kinder missbrauchen und zum anderen würden sie diese vernachlässigen. Auf die Frage nach den elterlichen Kompetenzen von Menschen mit einer geistigen Behinderung antwortet Prangenberg (2015, 41) damit, dass zwar in diversen Studien oftmals festgestellt wurde, dass es Eltern mit einer kognitiven Beeinträchtigung kaum möglich gewesen sei, diese elterlichen Kompetenzen zu zeigen. Er zitiert jedoch in diesem Zusammenhang beispielsweise Shaw und Wright (1960, 274), welche keine nähere Korrelation sahen zwischen dem Level an Intelligenz und den sozialen Kompetenzen. Sie seien aber trotzdem skeptisch, ob Personen mit einem tiefen IQ-Level im Stande seien eine eigene Familie befriedigend zu leiten.

Prangenberg (2015, 42) betont jedoch, dass es wichtig sei, die geistige Behinderung nicht als einzige Ursache zu sehen, welche verantwortlich sei für die fehlenden elterlichen Kompetenzen. Weiter seien auch die Biografie der Betroffenen und deren direktes und indirektes Lebensumfeld massgebend, um die Situation als Ganzes beurteilen zu können. Vielmehr würde er sich wünschen, dass man sich Gedanken

darüber macht, welche Unterstützungsmöglichkeiten für Eltern mit einer geistigen Behinderung man schaffen oder erweitern könnte, um Missbrauchs- oder Vernachlässigungsfälle zu minimieren oder gar zu vermeiden.

Vierter Mythos: «Eltern mit einer geistigen Behinderung können elterliche Fähigkeiten nicht erlernen.»

Bezüglich der Argumentation um den vierten Mythos knüpft Prangenberg (2015, 42f.) an die Ausführungen zum dritten Mythos an. Er gibt an, dass elterliche Fähigkeiten grundsätzlich erlernt werden können von Menschen mit einer Behinderung, dass man jedoch auch die Grenzen und Schwierigkeiten der Entwicklungsmöglichkeiten nicht ausser Acht lassen sollte. Wie auch schon bei Mythos Nummer drei appelliert er jedoch daran, dass man den Fokus vielmehr auf die Rahmenbedingungen der Eltern legen sollte und nicht nur auf ihre Behinderung per se. Auch hier wären Unterstützungsangebote wünschenswert.

3.8. Umgang mit dem Kinderwunsch von Menschen mit einer geistigen Behinderung

In der Broschüre rund um die Themen Sexualität, Intimität und Partnerschaft verweisen INSOS Schweiz und sexuelle Gesundheit Schweiz (2017, 35) auf die Behindertenrechtskonvention der UNO und halten fest, dass der Kinderwunsch ein menschliches Bedürfnis sei. Aus diesem Grund sei es auf keinen Fall angebracht, jemandem diesen Wunsch grundsätzlich abzusprechen. Dazu führen Ursula Pixa-Kettner und Stefanie Bargfrede (2015, 76f) aus, dass ein Wunsch im Allgemeinen nicht verschwinden werde, wenn man ihn ignoriert oder der betreffenden Person auf argumentativer Ebene ausreden will. Jedoch bedeute dies nicht, dass rationale Gründe überhaupt keine Rolle spielen und jeder Kinderwunsch in Erfüllung gehen muss. Deshalb ist es von grosser Bedeutung, dass Fachpersonen den Paaren oder Einzelpersonen mit einem Kinderwunsch aufmerksam zuhören und Möglichkeiten für einen offenen Austausch schaffen. Primär sei es gemäss INSOS Schweiz (2017, 35) zu klären, welche Motive hinter dem Wunsch nach eigenen Kindern stehen. Damit einhergehend sollten zudem die Ideen, Gefühle und Vorstellungen einer Elternschaft hinterfragt werden. Auch Pixa-Kettner und Bargfrede (2015, 77) erachten die regelmässige Auseinandersetzung mit den eigenen Wünschen und Träumen als wesentlich. Zudem sei es von grosser Wichtigkeit das Gegenüber mit seinen Wünschen ernst zu nehmen. Nach der Erörterung der Motive und einer grundlegenden Auseinandersetzung mit dem Wunsch nach eigenen Kindern sollten gemäss INSOS Schweiz (2017, 35) folgende Fragen beantwortet werden:

- Ist sich die Person oder das Paar der Herausforderung bewusst, die eine Elternschaft mit sich bringt und sind sie dieser gewachsen?
- Verfügt die Person oder das Paar über die nötigen Kompetenzen und Ressourcen, um ein Kind zu erziehen? Können diese allenfalls erworben werden, falls sie noch nicht vorhanden sind?
- Kann das Kindeswohl auf lange Sicht durch die Person oder das Paar gewährleistet werden?
- Kann die Person oder das Paar auf ein Unterstützungsnetz zurückgreifen, welches sie in den elterlichen Aufgaben unterstützt falls nötig?

Solche und ähnliche Fragen, sollen dabei helfen den Kinderwunsch einzuschätzen und bieten eine Grundlage für die Auseinandersetzung damit. INSOS Schweiz (2017, 35f) erwähnt zudem, dass es für Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung schwierig sein kann, etwas zu planen und vorauszuschauen. Deshalb sind sie auf professionelle Unterstützung angewiesen, um zum Beispiel die oben genannten Fragen beantworten zu können. Des Weiteren sei eine fundierte Abklärung des Bedarfs an Begleitung der zukünftigen Familie unumgänglich. Es sei zudem frühzeitig abzuklären, wer welche Aufgaben in diesem Zusammenhang übernehmen kann. Zusammenfassend führt

INSOS Schweiz (2017, 36) auf, dass die Realisierung eines Kinderwunsches weder aus ethischer noch aus juristischer Sicht grundsätzlich verhindert werden dürfe. Als oberste Maxime jeder Entscheidung sei dabei jedoch schlussendlich das Kindeswohl ausschlaggebend.

3.9. Real Care® Baby – Simulationslernen

Dagmar Orthmann Bless bezieht sich in ihrem Artikel «Kinder kriegen – eine Lebensoption für mich?» (2013, 1f) auf die Schwierigkeit, die Verantwortung einer Elternschaft vorgängig einzuschätzen und sich darauf vorzubereiten. Gerade die «Gleichzeitigkeit verschiedener Anforderungen, die Unvorhersehbarkeit bestimmter Ereignisse, die immer wiederkehrende Neuheit von Anforderungen sowie die Langfristigkeit/Dauerhaftigkeit von elterlicher Beanspruchung» führen dazu bei, dass Elternschaft eine «hochkomplexe Realität» sei, wie Dagmar Orthmann Bless (2013, 1) es nennt. Eltern zu sein fordere diverse kognitive Anforderungen wie beispielsweise Planung, Treffen von Entscheidungen oder Lösen von Problemen, welche Menschen mit einer geistigen Behinderung besonders Mühe bereiten. Wenn Eltern diesen Herausforderungen nicht gerecht werden, könne dies weitreichende Konsequenzen für die Kinder zur Folge haben. Gerade wegen diesen hohen Anforderungen und den schwerwiegenden Folgen fehlender Handlungskompetenzen ist gemäss Dagmar Orthmann Bless (2013, 2) eine Auseinandersetzung mit dem Eltern-sein wünschenswert. Im Artikel ist die Autorin folglich der Frage nachgegangen, wie man sich als potenzielle Eltern dieser Verantwortung bewusst werden kann und wie man eine solche Situation realitätsnahe üben kann, ohne jedoch jemandem zu schaden, wenn Fehler begangen werden.

Als mögliche Vorgehensweise der Vorbereitung wird das Lernen mit Simulationen beschrieben. Anzugliedern ist diese Methode beim experimentellen Lernen. Mit der Hilfe von Simulationen werden so reale Situationen möglichst genau nachgebildet. Die erlernten Fähigkeiten und gewonnenen Erkenntnisse aus der Simulation können anschliessend auf die Wirklichkeit übertragen werden. Im Bereich Kinderwunsch und potenzielle Elternschaft wurde dafür das Real Care® Programm geschaffen. Männer und Frauen ab ca. 13 Jahren erhalten die Möglichkeit über mehrere Tage und Nächte für «RealCare® Baby» zu sorgen. Es handelt sich dabei um einen computergestützten Simulator, welcher aussieht wie ein echtes Baby und grundlegende Verhaltensweisen nachahmt. Zudem existiert eine Variante des Programms, Real Care® Plus, welche spezifisch an die Lernbedürfnisse von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung angepasst ist.

Dagmar Orthmann Bless (2013, 3f) fügt weiter an, dass dieses Simulationslernen aus ökonomischer, ethischer und lernpsychologischer Sicht Sinn macht. Denn es sei nicht nur preiswert, sondern auch ungefährlich für Eltern und «Kind». Die lernpsychologische Perspektive zeige sich in diversen Aspekten. Beispielsweise erfolge auf eine Handlung sofort eine objektive Rückmeldung. Dies trage dazu bei, dass das Simulationslernen sehr motivierend für die Teilnehmenden sei. Zudem können Einzelpersonen oder Paare das Elternsein so oft sie wollen aktiv üben und praktische Kompetenzen erwerben. Auf der anderen Seite gebe es natürlich auch Grenzen was das «RealCare® Baby» angeht. Zum einen sei dies die Begrenzung der Interaktion des Babys. Zwar sei es programmiert darauf, auf einfache Handlungen eine Rückmeldung zu geben, emotionale Interaktionen sind jedoch nur ungenügend möglich. Zum anderen entwickle sich das «RealCare® Baby» nicht. Somit es nicht möglich Reaktionen auf schnelle Veränderungen zu üben. Diese «RealCare® Babys» stehen in direktem Gegensatz zum dritten und vierten Mythos in Kapitel 3.7 dieser Arbeit, welche angeben, dass Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung keine elterlichen Kompetenzen besitzen und diese nicht erlernen können. Die Ausführungen zeigen, dass ein Erlernen dieser Fähigkeiten sehr wohl möglich ist und dass es zudem Möglichkeiten gibt dies anzubieten.

4. Rechtliche Grundlagen

Gesetze, Bestimmungen und Verordnungen bestimmen das Zusammenleben und den Alltag aller Zugehörigen eines Staates. Auch im Bereich der Behinderung ist dies der Fall, weshalb die nachfolgende kurze rechtliche Übersicht unabdingbar ist. Es ist vorwegzunehmen, dass es keine gesetzliche Grundlage gibt, die es legitimieren würde, einem Menschen mit einer Behinderung den Kinderwunsch grundsätzlich abzusprechen. Als übergeordnetes Recht verwende ich die UNO-Behindertenrechtskonvention, welche die Schweiz ratifiziert hat. Des Weiteren werde ich die zum Forschungsbereich passenden Gesetze in absteigender Linie bearbeiten. Ich werde jeweils die wichtigsten und meines Erachtens passendsten Ausschnitte im Zusammenhang mit dem Kinderwunsch von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung behandeln.

4.1. Behindertenrechtskonvention

Das eidgenössische Departement des Innern (EDI) der Schweizerischen Eidgenossenschaft (s.d., online) informiert darüber, dass die Behindertenrechtskonvention am 13. Dezember 2006 in New York von der Generalversammlung der UNO verabschiedet wurde. Etwas mehr als ein Jahr später, am 3. Mai 2008, ist das Übereinkommen in Kraft getreten und knapp sechs Jahre später, am 15. April 2014, wurde es von der Schweiz ratifiziert. Seit dem 15. Mai 2014 ist die Behindertenrechtskonvention nun in der Schweiz in Kraft und verpflichtet somit zur Beseitigung von Hindernissen oder Diskriminierung gegen Menschen mit einer Behinderung. Des Weiteren sollen die Vertragsstaaten, darunter auch die Schweiz, die Inklusion und Gleichstellung von Menschen mit einer Behinderung fördern.

