

Herausgeber: Deutscher Juristinnenbund e. V.

Präsidium: Ramona Pidal, Präsidentin des Landgerichts, Cottbus (Präsidentin); Oriana Corzilius, Rechtsassessorin, Rechtsabteilung Deutsche Bundesbank, Frankfurt am Main; Dr. Afra Waterkamp, Präsidentin des Finanzgerichts des Landes Sachsen-Anhalt, Dessau-Roßlau (Vizepräsidentinnen); Petra Lorenz, Regierungsdirektorin i.R., Baden-Baden (Schatzmeisterin); **Schriftleitung:** Anke Gimbal, Rechtsassessorin, Geschäftsführerin Deutscher Juristinnenbund, Berlin.

DOI: 10.5771/1866-377X-2017-1-1

Reproduktive Rechte und Geschlechtergerechtigkeit – Zeit für eine Diskussion!

Arbeitsstab „Reproduktive Rechte“ des Deutschen Juristinnenbundes e.V. (djb)

Der Arbeitsstab „Reproduktive Rechte“ hat im Jahr 2015 seine Arbeit aufgenommen. In diesem Heft legen wir eine Zwischenbilanz unserer Überlegungen vor. Der vorliegende Text ist als Diskussionsgrundlage über reproduktive Rechte und ihre Bedeutung für Frauen- und Gleichstellungspolitik zu verstehen. Wir laden alle Interessierten ein, diese Diskussion mit uns zu führen – eine Gelegenheit wird die Tagung im Rahmen des djb-Bundeskongresses am 22. September 2017 in Stuttgart sein.

Reproduktive Rechte sind zentraler Bestandteil von Gleichstellungspolitiken. Gesellschaften, in denen insbesondere Frauen nicht über ihren Körper und ihre Familienplanung entscheiden können, werden keine Geschlechtergerechtigkeit erreichen. Die Lasten der Familiengründung sind immer noch sehr ungleich zwischen den Geschlechtern verteilt, und die Entscheidung, eine Familie zu gründen, hat immer noch weitaus größeren Einfluss auf den weiteren Lebens- und Erwerbsverlauf der Mütter als der Väter. Zugleich müssen sich Frauen überproportional für die Entscheidung, keine Familie zu gründen, rechtfertigen und die sozialen wie finanziellen Lasten auch dieser Entscheidung tragen. Dabei ist die Frage der rechtlichen (und gesellschaftlichen) Anerkennung von Familiengründungen und Familienformen auch essentiell für Struktur und Zusammenhalt der Gesellschaft – nicht zufällig sind traditionelle Rollenbilder und Familienmodelle unter Ausschluss alternativer Familienformen ein zentrales Politikfeld rechtspopulistischer Gruppierungen und Parteien. Reproduktive Rechte und Gesundheit sind Menschenrechte, insbesondere für Frauen, und die Grundlage emanzipatorischer familiärer und sozialer Politiken.

Der Begriff der reproduktiven Rechte ist geeignet, verschiedene Diskussionen zu bündeln, die in den Politikfeldern der persönlichen Autonomie und Gleichheit, sexuellen Selbstbestimmung, Schwangerschaft, Geburt und Familiengründung geführt werden. Im internationalen rechtswissenschaftlichen Sprachgebrauch seit Längerem etabliert, fehlt eine entsprechende Konzeptionierung in der deutschsprachigen Diskussion bislang weitgehend. Es ist immer wieder zu beobachten, dass die Perspektive der reproduktiven Rechte in den isoliert geführten Fachdebatten über Abstammungsrecht, Betreuungsrecht, Reproduktionsmedizin oder Mutterschutz nicht berücksichtigt wird. Damit werden wichtige menschenrechtliche Positionen in ihrem emanzipatorischen Gehalt nicht angemessen wahrgenommen und in rechtspolitische Überlegungen einbezogen. Eines der Anliegen des djb-Arbeitsstabs „Reproduktive Rechte“ besteht deshalb darin, die Perspektive der reproduktiven Rechte und die Anstöße aus der internationalen Debatte über reproduktive Rechte in die hiesige rechtspolitische Diskussion zu tragen.

I. Völker- und europarechtliche Grundlagen

In Menschenrechtsdokumenten und in der Sprachpraxis internationaler Institutionen sind „sexual and reproductive rights“ bzw. „reproductive health“ seit vielen Jahren als Menschenrechte anerkannt.