Mit dem Artikel 23 der UNO-Behindertenrechtskonvention geht das Übereinkommen spezifisch auf die Wohnung und die Familie von Menschen mit einer Beeinträchtigung ein. Die Einigung fordert unter Absatz I unter anderem «Gleichberechtigung mit anderen in allen Fragen, die Ehe, Familie, Elternschaft und Partnerschaft betreffen». Unter Litera a wird spezifisch erwähnt, dass Menschen mit einer Behinderung ebenfalls das Recht haben, eine Ehe einzugehen und eine Familie zu gründen. Unter Litera b wird diese Forderung noch konkretisiert, indem das «Recht von Menschen mit Behinderung auf freie und verantwortungsbewusste Entscheidung über die Anzahl ihrer Kinder und die Geburtenabstände» beschrieben wird. Zudem sei «altersgemässe Information und Aufklärung über Fortpflanzung und Familienplanung» zur Verfügung zu stellen. Der zweite Abschnitt des erwähnten Artikel 23 besagt zudem, dass jeweils das Wohl des Kindes ausschlaggebend ist und somit oberste Priorität genießt. Des Weiteren verpflichten sich die Vertragsstaaten dazu, Menschen mit einer Beeinträchtigung «in angemessener Weise» zu unterstützen, was die «Wahrnehmung ihrer elterlichen Verantwortung» angeht.

Gemäss diesem Artikel der UNO-Behindertenrechtskonvention verpflichtet sich die Schweiz also dazu, den Kinderwunsch von Menschen mit einer geistigen Behinderung als solchen zu akzeptieren und den Betroffenen steht grundsätzlich nichts im Wege, eine eigene Familie zu gründen. Stets befindet sich jedoch das Wohl des potenziellen Kindes an oberster Stelle und falls es den Eltern nicht möglich ist, sich selbstständig angemessen um das Kind zu kümmern, soll Unterstützung seitens der Vertragsstaaten geboten werden, in diesem Fall also die Schweiz.

4.2. Bundesverfassung

In der Schweizer Bundesverfassung (BV) wird das Recht auf eine Familie in Artikel 14 beschrieben. Mit der Aussage: «Das Recht auf Ehe und Familie ist gewährleistet» sind die Ausführungen ziemlich knappgehalten. Jedoch fasst dies alle in der Schweiz wohnhaften Menschen in einem Artikel zusammen und räumt ihnen allen das Recht ein, eine Ehe einzugehen und eine Familie zu gründen. Die Möglichkeit Kinder zu kriegen wird somit auch Menschen mit einer Behinderung nicht verwehrt.

4.3. Schweizerisches Zivilgesetzbuch

Im Schweizerischen Zivilgesetzbuch (ZGB) wird das Gründen einer Familie nicht spezifisch erwähnt. Es wird also nicht genauer erwähnt, ob und wann ein Paar Kinder kriegen darf. Einzig das Schliessen der Ehe ist an Bedingungen geknüpft. Dabei müssen die zukünftigen Ehepartner gemäss Artikel 94 das 18. Lebensjahr abgeschlossen haben und urteilsfähig sein.

Wie weiter oben bei der Definition der Urteilsfähigkeit beschrieben, kann eine Behinderung diese in Frage stellen. Somit ist es Personen mit einer Behinderung, welche nicht als urteilsfähig angesehen werden, nicht möglich eine Ehe einzugehen. Einer Partnerschaft an sich steht dies jedoch nicht im Weg. Ebenso wenig einem allfälligen Kinderwunsch und dem Gründen einer eigenen Familie.

4.4. Behindertengleichstellungsgesetz

Das Behindertengleichstellungsgesetz (BehiG) stellt grundsätzlich keine Forderungen zu Partnerschaft, Ehe, Familie oder Nachwuchs von Menschen mit einer Behinderung. Schon einleitend im ersten Artikel wird jedoch die Absicht klar, dass es darum geht «Benachteiligungen zu verhindern, zu verringern oder zu beseitigen, denen Menschen mit Behinderung ausgesetzt sind». Im zweiten Abschnitt desselben Artikels werden zudem Rahmenbedingungen verlangt, «die es Menschen mit Behinderung erleichtern, am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen und insbesondere selbstständig soziale Kontakte zu pflegen, sich aus- und weiterzubilden und eine Erwerbstätigkeit auszuüben». Ziel ist somit, wie auch schon im Namen des Gesetzes enthalten, Gleichstellung von Menschen mit und ohne Behinderung zu erreichen und Differenzen anzugleichen. Dies hat zur Folge, dass Menschen mit einer Behinderung grundsätzlich genau gleich das Recht auf eine eigene Familie haben wie alle anderen.

Kantonal ist dies im Wallis in ähnlicher Form im Gesetz über die Eingliederung behinderter Menschen geregelt. Auch hier steht die Beseitigung von Nachteilen für Menschen mit einer Behinderung im Vordergrund. Das Gesetz stützt sich auf nationale Bestimmungen und enthält Ergänzungen, was die Aufgabe des Staates in diesem Gebiet betrifft.

5. Methodisches Vorgehen

In diesem Kapitel wird das Forschungsvorgehen beschrieben und die gewählte Methode erläutert. Die Auswahl und Eingrenzung des Untersuchungsbereiches werden ebenfalls in diesem Teil diskutiert. Zudem werden die Institution und deren Mitarbeiterinnen, welche sich für das Interview bereit erklärt haben, kurz vorgestellt.

5.1. Forschungsvorgehen

Bei dieser Arbeit handelt es sich um eine qualitative Forschungsarbeit. Nach der Themenwahl habe ich mit Hilfe einer fundierten Literaturrecherche eine Forschungsfrage formuliert und den theoretischen Teil der Arbeit damit verfasst. Für den empirischen Teil dieser Arbeit konnte ich auf die Zusammenarbeit mit der Institution «Aurora» zählen. Insgesamt konnte ich drei Interviews mit Professionellen der Sozialen Arbeit durchführen, welche auf Wohngruppen der Institution arbeiten. Im Einverständnis mit den Interviewpartnerinnen wurden die Interviews mit meinem Mobiltelefon aufgenommen und anschliessend transkribiert. Sowohl die Audiodateien als auch die Transkripte habe ich mit grösster Vorsicht abgespeichert und bewusst nicht weiterverbreitet, um den Datenschutz gewährleisten zu können.

Anschliessend wurden die Transkripte mit Hilfe von offenem Kodieren bearbeitet und gegliedert. Flick (2017, 388) beschreibt das offene Kodieren als ein Mittel, um Daten und Phänomene in Begriffe zu fassen. Dabei sei es wichtig, das Ziel immer vor Augen zu halten. Dies besteht gemäss Flick (2017, 392) darin, einen Text zu ordnen, indem man ihn aufricht und Kategorien erstellt. Diese Kategorien sollen dazu beitragen, die erhaltenen Codes zu sortieren und besonders relevante Stellen in Zusammenhang mit der Forschungsfrage zu sammeln. Mögliche Bezeichnungen sind dafür beispielsweise Begriffe, welche der Literatur entnommen werden oder solche, die in den Aussagen der Interviewpartner und Interviewpartnerinnen zu finden sind.

5.2. Leitfadeninterviews

Um die Frage zu beantworten, wie Mitarbeitenden in Wohngruppen den Kinderwunsch ihrer Klientinnen und Klienten behandeln, habe ich Interviews mit Professionellen der Sozialen Arbeit durchgeführt. Ich habe mich dabei für Leitfadeninterviews entschieden. Diese Art des Interviews erlaubte es mir, bestimmte Themen zu erfragen. Zudem konnte ich so die durchgeführten Befragungen besser miteinander in Verbindung setzen und vergleichen als beispielsweise bei einem narrativen Interview. Der Leitfaden befindet sich zur Ansicht im Anhang dieser Arbeit.

In einem kleineren Rahmen konnte ich die Methode des Interviews bereits im Modul B6 kennenlernen. Dies bot mir eine gute Grundlage, um mich vertiefter mit der Methode zu beschäftigen und ermöglichte mir es, die Theorie mit praktischen Erfahrungen zu verknüpfen, was zu einem besseren Verständnis führte.

Die Herausforderung bestand vor allem darin, einen Leitfaden mit offenen Fragen zu erstellen. Dabei sind die Fragen thematisch angeordnet und es soll ein klarer Aufbau vorhanden sein. Offene Fragen zeichnen sich dadurch aus, dass sie nicht nur mit «Ja» oder «Nein» zu beantworten sind. Diese Form der Fragen sollte es ermöglichen, eine unvoreingenommene Antwort des Interviewpartners oder der Interviewpartnerin zu erhalten. Beim Erstellen des Leitfadens habe ich Wert darauf gelegt meine eignen Ansichten zurückzuhalten und möglichst neutrale Fragen zu formulieren, ohne meine persönliche Meinung preiszugeben.

Als mögliche Schwierigkeit bei einem Interview beschreibt Uwe Flick (2017, 218) das Problem der Vertraulichkeit. Wenn man kontroverse Themen anspricht, kann dies zur Folge haben, dass sich die Interviewpartner oder Interviewpartnerinnen nur sporadisch oder gar nicht zum Thema äussern wollen.

Dieses Problem der Vertraulichkeit leitet mich direkt über zum Punkt der Forschungsethik. Indem ich nämlich einen guten Umgang bezüglich des Datenschutzes

pflge, schaffe ich Vertrauen gegenüber meinen Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern. Des Weiteren habe ich eine informierte Einwilligung aufgesetzt, welche die Partnerinnen und Partner unterzeichnet haben. Dabei bin ich mir der folgenden drei Kriterien bewusst, welche Uwe Flick (2019, 283), sich auf Allmark beziehend, auflistet:

- «Die Einwilligung sollte von einer Person erteilt werden, die dafür kompetent ist.»
- «Die Person, die eine Einwilligung gibt, sollte angemessen informiert werden.»
- «Die Einwilligung wird freiwillig gegeben.»

In dem von den Befragten zu unterzeichnendem Dokument habe ich kurz die Absichten meiner Arbeit festgehalten und somit die Beteiligten über mein Vorhaben informiert. Somit konnte ich Transparenz schaffen in der Zusammenarbeit. Diese informierte Einwilligung befindet sich zur Einsicht im Anhang dieser Arbeit. Die ausgefüllten und unterzeichneten Einwilligungen habe ich in meinen Akten aufbewahrt. Diese sind absichtlich nicht in der Arbeit aufgeführt, um keine Daten meiner Interviewpartnerinnen preiszugeben. In der Bachelorarbeit sind jegliche Namen anonymisiert, damit keine Rückschlüsse auf reale Situationen gemacht werden können und somit keine Nachteile für irgendwelche Einzelpersonen oder Gruppen entstehen.

5.3. Auswahl und Eingrenzung des Untersuchungsbereichs

Die Interviews wurden mit Professionellen der Sozialen Arbeit, welche auf Wohngruppen arbeiten, durchgeführt. Die Auswahl der Mitarbeitenden wurde vom Bereichsleiter Begleitung, Unterstützung und Case Management der Institution getroffen und ich hatte keinen Einfluss darauf. Er war meine Ansprechperson während des gesamten Prozesses und von ihm habe ich die Kontaktdaten meiner Interviewpartnerinnen erhalten. Das erste Interview konnte ich mit der Leiterin der internen Fachstelle für sexuelle Gesundheit und Präventions- und Meldestelle durchführen. Diese hat anschliessend darüber entschieden, ob die zwei weiteren Interviews ebenfalls durchgeführt werden konnten. Nachdem sie ihr Einverständnis dazu gab, erhielt ich vom Bereichsleiter Begleitung und Unterstützung und Case Management die Kontaktdaten zwei weiterer Mitarbeitenden, um mit meinem Vorhaben wie geplant fortzufahren.

Der Zeitraum von der Anfrage für ein Interview bis zur schlussendlichen Durchführung zog sich ziemlich in die Länge und verlangte viel Geduld und Durchhaltevermögen. Ich musste einige Male nachfragen, um zum gewünschten Ziel zu gelangen. Bei der Durchführung kam mir zudem die Corona-Krise in die Quere, welche ein persönliches Treffen mit den Interviewpartnerinnen zum Teil erschwerte. Schlussendlich konnte ich zwei der Interviews persönlich durchführen und eines via Telefon. Umso erleichterter und zufriedener war ich schlussendlich, nachdem ich alle Interviews durchgeführt hatte. Nachfolgend werde ich die drei Interviewpartnerinnen kurz vorstellen. Aus Datenschutzgründen wurden ihre Namen und persönliche Details abgeändert.

Interviewpartnerin A: Anita

Anita hat ihre Ausbildung zur Sozialpädagogin an der Fachhochschule absolviert und konnte seit ihrem Abschluss in diversen Bereichen und Funktionen Erfahrungen sammeln. Sowohl im Bereich Wohnen als auch im Bereich Freizeit hat sie lange gearbeitet. Sie verfügt über diverse Weiterbildungen, wie beispielsweise die der «systemische Beratung». Im Moment leitet Anita die interne Fachstelle «sexuelle Gesundheit» der Institution und ist in der Präventions- und Meldestelle tätig.

Interviewpartnerin B: Beatrice

Beatrice ist Abteilungs- und Gruppenleiterin einer Wohngruppe mit integrierter Tagesstätte. Vor vier Jahren absolvierte sie ihr Bachelorstudium in Sozialer Arbeit an der Fachhochschule. Sie konnte schon vor ihrem Studium diverse Erfahrungen sammeln, als sie als Fachfrau Betreuung gearbeitet hat. Seit ihrem Abschluss in Sozialer Arbeit ist sie in der Institution tätig.

Interviewpartnerin C: Carmen

Carmen hat ihren Bachelor in Sozialer Arbeit ebenfalls an der Fachhochschule erworben. Sie arbeitet auf einer Wohngruppe der Institution. Zudem leitet sie zusammen mit einem Kollegen das Deeskalationsmanagement der Institution Aurora.

5.4. Risiken und Grenzen der Untersuchung

Schwierigkeiten in dieser Untersuchung zeigten sich im Organisieren der Interviewpartnerinnen. Dies war ein sehr langwieriger Prozess. Einige Geduld war von meiner Seite gefragt, um den Bereichsleiter Begleitung und Unterstützung und Case Management von meiner Idee zu überzeugen und so die Kontaktdaten der Partnerinnen zu erhalten. Ich bin ihm deshalb umso dankbarer für das mir entgegengebrachte Vertrauen.

Ich habe bewusst darauf verzichtet Interviews mit Menschen mit einer Behinderung durchzuführen. Da ich der Meinung bin, dass es sich beim Kinderwunsch einer Person um ein sehr intimes Thema handelt, habe ich den Eindruck, dass zunächst eine Vertrauensbeziehung aufgebaut werden müsste, um mit den Betroffenen darüber zu sprechen. Zudem wollte ich nicht das Risiko eingehen, bei meinen Interviewpartnerinnen oder Interviewpartnern Reaktionen und Emotionen auszulösen, welche negative Folgen für sie mitbringen könnten oder sich negativ auf ihr Wohlbefinden auswirken könnten.

6. Ergebnisse der Untersuchung

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Interviews anhand der drei ausgewählten Kodes präsentiert. Die Kodes wurden einerseits anhand der gewählten Hypothesen bestimmt und andererseits durch die Ausführungen im Theorieteil und den Antworten der Interviewpartnerinnen. Aus Datenschutzgründen werden die Transkripte nicht in den Anhang dieser Arbeit abgelegt. Als Orientierungshilfe sind jedoch die Zeilennummer der jeweiligen Originaltranskripte aufgeführt.

Behandlung des Kinderwunsches

- Gesprächsführung und Begleitung
- Balance: Unterstützung und Privatsphäre

Hintergründe

- Merkmale
- Motive

Zusammenarbeit

- Fachstellen
- Familien und Angehörige

6.1. Behandlung des Kinderwunsches

In diesem ersten Block wollte ich von meinen Interviewpartnerinnen wissen, ob sie sich die Zeit nehmen, um mit den Bewohnerinnen und Bewohnern Gespräche über ihre Wünsche und Bedürfnisse zu führen. In diesem Zusammenhang habe ich erfragt, ob auch der Kinderwunsch als ein solches Bedürfnis wahrgenommen und besprochen wird. Ich habe zudem nachgefragt, wie solche Gespräche geführt werden und wie der Kinderwunsch auf der Wohngruppe im Allgemeinen behandelt wird.

Dabei wichtig schien auch die Selbstbestimmung der Klientinnen und Klienten und deshalb war es interessant zu erfragen, wie das Spannungsfeld rund um die Selbstbestimmung und das nötige Mass an Unterstützung von den Professionellen der Sozialen Arbeit angegangen wird.

6.1.1. Gesprächsführung und Begleitung

Anita hat als Leiterin der internen Fachstelle für sexuelle Gesundheit schon einige solcher Gespräche geführt und kann auf eine grosse Erfahrung zurückgreifen. Spezifisch zum Thema Kinderwunsch erklärt sie mir (155-168), dass solche Gespräche sehr alltagsbezogen geführt werden. Man gehe faktisch an die Thematik und sei nicht grundsätzlich dafür oder dagegen. Gemeinsam mit den Klientinnen und Klienten analysiert sie, was sich für die Person mit einem Kind ändern würde und ob sie sich diesen neuen Aufgaben gewachsen fühlt. Falls dies nicht der Fall wäre wird gemeinsam herausgefunden, wo man sich eventuell Unterstützung holen könnte und wen man in dieses Helfernetzwerk wie miteinbeziehen könnte. Dies ist ein längerer Prozess, in welchem die einzelnen Felder besprochen werden, welche sich durch die ändernde Familiensituation zusätzlich anpassen würden.

In diesem Zusammenhang wird zudem die Wohnsituation besprochen. Anita erklärt mir (173-187), dass sie den Fall noch nie hatte, dass ein Paar oder eine Einzelperson mit einem Kind auf der Wohngruppe gewohnt hat, dass die institutionellen Vorgaben diese Möglichkeit jedoch nicht ausschliessen würden. In einer konkreten Situation würde man individuelle Lösungen finden, um allen Beteiligten gerecht zu werden.

Im Anschluss an das Interview zeigt mir Anita diverse Materialien, welche sie zur Hilfe nimmt, um solche Gespräche zu führen und mit den Bewohnerinnen und Bewohnern über ihren Kinderwunsch zu sprechen. Diese Materialien reichen von Bildern und Symbolen über Bücher und Ordner bis hin zu Puppen, welche eingesetzt werden zur Veranschaulichung.

Im Gegensatz dazu kann mir Beatrice eher weniger Auskunft geben über Gespräche, welche sie über den Kinderwunsch mit ihren Bewohnerinnen und Bewohnern geführt

hat. Mit ihren Klientinnen und Klienten hat sie darüber so direkt noch nie gesprochen. Eine ähnliche Situation, welche Beatrice (95-121) in diesem Zusammenhang beschreibt, ist, dass ein Klient eine Puppe namens Susi hat, um die er sich kümmert und die er behandelt, als wäre sie sein Kind. Sie gibt an, oft nachzufragen wie es Susi gehe und so mit ihm ins Gespräch zu kommen. Die Situation als solche werde auf jeden Fall ernst genommen und respektiert.

Carmen (233-267, 457-512) erläutert während dem Interview, dass solche Gespräche zum Teil sehr emotional sind und starke Reaktionen hervorrufen. Dies sei zum Beispiel der Fall, wenn eine 50-jährige Frau sie anschau und sage: «Ja weisst du, Kinder gibt es bei mir sowieso nicht. Ich bin ja sterilisiert.» Carmen spricht in diesem Zusammenhang von einer sehr grossen Trauer, die sie dort herausspüre. Ihr ist es wichtig, dass man dies mit den Betroffenen gut aufarbeitet und sie begleitet in diesem Prozess der Verarbeitung. Sie erklärt mir, dass solche Situationen viel Feingefühl, Verständnis und Empathie erfordern. Als Sozialarbeitende müsse man sich zudem stets bewusst darüber werden, ob man dafür noch die richtige Ansprechperson sei oder ob dies dann schon zu stark in die therapeutische Richtung gehe. Das habe auch damit zu tun, seine eigenen Grenzen wahrzunehmen, um dem Klienten oder der Klientin eine bestmögliche Begleitung zu ermöglichen.

6.1.2. Balance: Unterstützung und Privatsphäre

Von Anita (71-99) erfahre ich, wie wichtig ihr die Rücksprache mit dem Team ist. Sie beschreibt dies als ständigen Austauschprozess, in dem gemeinsam reflektiert wird, wo eventuell mehr Unterstützung angebracht wäre und wo man reduzieren könnte. Ihr liegt es am Herzen den Bewohnerinnen und Bewohnern ihre Freiräume zu lassen. Was sie auf alle Fälle, bei jeder Beziehung klärt, ist, ob auch wirklich beide dasselbe unter ihrer Beziehung verstehen und ob diese Vorstellungen kompatibel sind.

Auch Beatrice (152-163) ist der Meinung, dass der Austausch im Team sehr wichtig ist und dazu beitragen kann, mit diesem Spannungsfeld umzugehen. Gerade wenn sich nicht alle Mitarbeitenden einig sind, sei eine Auseinandersetzung mit der Thematik unumgänglich, in der jeder und jede seine Ansichten einbringen kann. Zudem erläutert sie, dass es nicht die eine Lösung gäbe, um diese Balance zu finden und das Spannungsfeld aufzulösen. Vielmehr gehe es darum, in konkreten Situationen individuelle Lösungen zu finden, welche die Beteiligten untereinander ausmachen.

Carmen (189-212) versucht, diese Balance zu finden, indem sie mit viel Feingefühl, Zeit und Geduld an eine solche Situation herangeht. Es sei ihr wichtig, jeweils die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner herauszufinden. Dies beschreibt sie als einen zum Teil sehr langwierigen Prozess, bei dem sie in stetigem Austausch mit dem Klienten oder der Klientin ist. Ihr ist es wichtig, die eigenen Ansichten und Gefühle so gut wie möglich zurückzuhalten. Wenn sie das Gefühl hat, ein Klient oder eine Klientin habe ein bestimmtes Bedürfnis, versucht sie in Gesprächen herauszufinden, ob sie mit ihrer Annahme in die richtige Richtung führt. Sie beschreibt dies als ein «feines Anstupsen» oder ein Erfragen der Bedürfnisse.

6.2. Hintergründe

Wie im theoretischen Teil an verschiedenen Orten erläutert, wird ein Kinderwunsch meist von unterschiedlichen Motiven begleitet. Von den Interviewpartnerinnen habe ich in diesem Block erfahren, welche Hintergründe sie hinter dem Kinderwunsch der Bewohnerinnen und Bewohner erkennen. Zudem wollte ich wissen, wie sie diesen Wunsch erkennen oder wie sich dieser im Allgemeinen bei den Klientinnen und Klienten äussert.

6.2.1. Merkmale, wie die Mitarbeitenden den Kinderwunsch erkennen

Von Anita (136-144) erfahre ich im Gespräch, dass ein solcher Wunsch im Austausch mit den Klientinnen und Klienten meist sehr direkt geäussert wurde. Sie hat vor allem mit Frauen die Erfahrung gemacht, dass dies angesprochen wurde. Sie erzählt mir

zudem, dass oftmals auch das Gegenteil der Fall ist, dass jemand zu ihr vorbeikommt mit dem Anliegen (127-128): «Wenn wir miteinander Sex haben und wir wollen kein Kind. Was können wir machen?» Solche Gespräche werden dann eher in Richtung Aufklärung geführt und es wird auf die Fragen der Klientinnen und Klienten eingegangen.

Beatrice beschreibt im Interview, dass die Klientinnen und Klienten, welche sie begleitet nicht die Möglichkeit hätten einen solchen Wunsch verbal auszudrücken, da sie aufgrund ihrer Beeinträchtigungen in der Kommunikation teils stark eingeschränkt sind. Was sie jedoch im Alltag beobachtet, sind die diversen Reaktionen auf Kinder. Meistens zeigen die Bewohnerinnen und Bewohner grosse Freude im Umgang mit Kindern, wenn sie diese im Alltag in diversen Situationen antreffen.

Im Interview mit Carmen (281-294) wird klar, dass sie, wie auch schon Anita, auf klare Aussagen zurückgreifen kann im Zusammenhang mit dem Kinderwunsch ihrer Bewohnerinnen und Bewohner. Auf der anderen Seite kann sie beispielsweise Klientinnen und Klienten dabei beobachten, wie sie mit Puppen umgehen oder auch wie sie andere Bewohnerinnen und Bewohner «verhätscheln», von denen das dann mehr oder weniger geschätzt werde. Diese Art sich um andere zu kümmern, könne im weiteren Sinne ebenfalls auf eine Art Kinderwunsch oder Verantwortung für andere übernehmen, schliessen.

6.2.2. Motive

Auf Nachfrage, welche Motive sich hinter dem Kinderwunsch der Klientinnen und Klienten verberge, mit denen Anita schon solche Gespräche geführt hat, antwortet sie mir (147-152), dass sie den Eindruck habe es gehe vor allem um dieses Umsorgen. Sie spricht in diesem Zusammenhang auch an, dass dort ein Aspekt der Niedlichkeit mitspielt, etwas süss finden und dies auch umsorgen. Zudem habe sie meistens mit Frauen über diese Thematik geredet. Dort sah sie vor allem, dass diese Muttergefühle des Beschützens, des Umsorgens und des Führsorgens von Bedeutung sind.

Da Beatrice noch nicht direkt mit Bewohnerinnen oder Bewohnern über ihren Kinderwunsch gesprochen hat, habe ich bei ihr nachgefragt, was für Motive hinter der Pflege von Susi bei dem erwähnten Klienten stehen könnten (114-121). Sie hat stark den Eindruck, dass er diese Puppe als Kompensation für sein Heimweh umsorgt. Sie bemerke, dass Susi viel präsenter werde, wenn er über längeren Zeitraum nicht zu seiner Mutter und der Schwester fahren könne. Sie habe das Gefühl, Susi sei wie ein Stück zu Hause für ihn.

Carmen (272-294) hingegen spricht in diesem Zusammenhang vom Aspekt des «möglichst normal sein zu können». Wie auch schon Anita gibt sie an, dies vor allem bei Frauen gesehen zu haben. Von diesen Bewohnerinnen erhielt sie beispielsweise Antworten wie: «Ja, alle anderen sind ja auch Mama. Du bist ja auch Mama.»

Auf der anderen Seite fallen auch bei ihr Begriffe wie «Umsorgen» oder «für jemanden da sein». Die Bewohnerinnen wollen jemanden umsorgen oder Verantwortung übernehmen. Die Freude jemanden «bemuttern» zu können, spiele da zudem eine zentrale Rolle.

6.3. Zusammenarbeit

In allen drei Interviews wurde deutlich, dass eine gute Zusammenarbeit auf diversen Ebenen wichtig ist, um solche intimen Themen wie Sexualität, Partnerschaft und Kinderwunsch mit den Bewohnerinnen und Bewohnern zu behandeln. Die Ergebnisse werden im Folgenden gegliedert unter Zusammenarbeit mit Fachstellen und Zusammenarbeit mit Familien, Angehörigen und gesetzlichen Vertretern, da es sich um unterschiedliche Ebenen der Kooperation handelt.

6.3.1. Zusammenarbeit mit Fachstellen

Von Anita (103-123), der Leiterin der internen Fachstelle «sexuelle Gesundheit», erfahre ich im Interview, dass sie die Klientinnen und Klienten der Wohngruppen vor allem punktuell begleitet, wenn diese einen solchen Wunsch äussern. Zudem könne ein

solcher Wunsch zur Unterstützung oder Begleitung auch vom Team an sie gerichtet werden. Da sie zudem der Präventions- und Meldestelle angehört, hat sie in diesem Zusammenhang eine Doppelrolle. Kommt es nämlich zu Übergriffen oder Grenzverletzungen, ist sie nicht mehr als Leiterin der Fachstelle «sexuelle Gesundheit» tätig, sondern als Leiterin der Präventions- und Meldestelle.

Was die regelmässige Zusammenarbeit mit externen Fachstellen angeht, beschreibt Anita (194-209), dass vor allem für die Aufklärung in der Schule andere Institutionen herangezogen werden. Ansonsten finde ein Austausch vor allem zu konkreten Fragen statt, um sich vertiefteres Wissen anzueignen und spezifische Themen zu behandeln. Ein weiterer Grund zur interinstitutionellen Zusammenarbeit sei der Vorteil, den Klientinnen und Klienten ein breiteres Spektrum an Beratung, auch extern, anzubieten. Beatrice (169-180) beschreibt die Zusammenarbeit mit der internen Fachstelle ebenfalls als punktuell. Sobald bei jemandem von Team Fragen oder Unklarheiten auftreten, könne sie als Gruppenleiterin sich beim Case Management melden, welches dann die Verbindung mit der Fachstelle «sexuelle Gesundheit» aufnimmt. Gemeinsam werde dann nach Möglichkeiten gesucht, um das konkrete Problem zu lösen oder die Situation anzugehen.

Mit externen Fachstellen gibt Beatrice an, keinen direkten Kontakt zu haben.

Auch Carmen (142-148) erwähnt mir gegenüber im Interview die interne Fachstelle der Institution. Sie sieht diese als Stütze, bei der sie nachfragen kann, wenn auf der Wohngruppe Probleme auftreten oder Situationen entstehen, bei der sie an ihre Grenzen stösst. Zudem sieht sie diese auch als Möglichkeit, den Bewohnerinnen und Bewohnern die Wahl offen zu lassen, mit wem sie gerne über diese intimen Themen sprechen möchten und somit auch die Option haben sich jemandem ausserhalb der Wohngemeinschaft zu öffnen. Auch sie (313-320) gibt, wie auch schon Beatrice, an, keinen direkten Kontakt mit externen Fachstellen zu pflegen.

6.3.2. Zusammenarbeit mit der Familie, mit Angehörigen und gesetzlichen Vertretungen

In den Interviews wird deutlich, dass die Zusammenarbeit mit gesetzlichen Vertretungen und Familien für alle Interviewpartnerinnen von grosser Bedeutung ist und dass alle drei in stetigem Austausch stehen mit diesen Partnern. Was ebenfalls auffallend ist, sind Aussagen, dass sich die Zusammenarbeit mit den Eltern der älteren Generation als besonders schwierig herausstellt. Alle Interviewpartnerinnen gaben an, dass es bei dieser Gruppe oftmals an Offenheit fehlt in Bezug auf Themen rund um die Sexualität der Klientinnen und Klienten. Was jedoch auch allen Interviewten gemeinsam ist, ist dass sie sich allesamt dafür einsetzen, dies trotzdem anzusprechen und die Angehörigen mit ins Boot zu holen.

Anita beispielsweise äussert sich auf Nachfrage, wie sie mit dieser Ablehnung umgeht, wie folgt (228-231): «Wir haben die Haltung, dass dies ein Grundrecht ist für jeden Menschen und dafür setzen wir uns auch ein, auch gegenüber Angehörigen, die vielleicht ein wenig skeptisch sind oder die nicht möchten, dass man das Thema öffnet.» Zudem erklärt sie in einer späteren Passage (261-278), dass in den letzten Jahren eine sehr schnelle Entwicklung stattgefunden hat und damit verbunden eine grosse Öffnung gerade rund um das Thema Sexualität im Allgemeinen und auch im Zusammenhang mit Menschen mit einer Behinderung. Dies brauche Zeit für alle Beteiligten, um mit dieser Entwicklung mitzukommen.

Carmen (152-183) spricht im Zusammenhang mit dieser Zusammenarbeit von einer grossen Hürde, wenn die Offenheit der Angehörigen fehlt. Ihr liegt es zudem am Herzen, die Bewohnerinnen und Bewohner miteinzubeziehen und sie zu befragen, inwiefern sie denn gerne hätten, dass Angehörige informiert werden. Auf der anderen Seite müsse man immer auch ausfindig machen, um was für eine Art von Beistandschaft es sich handle und was für einen Grad an Informationspflicht dies mit sich bringt.

In diesem Zusammenhang würde sich Carmen (350-362) wünschen, dass von der Institution geregelte Prozesse definiert werden, wie die Zusammenarbeit zu diesen

Themen gehandhabt wird. Ansonsten käme es darauf an, wie stark sich jeder einzelne Mitarbeitende einsetzt für die Anliegen des Klienten oder der Klientin. Mit besseren Vorgaben der Institution könnte man dem, ihrer Meinung nach, entgegenwirken und gleiche Voraussetzungen für alle Beteiligten schaffen.

7. Synthese

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Untersuchung in Bezug zum einführend erarbeiteten, literaturgestützten Theorieteil und zu den anfangs formulierten Hypothesen gesetzt.

7.1. Indikator 1: Behandlung des Kinderwunsches

Der Kinderwunsch von Menschen mit einer Behinderung wird in Wohngruppen nicht thematisiert.

7.1.1. Bezug zur Theorie

Wie im vorangegangenen theoretischen Teil aufgezeigt geben Ursula Pixa-Kettner und Stefanie Bargfrede (2015, 76f) an, dass ein Wunsch im Allgemeinen nicht verschwinden werde, wenn man ihn ignoriert oder diesen der betreffenden Person auf argumentativer Ebene ausreden will. Alle drei Interviewpartnerinnen gaben an, mit ihren Bewohnerinnen und Bewohnern soweit möglich über ihre Wünsche und Bedürfnisse zu sprechen. Anita und Carmen konnten zudem auf Erfahrungen in Gesprächen rund um den Kinderwunsch der Klientinnen und Klienten zurückgreifen. Vor allem Anita, welche als Leiterin der Fachstelle für sexuelle Gesundheit solche Gespräche öfters führt, konnte sehr differenziert angeben, wie sie solche Unterhaltungen leitet. Die Überlegungen, die sie gemeinsam mit den Klientinnen und Klienten macht und die Fragen, die sie dazu stellt, decken sich mit den Ideen von INSOS Schweiz, welche im Kapitel 3.8 dieser Arbeit aufgeführt wurden.

Zudem wird in der Institution auch Gebrauch gemacht vom Simulationslernen. Im Anschluss an das Interview mit Anita wurde ich von ihr in der Institution herumgeführt und sie zeigte mir diverse Materialien, welche zum Einsatz kommen, um mit den Klientinnen und Klienten gemeinsam die Thematik rund um den Kinderwunsch zu erarbeiten. In dem Zusammenhang erklärte sie mir unter anderem, dass auch Puppen gebraucht werden, welche an die Klientinnen und Klienten abgegeben werden können, damit diese das Elternsein testen können. Der Grundgedanke hinter den Puppen der Institution und den Real Care Babys, welche in Kapitel 3.9 beschrieben wurden, deckt sich. In beiden Fällen ist die Absicht, den Personen, die sich ein Kind wünschen, aufzuzeigen, was dies im Alltag alles mit sich bringen könnte.

Auch aus rechtlicher Sicht gibt es keinerlei Grundlagen einen solchen Wunsch nicht ernst zu nehmen oder gar grundsätzlich auszuschlagen. INSOS Schweiz (2017, 36) beschreibt das Recht, ein eigenes Kind zu haben, als Menschenrecht. Es gibt somit keinen Grund, den Kinderwunsch von Menschen mit einer Behinderung zu ignorieren. Jedoch in jedem Fall ausschlaggebend sei das Kindeswohl. Dies ist auch die Haltung, die in den Interviews hervorkommt. Alle Interviewpartnerinnen zeigten sich grundsätzlich offen gegenüber dem Kinderwunsch ihrer Bewohnerinnen und Bewohner. Meiner Meinung nach fasst folgende Aussage von Carmen (262-265) diese Haltung sehr gut zusammen: «Und ich finde das auch unglaublich - eben apropos Privatsphäre und so - es ist sehr sehr einschneidend und irgendwo auch übergriffig zu entscheiden, wer Kinder haben darf und wer nicht.»

Das Spannungsfeld, welches diese Thematik generiert, rund um die Selbstbestimmung der Klienten und deren Unterstützungsbedarf, wird meistens durch offene Kommunikation und Rücksprache im Team angegangen. In den Interviews kam zum Vorschein, dass grossen Wert auf die Bedürfnisse der Klientinnen und Klienten gelegt wird und dass deren Wünsche grundsätzlich ernst genommen werden.

7.1.2. Diskussion und Fazit

Anhand der Ergebnisse wird ersichtlich, dass die Bereitschaft, über den Kinderwunsch mit den Bewohnerinnen und Bewohnern zu sprechen, mehrheitlich vorhanden ist. Entscheidend scheinen jedoch die kognitiven Fähigkeiten des Klienten oder der Klientin zu sein. In den Interviews wurde in diesem Zusammenhang oft die verbale

Ausdrucksfähigkeit angesprochen, die solche Gespräche ermöglichen oder erschweren kann.

Ich persönlich war sehr überrascht, wie offen mit dem Thema in der Institution umgegangen wird. Von keiner der Interviewpartnerinnen erhielt ich den Eindruck, dass Gespräche rund um die Sexualität, Partnerschaft oder den Kinderwunsch von Menschen mit einer geistigen Behinderung vermieden oder tabuisiert werden. Auch die Tatsache, dass eine interne Fachstelle für sexuelle Gesundheit vorhanden ist, zeigt mir, dass Themen wie Sexualität, Partnerschaft und Kinderwunsch in der Institution Platz haben und behandelt werden.

Bezüglich der Balance zwischen der Selbstbestimmung und dem Auftrag der Unterstützung nehme ich aus den Aussagen der Interviewpartnerinnen die Quintessenz, dass es auf jeden Fall wichtig ist, individuelle Lösungen zu treffen. Es wurde klar, dass das Spannungsfeld rund um die Privatsphäre und der Unterstützungsbedarf der Bewohnerinnen und Bewohner jedoch trotzdem stets bestehen bleibt. Es ist wichtig, dass man sich dessen bewusst wird, und nicht versucht, eine übergreifende Lösung für alle solchen Konflikte zu suchen. Es ist und bleibt ein Spannungsfeld, indem man sich als Professionelle der Sozialen Arbeit bewegt.

7.2. Indikator 2: Hintergründe

Dieser Indikator kann nicht in direkten Zusammenhang mit einer Hypothese gebracht werden, schien mir jedoch trotzdem von grosser Wichtigkeit im Umgang mit dem Kinderwunsch von Menschen mit einer Behinderung, weshalb diesem ein einzelner Block gewidmet wurde.

7.2.1. Bezug zur Theorie

Um den Kinderwunsch der Klientinnen und Klienten optimal begleiten zu können, ist es, wie in Kapitel 3.8. gemäss INSOS Schweiz (2017, 35) beschrieben, wichtig, die Motive dahinter zu klären. Dabei sollen zudem die Ideen, Gefühle und Vorstellungen einer Elternschaft erfragt werden. Von den Motiven, welche ich bei Ursula Pixa-Kettner und Stefanie Bargfrede (2015, 73) finden konnte, wurden vor allem der Wunsch nach Zuwendung und gebraucht zu werden genannt. Zudem kam auch das Motiv zum Vorschein, Kinder haben zu wollen als Zeichen von Normalität. Was zusätzlich genannt wurde, jedoch bei Pixa-Kettner und Bargfrede nicht auftaucht, ist der Aspekt der Niedlichkeit, welcher in den Interviews ebenfalls genannt wurde. Die Betroffenen fänden kleine Kinder niedlich und würden gerne Zeit mit ihnen verbringen.

Woran die Mitarbeitenden den Kinderwunsch ihrer Klientinnen und Klienten erkennen können, wurde in der Theorie als solches nicht behandelt. Zudem unterscheidet sich dies von Person zu Person, wie offen damit umgegangen wird und ob ein solcher Wunsch von sich aus geäussert wird oder nicht.

7.2.2. Diskussion und Fazit

Von den Interviewpartnerinnen wurde, soweit sie dies schon erlebt haben, ebenfalls erfragt, welche Motive sich hinter dem Kinderwunsch der Bewohnerinnen und Bewohner verbergen. Wie oben erwähnt, decken sich diese in etwa mit den Ausführungen im theoretischen Teil. Wichtig scheint mir in diesem Zusammenhang, dass man den Klientinnen und Klienten aufzeigt, dass ein Kind nicht nur süß ist oder es nicht nur schön ist, sich um jemanden kümmern zu können. An diesem Punkt kann man im Gespräch anknüpfen und den Betroffenen aufzeigen, dass dies auch eine grosse Herausforderung mit sich bringt. Somit kann aufgezeigt werden, dass das Elternsein sehr vielseitig und facettenreich ist und sowohl positive als auch negative Seiten mit sich bringt. Es geht dabei auf keinen Fall darum, dem Bewohner oder der Bewohnerin seinen oder ihren Wunsch auszuschlagen, sondern vielmehr darum aufzuzeigen, dass neben den Motiven und Zielen, welche mit zukünftigen Kindern abgedeckt werden könnten, auch weitere

Aufgaben hinzukommen, welcher sich die Betroffenen eventuell noch nicht bewusst sind.

Bezüglich der Merkmale, ob und wie der Kinderwunsch erkannt wird, scheint abermals der Punkt rund um die Kommunikationsfähigkeit der Bewohnerinnen und Bewohner wichtig zu sein. Die Interviewten sind sich einig, dass der Kinderwunsch bei vielen Klientinnen und Klienten zwar vorhanden sein kann, jedoch von ihnen nicht verbal geäußert werden kann. Dies erschwert natürlich das Erkennen und Ansprechen eines solchen Bedürfnisses. Auf der anderen Seite scheint es auch Bewohner, vor allem jedoch Bewohnerinnen, zu geben, welche mit der Thematik sehr offen umgehen und ihren Wunsch als solchen ziemlich direkt äussern. Jedoch nicht nur direkte Äusserungen, sondern auch Handlungen und Reaktionen können auf einen Kinderwunsch schliessen und so den Ausschlag geben, dieses Thema mit den Klientinnen und Klienten zu behandeln. Hierbei ist Feingefühl der Mitarbeitenden gefragt. Eine gute Beziehung und eine stabile Vertrauensbasis können dies zusätzlich unterstützen.

7.3. Indikator 3: Zusammenarbeit

- Die Zusammenarbeit mit den gesetzlichen Vertretern und Angehörigen der Klientinnen und Klienten rund um die Themen Sexualität, Partnerschaft und Kinderwunsch gestaltet sich schwierig und ist eine Herausforderung für die Mitarbeitenden.
- Die Vernetzung der Wohngruppen mit lokalen Fachstellen könnte ausgebaut werden.

7.3.1. Bezug zur Theorie

Da bei Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung die weiter oben erwähnte Handlungs- oder Urteilsfähigkeit eingeschränkt ist, werden viele von ihnen von einer gesetzlichen Vertretung begleitet. Diese spielen eine zentrale Rolle im Leben vieler Bewohnerinnen und Bewohner. Aus diesem Grund ist die Zusammenarbeit zwischen diversen Akteuren von grosser Importanz, um eine optimale Begleitung der Klientinnen und Klienten gewährleisten zu können. Auch die Interviewpartnerinnen gaben an, dass ihnen die Zusammenarbeit mit Angehörigen und gesetzlichen Vertretungen wichtig ist und dass es ihnen am Herzen liegt diese bei wichtigen Entscheidungen miteinzubeziehen.

Als Kernkompetenzen der Sozialen Arbeit beschreibt Wider Diana (2013, 10) in ihrem Artikel in SozialAktuell unter anderem die Ressourcenerschliessung und die Vernetzung. Indem mit anderen Akteuren eines Systems offen kommuniziert und zusammengearbeitet wird, erreicht man diese erwähnte Vernetzung. Es ist zu beachten, dass der Klient oder die Klientin in den meisten Fällen in ein mehr oder weniger grosses Helfersystem eingebaut ist. Diese Ressourcen gilt es zu nutzen und geschickt miteinzubeziehen. Zudem bringt jeder und jede von ihnen viele interpersonellen Fähigkeiten mit, welche entdeckt werden können.

Ein weiterer Punkt in dieser Vernetzung ist zudem die interdisziplinäre oder auch interinstitutionelle Zusammenarbeit. Indem man sich mit verschiedenen Institutionen zusammenschliesst, um konkrete Fragen zu beantworten, kann man von einem grossen Ressourcenpool profitieren und den Klienten oder die Klientin optimal begleiten.

7.3.2. Diskussion und Fazit

Die Interaktion mit Angehörigen und gesetzlichen Vertretungen scheint in der Begleitung der Klientinnen und Klienten gemäss Aussagen der Interviewpartnerinnen viel Raum einzunehmen und deshalb auch von grosser Wichtigkeit zu sein. Ich habe das Gefühl erhalten, dass eine gute Zusammenarbeit von den Mitarbeitenden erwünscht wird und dass viel Zeit und Mühe in diese Beziehungsgestaltung investiert wird. Dies schlussendlich mit dem Ziel, dem Bewohner oder der Bewohnerin eine optimale Begleitung zu bieten. Ich habe das Bild erhalten, dass sie auch gegenüber weniger offenen Personen keinen Aufwand scheuen, um diese mit ins Boot zu holen. Dieser

Prozess scheint viel Geduld und Feingefühl zu erfordern von den Professionellen der Sozialen Arbeit.

Was die Zusammenarbeit mit anderen Fachstellen angeht, wurde mir von den Interviewpartnerinnen erzählt, dass diese nur wenig Raum einnimmt. Dies sicherlich auch aus dem Grund, dass eine interne Fachstelle für solche Fragen zur Verfügung steht. Es scheint, dass eine Vernetzung mit lokalen Fachstellen zwar punktuell vorhanden ist, jedoch kein regelmässiger Austausch vorhanden ist. Höchstens Anita als Leiterin der internen Fachstelle steht im Kontakt mit anderen Stellen, um Fragen oder Unsicherheiten zu klären und vertiefteres Wissen einzuholen. Was die Mitarbeitenden auf den Wohngruppen angeht, welche nicht Teil der internen Fachstelle sind, scheint eine stärkere Vernetzung nicht gewünscht zu sein. Bei Fragen oder Problemen wenden sich diese an die interne Fachstelle, welche ihnen zur Verfügung steht. Dies hat zur Folge, dass externe Fachstellen nicht direkt angesprochen werden. Ich erlebe diese Zusammenarbeit, gemäss Aussagen aus den Interviews, als zufriedenstellend. Ein Ausbau der Vernetzung mit externen Fachstellen scheint möglich, jedoch von den Akteuren zum jetzigen Zeitpunkt nicht gewünscht.

8. Schlussfolgerungen

Im letzten Kapitel dieser Arbeit werde ich nun Stellung nehmen zur anfangs formulierten Forschungsfrage. Zudem werden die Grenzen dieser Frage aufgezeigt und ich formuliere weiterführende Fragestellungen, die sich mir gestellt haben beim Erarbeiten dieser Bachelorarbeit. Als weiteren Punkt werde ich die Konsequenzen der Ergebnisse für die Praxis der Sozialen Arbeit aufzeigen. Zum Schluss gehe ich auf meinen persönlichen Lernprozess ein und nehme dabei Bezug auf die formulierten Ziele in Kapitel 1.4. Dies wird abgerundet mit einem persönlichen Fazit.

8.1. Stellungnahme zur Forschungsfrage

Wie gehen Professionelle der Sozialen Arbeit auf Wohngruppen mit dem Kinderwunsch ihrer Klientinnen und Klienten um?

Mein Ziel war es, im Rahmen dieser Bachelorarbeit, herauszufinden, wie Professionelle der Sozialen Arbeit auf Wohngruppen mit dem Kinderwunsch ihrer Klientinnen und Klienten umgehen. Den Fokus habe ich dabei vor allem auf die Gespräche gelegt, welche mit den Bewohnerinnen und Bewohnern geführt werden. Ich wollte wissen, ob solche Gespräche stattfinden und wenn ja, was bei solchen Gesprächen beachtet wird. Der Einblick in die Geschichte von Menschen mit einer Behinderung in der Schweiz und die Auseinandersetzung mit den Begrifflichkeiten und den Ausführungen in der Literatur hat es mir erlaubt einen Überblick zur Thematik zu erhalten. Dies hat mir das nötige Rüstzeug verschafft, um den Leitfaden zu erstellen und die Sozialarbeitenden in der Praxis dazu zu befragen.

Was sich zum Umgang des Kinderwunsches auf Wohngruppen der Institution Aurora sagen lässt, ist, dass eine sehr offene Haltung gepflegt wird. Die Institution scheint Wert darauf zu legen, auf die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner einzugehen und wenn immer möglich individuelle Lösungen zu finden für deren Anliegen. Der Kinderwunsch wird zudem ebenfalls offen angesprochen und nicht, wie angenommen, ignoriert oder gar tabuisiert. Von der Institution wird eine Fülle an Material zur Verfügung gestellt, um solche Themen rund um den Kinderwunsch zu behandeln. Diese reichen von Texten über Bilder und Symbole bis hin zu Puppen, um jedem Klienten und jeder Klientin, angepasst an die kognitiven Fähigkeiten, gerecht zu werden.

Ich habe den Eindruck erhalten, dass die Bewohnerinnen und Bewohner in ihren Wünschen ernst genommen werden und ihre Bedürfnisse respektiert werden. Es wird mit ihnen gemeinsam analysiert, was sich alles ändern würde mit einem Kind und ob sich die Person oder das Paar diesen Herausforderungen gewachsen fühlt. Es wird somit nicht über den Kopf der Betroffenen hinweg entschieden. Sie sind ein wichtiger Teil dieses Entscheidungsprozesses und ihnen wird eine gewisse Verantwortung übertragen.

Ein wesentlicher Aspekt in diesem Zusammenhang stellt meines Erachtens die Tatsache dar, dass die Institution über eine interne Fachstelle für sexuelle Gesundheit verfügt. Dies zeigt mir, dass die Verantwortlichen gewillt sind, dass solche Themen angesprochen werden und nicht länger verschwiegen werden. Damit orientiert sich die Institution auch am Wandel der Zeit und reagiert auf die Veränderungen, welche stattgefunden haben und immer noch stattfinden.

8.2. Grenzen der gewählten Forschungsfrage und weiterführende Fragestellungen

Eine mögliche Grenze, welche ich in der gewählten Forschungsfrage sehe, ist, dass sie sehr allgemein gehalten wurde und nicht auf spezifische Aspekte im Umgang mit dem Kinderwunsch von Menschen mit einer geistigen Behinderung fokussiert war. Man hätte dies eventuell stärker eingrenzen können, indem man beispielsweise die Gesprächsführung als mögliche Vertiefung in die Fragestellung aufgenommen hätte.

Ein weiterer Punkt, in dem die Untersuchung an ihre Grenzen stösst, ist die Tatsache, dass die Interviews alle in derselben Institution durchgeführt wurden. Dies ermöglichte mir jedoch diverse Stimmen zu hören aus einer Institution und ich musste mich nicht auf jeweils eine Aussage pro Institution verlassen, welche stellvertretenden für viele andere stünde. In einer weiterführenden Untersuchung fände ich es trotzdem sehr spannend, einen institutionsübergreifenden Abgleich durchzuführen und so einen schweizweiten Vergleich zu erhalten.

Der vorgegebene Umfang der Fachhochschule für diese Bachelorarbeit ist gleichzeitig auch eine Grenze für diese. Die notwendige Eingrenzung hat zur Folge, dass nur ein Bruchteil eines grossen Überthemas aufgegriffen werden kann. Da es sich um einen grossen Bereich der Sozialen Arbeit handelt, bleiben jedoch trotzdem einige Fragen ungeklärt. Weiterführende Fragestellungen, die sich meines Erachtens in diesem Zusammenhang ergeben, sind unter anderem die Folgenden:

-Welche Möglichkeiten sollten geboten werden, damit Eltern mit einer geistigen Behinderung in ihrer Rolle unterstützt werden?

-Wie können Dachverbände und soziale Institutionen tätig werden, um die Stigmata rund um die Elternschaft von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung zu lösen? Welche Rolle spielt dabei die Soziale Arbeit?

-Wie wird der Kinderwunsch in anderen Institutionen mit ähnlicher Zielgruppe und vergleichbarem Auftrag begleitet? Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede lassen sich erkennen und wie können diese allenfalls kantonal oder gesamtschweizerisch ausgeglichen werden?

8.3. Konsequenzen der Ergebnisse für die Praxis der Sozialen Arbeit

Der geschichtliche Abriss und die Ergebnisse aus den Interviews haben gezeigt, dass schon einiges erreicht wurde, um Menschen mit einer Behinderung mehr Rechte einzugestehen. Jedoch sind wir immer noch mittendrin in diesen Veränderungen und es ist wünschenswert, dass sich auch im Bereich der Familienplanung noch eine Öffnung zeigt, vor allem beim Bild der Gesellschaft. Für die Soziale Arbeit heisst dies konkret, dass noch Sensibilisierungsarbeit ansteht, um beispielsweise vorherrschende Mythen und Vorurteile aufzuklären und zu beseitigen. Joachim Walter (2001, 38) fordert die Anerkennung des Rechts auf eigene Kinder schon in einem etwas älteren Text anfangs des 21. Jahrhunderts ziemlich klar ein: «Wer Sexualität als Grundrecht für geistig behinderte Menschen deklariert, kann dessen selbstverständliche Umsetzung bzw. Anwendung mit der naturgegebenen Folge der Kinderzeugung nicht verhindern. Das Recht auf das eigene Kind ist ebenfalls ein selbstverständliches Menschenrecht.» In seinem Text zu den Menschenrechten plädiert er darauf, dass Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung grundsätzlich genau dieselben Rechte haben wie wir alle anderen auch.

Wie auch schon INSOS Schweiz dies bemerkt, finde auch ich persönlich es jedoch sehr wichtig, dass immer auch das Kindeswohl berücksichtigt wird. Dies gibt jedoch noch lange keinen Anlass dazu, Elternschaften von Menschen mit einer Behinderung als ein grundsätzliches Risiko anzusehen und deshalb deren Kinderwunsch nicht ernst zu nehmen. Vielmehr sehe ich die Herausforderung, unter anderem für die Soziale Arbeit, darin, die Eltern zu unterstützen in diesem Prozess und mit ihnen gemeinsam ein zufriedenstellendes Netzwerk auszuarbeiten, welches die potenziellen Eltern und das zukünftige Kind unterstützen. Somit erhalten auch Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung eine Chance, ihren Kinderwunsch auszuleben, und zu zeigen, dass sie der Aufgabe, mit etwas Unterstützung, sehr wohl gewachsen sind. In diesem Zusammenhang möchte ich abschliessend nochmals auf die rechtlichen Ausführungen dieser Arbeit verweisen. Die Schweiz als Vertragsstaat der Behindertenrechtskonvention

verpflichtet sich gemäss zweitem Abschnitt in Artikel 23 dazu, Menschen mit einer Beeinträchtigung «in angemessener Weise zu unterstützen, was die Wahrnehmung elterlicher Verantwortung angeht». Ich sehe darin einen Teil der Aufgabe der Sozialen Arbeit, solche Unterstützung zu bieten und Menschen mit einer Behinderung in ihrem Kinderwunsch und der späteren Elternschaft zu begleiten.

8.4. Persönlicher Lernprozess und Fazit

Während des gesamten Prozesses, seit Eingabe des Themas bei den Modulverantwortlichen bis zum Fertigstellen dieser Arbeit, konnte ich auf diversen Ebenen unglaublich viel dazulernen. Es war eine enorm bereichernde Erfahrung, sowohl im schulischen als auch im privaten Kontext. Auch was die Planung angeht und die Koordination mit der Praxisausbildung und persönlichen Aktivitäten stellte sich mir beim Verfassen der Arbeit eine grosse Herausforderung, welche ich rückblickend gesehen gut gemeistert habe. Ich war sehr froh, dass ich grosszügig geplant hatte und für die einzelnen Schritte viel Zeit vorgesehen war. Somit konnte ich die lange Wartezeit bei der Abklärung für die Interviews ausgleichen und kam trotzdem nicht unter Zeitdruck gegen Ende des Semesters.

Als schwierig empfand ich zudem vor allem das Eingrenzen zu Beginn des Prozesses. Ich merkte, wie ein Feuer in mir entfachte und mich zum Brennen brachte für die ausgewählte Thematik. Ich war sehr vielseitig interessiert und wollte den Kinderwunsch von Menschen mit einer Behinderung aus verschiedenen Perspektiven beleuchten. Bald einmal merkte ich jedoch, dass dies den Rahmen der Bachelorarbeit sprengen würde und dass somit eine Eingrenzung unumgänglich ist. Ich tat mich dabei zunächst etwas schwer, einen roten Faden zu erkennen und beizubehalten. Sowohl die Besprechung des Projektes als auch das Kleingruppenseminar hat mir dabei sehr wertvolle Inputs gegeben. Ich habe den Austausch mit anderen Studierenden und Dozierenden als positiv und hilfreich empfunden.

Wie vorhin kurz erwähnt, konnte ich den Zeitplan trotz der Verzögerung bei den Interviews im Grossen und Ganzen gut einhalten. Die Zeit des Wartens hat jedoch sehr viel Geduld von mir abverlangt und ich konnte daran persönlich wachsen. Ich übte mich im geduldig sein, jedoch nicht aufzugeben und für meine Anliegen einzustehen. Zu sehen wie meine Mitstudierenden stetige Fortschritte machten und selbst nicht weiterarbeiten zu können, setzte mich etwas unter Druck. Umso erleichterter war ich, als ich mein Vorhaben doch noch wie geplant durchführen konnte.

Was die Interviews angeht, konnte ich bei mir persönlich eine positive Entwicklung feststellen. Ich habe bemerkt, dass meine Nervosität im Vorfeld vom einen zum nächsten Interview immer schwächer wurde. Ich machte mir zunächst sehr viele Gedanken, ob alles funktionieren würde. Auf das letzte Interview schlussendlich habe ich mich regelrecht gefreut und ich war gespannt auf die Antworten. Somit konnte ich das Ziel, Leitfadeninterviews kennenzulernen und durchzuführen, zufriedenstellend erreichen. Ich konnte mich mit der Methode vertraut machen und wertvolle Erfahrungen für zukünftige Interviews sammeln.

Was das Ziel angeht, durch den theoretischen Teil zu neuem Wissen zu gelangen, kann ich ebenfalls vermerken, dies erreicht zu haben. Ich konnte mir einen Überblick verschaffen über die Geschichte von Menschen mit einer Behinderung in der Schweiz, was deren Fortpflanzung betrifft. Durch meine Recherche bin ich auf eine Flut von interessanter Literatur gestossen. Wie vorhin schon kurz erwähnt, hatte ich dabei manchmal Mühe den Roten Faden beizubehalten und mich nicht in diesen Mengen an Artikeln, Büchern oder Ähnlichem zu verlieren. Es war zudem spannend die neue Literatur zu verbinden mit bereits erworbenem Wissen aus anderen Modulen. Abschliessend blicke ich auf eine lehrreiche und spannende jedoch auch intensive Zeit zurück, in der ich viele Erfahrungen sammeln konnte, sowohl für meinen weiteren akademischen Weg als auch für die berufspraktische Zukunft.

9. Literaturverzeichnis

- AvenirSocial. Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. *Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen*. AvenirSocial: Bern. 2010.
- Baab, Annabell. «Sexuelle Selbstbestimmung in der Behindertenhilfe. Wo die Probleme liegen und was Mitarbeiter_innen und Einrichtungen tun können» In: *Sozial Extra*. Jg. 42, Nr. 6, 2018. S. 6 – 10
- Bosch, Erik. *Sexualität und Beziehungen bei Menschen mit einer geistigen Behinderung*. Tübingen: dgvt-Verl., 2004.
- Bundesgesetz über die Beseitigung von Benachteiligungen von Menschen mit Behinderungen. 13.12.2002, SR 151.3 (Behindertengleichstellungsgesetz, BehiG)
- Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft. 18.04.1999, SR 101 (BV)
- Bretländer, Bettina. «Menschen mit Behinderung oder behinderte Menschen?» In: Bretländer, Bettina. Köttig, Michaela. Kunz, Thomas (Hrsg.) *Vielfalt und Differenz in der Sozialen Arbeit. Perspektiven auf Inklusion*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag. 2015. S. 87 - 99
- Cloerkes, Günther. *Soziologie der Behinderten. Eine Einführung*. 3. Aufl. Heidelberg: Universitätsverlag Winter GmbH – Edition S, 2007.
- Denk, Gabriele. «Familie und Behinderung. Es ist normal, verschieden zu sein» In: *Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie*. Jg. 14, Nr. 1, 2015. S. 41 - 51
- Eidgenössisches Departement des Innern. «Übereinkommen der UNO über die Rechte von Menschen mit Behinderungen». In: *Schweizerische Eidgenossenschaft*. S.l.: s.d. [online]. URL: <https://www.edi.admin.ch/edi/de/home/fachstellen/ebgb/recht/international0/uebereinkommen-der-uno-ueber-die-rechte-von-menschen-mit-behinde.html> (11.08.2019)
- Flick, Uwe. *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. 8. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag: 2017
- Flick, Uwe. *Sozialforschung. Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für die BA-Studiengänge*. 4. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag: 2019
- Gesetz über die Eingliederung behinderter Menschen. 31.01.1991, SR 850.6
- Güntner, Joachim. «Sex auf Rezept» In: *NZZ* [online]. 27.01.2017. URL: <https://www.nzz.ch/feuilleton/debatte-um-sozialstaatliche-fuersorge-sex-auf-rezept-ld.142091>
- Inclusion Handicap. *Schattenbericht. Bericht der Zivilgesellschaft anlässlich des ersten Staatenberichtsverfahrens vor dem UN-Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen*. Bern. 2016
- Insieme Schweiz. «Geistige Behinderung. Definitionen». In: *insieme* [online]. Bern: s.d. URL: <https://insieme.ch/geistige-behinderung/definitionen/> (11.08.2019)
- Insieme Schweiz. «ICF-Klassifikation». In: *insieme* [online]. Bern: s.d. URL: <https://insieme.ch/geistige-behinderung/icf-klassifikation/> (18.10.2019)
- INSOS Schweiz und SEXUELLE GESUNDHEIT SCHWEIZ. *Sexualität, Intimität und Partnerschaft*. S.l.: 2017
- Jeltsch-Schudel, Barbara. «Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung in der deutschsprachigen Schweiz» In: *VHN. Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete*. Jg. 72, Nr. 3, 2003. S. 266 – 272
- Kastl, Jörg Michael. *Einführung in die Soziologie der Behinderung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften: 2010
- Kulig, Wolfram. Theunissen, Georg. Wüllenweber, Ernst. «Geistige Behinderung». In: Theunissen, Georg. Wüllenweber, Ernst. Mühl, Heinz (Hrsg). *Pädagogik bei geistigen Behinderungen. Ein Lehrbuch für Studium und Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag. 2006. S. 116 – 128
- Orthmann Bless, Dagmar. «Epidemiologie und Risiken der Gestation bei Frauen mit geistiger Behinderung». In: *Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung*. 9(2). 2012. S. 75-84.

- Orthmann Bless, Dagmar. Kinder kriegen – eine Lebensoption für mich? Ein „Schnupperpraktikum als Eltern“ hilft, Zukunftsvorstellungen realistischer zu sehen. Universität Freiburg: 2013
- Orthmann Bless, Dagmar. «Wie häufig sind Schwangerschaften und Geburten bei Frauen mit geistiger Behinderung in der Schweiz?» In: *insieme* [online]. 2013. URL: http://insieme.ch/wp-content/uploads/2010/02/1_Zur-H%C3%A4ufigkeit-von-Elternschaft-bei-ID-in-der-Schweiz.-Orthmann-Bless-2013.pdf (18.03.2019)
- Orthmann Bless, Dagmar. «Zur Häufigkeit von Schwangerschaften und Geburten bei Frauen mit geistiger Behinderung.» In: VHN Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete. 82. Jg. (1). 2013. S. 22-34.
- Orthmann Bless, Dagmar. Chevalley, Ana. Hellfritz, Karina-Linnéa. «Zur Entwicklung von Kindern intellektuell beeinträchtigter Eltern – Internationaler Forschungsstand.» In: Zeitschrift für Heilpädagogik, 66(8). 2015. S.364-371.
- Pforr Ursula, Schaab Ulrike. «Muss das auch noch sein? Sexualität, Kinderwunsch und Elternschaft bei Menschen mit einer geistigen Behinderung». In: Eggert-Schmid Noerr Annelinde, Heilmann Joachim, Weissert Ilse. *Unheimlich und verlockend. Zum pädagogischen Umgang mit Sexualität von Kindern und Jugendlichen*. Psychosozial-Verlag, 2017. S. 165 – 179
- Pixa-Kettner, Ursula. Bargfrede, Stefanie. «Kinderwunsch von Menschen mit geistiger Behinderung». In: Pixa-Kettner, Ursula (Hrsg.). *Tabu oder Normalität? Eltern mit geistiger Behinderung und ihre Kinder*. 3. Auflage. Heidelberg: Universitätsverlag Winter GmbH. 2015. S. 73 – 85
- Pixa-Kettner, Ursula. Bargfrede, Stefanie. Blanken, Ingrid. *Dann waren sie sauer auf mich, dass ich das Kind haben wollte...: Eine Untersuchung zur Lebenssituation geistigbehinderter Menschen mit Kindern in der BRD*. Baden-Baden: Nomos Verlag. 1996
- Prangenberg, Magnus. «Zur Geschichte der internationalen Fachdiskussion über Elternschaft von Menschen mit einer geistigen Behinderung» In: Pixa-Kettner, Ursula (Hrsg.). *Tabu oder Normalität? Eltern mit geistiger Behinderung und ihre Kinder*. 3. Auflage. Heidelberg: Universitätsverlag Winter GmbH. 2015. S. 25 - 45
- Schweizerisches Zivilgesetzbuch. 10.12.1907, SR. 210
- Sexuelle Gesundheit Schweiz. *Sexualität: Dieses Recht steht auch Menschen mit Behinderung zu*. [online]. S.l.: s.d. URL: <https://www.sante-sexuelle.ch/was-wir-tun/zugang-fur-alle/menschen-mit-behinderung/> (18.10.2019)
- Staudenmaier, Miriam. «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 (Hrsg.). *Tabu oder Normalität? Eltern mit geistiger Behinderung und ihre Kinder*. 3. Auflage. Heidelberg: Universitätsverlag Winter GmbH. 2015. S. 305 - 318
- Stöppler, Reinhilde. *Einführung in die Pädagogik bei geistiger Behinderung*. 2. Aktualisierte Auflage München: Ernst Reinhardt GmbH & Co KG, 2017
- Stiftung Schweizer Zentrum für Heil- und Sonderpädagogik. *Was wird unter Behinderung verstanden?* [online]. Bern: 2019 URL: <https://www.szh.ch/themen/schule-und-integration/schulische-integration/antwort-18> (26.04.2019)
- Tran, Lise. «Ungewöhnliche Geburt eines Vaters». In: *insieme*. September 2017. S. 10 – 15
- Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. 15. 05.2014, SR 0.109 (UNO-BRK)
- Walter, Joachim. «Selbstbestimmte Sexualität als Menschenrecht - eine Selbstverständlichkeit auch für Menschen mit Beeinträchtigungen.» In: *Sexualität und Behinderung. Forum - Sexualaufklärung und Familienplanung. Eine Schriftenreihe der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Abteilung Sexualaufklärung, Verhütung und Familienplanung*. Köln: Moeker und Merkur GmbH & Co. KG. 2001. Heft 2/3, S. 34-39.

- Weiss, Claudia. «Wenn Menschen mit einer geistigen Behinderung Eltern werden. Praktische Alltagsfähigkeiten zählen am Ende mehr als der IQ» In: Curaviva. 5/18. S 21 – 23
- Weltgesundheitsorganisation. Regionalbund für Europa. *Definition des Begriffs „geistige Behinderung“*. [online]. Kopenhagen: 2019 URL: <http://www.euro.who.int/de/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2010/15/childrens-right-to-family-life/definition-intellectual-disability> (11.08.2019)
- Wenzel, Tobias-Raphael. Morfeld, Matthias. «Das biopsychosoziale Modell und die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Beispiele für die Nutzung des Modells, der Teile und der Items.» In: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*. Heidelberg: Springer Verlag. 28. 07. 2016. S. 1125 - 1132
- Wicki, Werner. «Entwicklung in der Adoleszenz» In: *Entwicklungspsychologie*. 2. Aufl. München: Ernst Reinhardt GmbH & Co KG Verlag. 2015. S.106 - 131
- Wider, Diana. «Soziale Arbeit und Interdisziplinarität.» In: *SozialAktuell*. Bern: Avenir Social. Nr. 4, April 2013. S. 10-13
- Weltgesundheitsorganisation Regionalbüro für Europa. *Definition sexuelle und reproduktive Gesundheit*. [online]. Kopenhagen: 2019. URL: <http://www.euro.who.int/de/health-topics/Life-stages/sexual-and-reproductive-health/news/news/2011/06/sexual-health-throughout-life/definition> (18.10.2019)
- WHO-Regionalbüro für Europa und BZgA. *Standards für die Sexualaufklärung in Europa. Rahmenkonzept für politische Entscheidungsträger, Bildungseinrichtungen, Gesundheitsbehörden, Expertinnen und Experten*. Köln. 2011
- Wohlgensinger, Corinne. *Unerhörter Kinderwunsch: die Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung: eine Betrachtung aus sonderpädagogisch-ethischer Perspektive*. Luzern: Edition SZH/CSPS. 2007

10. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Geschichte der Elternschaft von Menschen mit einer Behinderung	5
Prangenberg, Magnus. «Zur Geschichte der internationalen Fachdiskussion über Elternschaft von Menschen mit einer geistigen Behinderung» In: Pixa-Kettner, Ursula (Hrsg.). <i>Tabu oder Normalität? Eltern mit geistiger Behinderung und ihre Kinder</i> . 3. Auflage. Heidelberg: Universitätsverlag Winter GmbH. 2015. S. 27	
Abbildung 2: Möglichkeiten und Realisierungen von Partnerschaften, Familien und Partnerschaftsformen	6
Jeltsch-Schudel, Barbara. «Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung in der deutschsprachigen Schweiz» In: Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete (VHN). Jahrgang 72, Nr. 3. 2003. S. 268	
Abbildung 3: Anzahl und Ausgang der Schwangerschaften bei Frauen mit ID	8
Orthmann Bless, Dagmar. <i>Wie häufig sind Schwangerschaften und Geburten bei Frauen mit geistiger Behinderung in der Schweiz?</i> Heilpädagogisches Institut der Universität Freiburg (CH). 2013	
Abbildung 4: Merkmale der schwangeren Frauen mit ID.....	8
Orthmann Bless, Dagmar. <i>Wie häufig sind Schwangerschaften und Geburten bei Frauen mit geistiger Behinderung in der Schweiz?</i> Heilpädagogisches Institut der Universität Freiburg (CH). 2013	
Abbildung 5: Bio-psycho-soziales Modell.....	13
Wenzel, Tobias-Raphael. Morfeld, Matthias. «Das biopsychosoziale Modell und die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Beispiele für die Nutzung des Modells, der Teile und der Items.» In: <i>Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz</i> . Heidelberg: Springer Verlag. 28. 07. 2016. S. 1125	

11. Anhang

11.1. Einwilligungserklärung

Thema der Bachelorarbeit

Im Rahmen meines Bachelorstudiums in Sozialer Arbeit an der HES-SO in Siders bin ich dabei meine Bachelorarbeit zum Thema „Kinderwunsch von Menschen mit einer kognitiven Beeinträchtigung“ zu verfassen. Neben einem theoretischen Teil enthält die Arbeit zudem einen empirischen Teil, den ich anhand von Interviews mit Professionellen der Sozialen Arbeit erarbeiten möchte. In diesem Teil werde ich der Frage nachgehen, wie Mitarbeitende auf Wohngruppen mit dem Kinderwunsch ihrer Bewohnerinnen und Bewohner umgehen. Zudem interessiert mich die Zusammenarbeit mit anderen Fachstellen und den Familien und Angehörigen der Bewohnerinnen und Bewohner.

Informierte Einwilligung

Was geschieht mit Ihren Angaben? – Hinweise zum Datenschutz

Die Hochschule für Soziale Arbeit der HES-SO Wallis arbeitet nach den Vorschriften des Datenschutzgesetzes des Bundes und stützt sich auf den Berufskodex der Sozialen Arbeit. Im Rahmen der Bachelorarbeit führe ich, Melanie Furrer, ein Interview mit Sozialarbeitenden auf Oberwalliser Wohngruppen durch. Angaben zu beruflichem Lebenslauf, Einstellungen und Erfahrungen im Beruf werden erhoben und als Audiodatei aufgezeichnet. Nach Aufzeichnung des Gesprächs wird dieses transkribiert und das Transkript für die Bachelorarbeit verwendet. Die persönlichen Angaben werden anonymisiert, d.h. es werden sämtliche Namen und sonstige Hinweise, die Rückschlüsse auf Sie als Person ermöglichen würden, entfernt. Die aufgezeichneten Aufnahmen werden geschützt aufbewahrt. Teile Ihrer Aussagen werden eventuell zitiert, jedoch immer in anonymisierter Form, d.h. ohne Angaben Ihres Namens Wohn- oder Arbeitsortes. Ihre Teilnahme am Interview und Ihre Zustimmung zur Verwendung der Daten wie oben beschrieben sind freiwillig. Sie haben jederzeit die Möglichkeit zu widerrufen. Daraus entstehen Ihnen keine Nachteile. Nach Beendigung der Bachelorarbeit werden die Audiodatei und das Transkript gelöscht.

Einverständniserklärung

- ☐ Zum oben bezeichneten Studienprojekt habe ich das Informationsblatt erhalten und dieses gelesen und verstanden.
- ☐ Ich hatte vor dem Interview die Gelegenheit, Fragen zu stellen.
- ☐ Mir ist bewusst, dass meine Teilnahme am Interview freiwillig ist und ich meine Einwilligung jederzeit widerrufen kann.
- ☐ Eine Kopie der Information, sowie dieser Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt an der Hochschule für Soziale Arbeit.
- ☐ Ich erkläre meine Einwilligung damit, dass meine Daten, wie in der Informationsschrift beschrieben, verwendet werden.

Interviewte Person

(Vor- und Nachname)

(Ort, Datum, Unterschrift)

Interviewerin

(Vor- und Nachname)

(Ort, Datum, Unterschrift)

11.2. Leitfaden

Gesprächsbeginn

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen und sich dazu bereit erklärt haben, dieses Interview durchzuführen.

- Studierende stellt sich vor und den Kontext der Befragung.

- Angaben zur interviewten Person

Funktion – Institution: _____

Ausbildung, Titel: _____

Wichtige Weiterbildungen: _____

Auftrag der Institution: _____

Klientel: _____

- Umgang, Nutzung der Daten

Interviewfragen

Einleitende Fragen - Zusammenleben auf der Wohngruppe

- Wie hat sich, Ihrer Meinung nach, das Bild von behinderten Menschen in der Schweiz in den letzten Jahren gewandelt?
- Wie viele Bewohnerinnen und Bewohner leben aktuell in der Wohngruppe, in der Sie tätig sind? Wie gestaltet sich das Zusammenleben untereinander? (Regelungen, Abläufe, Ämtchen etc.)

Partnerschaften

- Werden Bewohnerinnen und Bewohner auf der Wohngruppe bei ihrer Partnersuche unterstützt falls sie dies wünschen?
- Wie werden Partnerschaften auf ihrer Wohngruppe gelebt? (Kontakt, Freundschaft, Liebe, GV)

Aufklärung

- Werden die Klientinnen und Klienten auf Ihrer Wohngruppe informiert und aufgeklärt über die Themen Partnerschaft, Sexualität und Elternschaft? Wenn ja, wie und durch wen?
- Wie vermitteln Sie den Klientinnen und Klienten Wissen über Verhütung und Schwangerschaft?
- Gibt es dazu Vorlagen oder Materialien seitens der Institution?

Sexualität

- Wie gelingt es Ihnen das richtige Mass zu finden zwischen dem nötigen Unterstützungsbedarf und dem Eingriff in die Privatsphäre der Betroffenen bei der Begleitung der Bewohnerinnen und Bewohner bezüglich Partnerschaft und Sexualität?
- Gibt es bestimmte Regelungen oder Abmachungen, wie die Sexualität der Klientinnen und Klienten auf der Wohngruppe gelebt werden darf oder grundsätzlich zu deren Partnerschaft? Wenn ja welche?

Kinderwunsch und Familienplanung

- Wird für Gespräche Raum geschaffen, um mit den Klientinnen und Klienten über ihre Wünsche und Bedürfnisse zu sprechen?
- Sprechen Sie in diesem Zusammenhang mit den Bewohnerinnen und Bewohnern auch über Themen wie Partnerschaft, Sexualität und Familienplanung?
- Wie drückt sich der Kinderwunsch aus? Woran erkennen Sie diesen? Welche Motive verbergen sich hinter dem Wunsch Kinder zu haben?
- Gibt es Abmachungen oder Regelungen (bspw. im Leitbild) wie mit dem Kinderwunsch umgegangen werden sollte? Oder evtl. Vorgaben zur Gesprächsführung? Wie gehen Sie persönlich damit um?
- Arbeiten Sie mit anderen Fachstellen zusammen, wenn es um die Partnerschaft, Sexualität oder Familienplanung der Bewohnerinnen und Bewohner geht? Welche? Wie sieht diese Zusammenarbeit aus?
- Wie sieht die Zusammenarbeit mit den Familien und Angehörigen aus?
- Wurden seitens der Institution Prozesse definiert, welche im Zusammenhang mit dieser Zusammenarbeit einzuhalten sind?
- Wenn sich eine Einzelperson oder ein Paar ein Kind wünschen würde, wäre es möglich, dass die Familie weiterhin bei Ihnen wohnt?

Gesprächsabschluss

- Haben Sie noch Fragen oder allgemeine Bemerkungen zum Interview?

Vielen Dank für das Interview. Ihre kompetenten Antworten stellen einen wichtigen Teil meiner Bachelorarbeit dar und bringen mich sowohl in meinem Studium wie auch für meine berufliche Zukunft weiter.