Artikel 16 Absatz 1 lit. e der UN-Frauenrechtskonvention (CEDAW) und Artikel 23 Absatz 1 lit. b der UN-Behindertenrechtskonvention garantieren Frauen und Menschen mit Behinderungen gleiches Recht auf freie und verantwortungsbewusste Entscheidung

* Die Mitglieder des Arbeitsstabs sind Prof. Dr. Maria Wersig (Vorsitzende), Dr. Ulrike Lembke, Prof. Dr. Friederike Wapler.

über Anzahl und Altersunterschied ihrer Kinder sowie auf Zugang zu den für die Ausübung dieses Rechts erforderlichen Informationen und Mitteln. Das Recht auf Privatleben nach Artikel 8 Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK) umfasst auch die Entscheidung, Eltern zu werden oder nicht Eltern zu werden.¹ Artikel 39 der Istanbul-Konvention gebietet, Abtreibungen oder Sterilisationen an Frauen ohne deren Zustimmung unter Strafe zu stellen. Aus diesen Regelungen sowie aus Artikel 3, 6, 7, 26 des Zivilpakts und Artikel 12 des Sozialpakts folgern die zuständigen internationalen Ausschüsse und Gerichte zentrale Rechte wie den vollen und diskriminierungsfreien Zugang zu allen Methoden der Familienplanung, eine Auswahl bezahlbarer Verhütungsmittel, altersgerechte und geschlechtersensible Sexualerziehung, Zugang zu sicheren und legalen Schwangerschaftsabbrüchen² sowie deren Nachsorge, sichere Schwangerschaft und Entbindung, Zugang zu Gesundheitsdiensten und einen Ausbau der Angebote zu reproduktiver Gesundheit.³ In der Europäischen Union liegt die Verantwortung für reproduktive Gesundheit und Sexualerziehung bei den Mitgliedstaaten, doch das Europäische Parlament hat dessen ungeachtet betont „*that women must have control over their sexual and reproductive health and rights, not least by having ready access to contraception and abortion*“.⁴ Genau diese Rechte werden aber zunehmend aggressiv in Frage gestellt. Neben restriktiven nationalen Regelungen sind vor allem Aktivitäten fundamentalistisch-religiös motivierter Personen und Organisationen zu beobachten, Schwangerschaftsabbrüche faktisch zu unmöglich machen. Internationale Institutionen müssen sich zunehmend mit Fällen befassen, in denen ein legaler Schwangerschaftsabbruch durch massive Einwirkung Dritter verhindert wurde, obwohl durch die Geburt eine schwere Gesundheitsschädigung erfolgte, Lebensgefahr drohte oder die Schwangerschaft aus der Vergewaltigung einer Neunjährigen, einer Vierzehnjährigen oder eines Mädchens mit geistiger Behinderung resultierte.⁵ Internationale Erfahrungen belegen, dass die Illegalisierung oder Verunmöglichung von Schwangerschaftsabbrüchen nicht deren Zahl sinken lässt, sondern nur die medizinische Qualität der Eingriffe wesentlich verschlechtert.⁶ Dies gefährdet Leben und Gesundheit von Frauen. Teils müssen die Abbrüche dann unter Bedingungen stattfinden, welche gegen das menschenrechtliche Folterverbot verstossen.⁷ Zudem stellen restriktive Gesetze oder Praktiken in Bezug auf Verhütungsmittel oder Schwangerschaftsabbrüche eine Diskriminierung auf Grund des Geschlechts dar, die jedenfalls rechtfertigungsbedürftig ist.⁸ Zwar kann die Unterstützung eines Schwangerschaftsabbruchs selbst von medizinischem Personal aus religiösen Gründen abgelehnt werden,⁹ dies entlastet den Staat aber keinesfalls von der Pflicht, den tatsächlichen Zugang und eine angemessene Versorgung mit dieser medizinischen Dienstleistung zu garantieren.¹⁰ Versuchen private Dritte gar – gleichgültig, ob unter Berufung auf religiöse oder sonstige Überzeugungen – den Zugang zu sicheren und legalen Schwangerschaftsabbrüchen¹¹ oder Verhütungsmitteln¹² aktiv zu verhindern, muss der Staat unverzüglich einschreiten.

II. Verfassungsrechtliche Grundlagen

Der Stand reproduktiver Rechte und die Verwirklichung reproduktiver Gesundheit sind untrennbar mit der Frage von Ge-

schlechtergerechtigkeit in einer Gesellschaft verbunden. Dieser Zusammenhang lässt sich auch auf die Normen des deutschen Grundgesetzes stützen; in der Praxis der Verfassungsrechtsprechung und -interpretation gelingt dies bislang jedoch allenfalls in Ansätzen. So ist schon bezeichnend, dass die Selbstbestimmung des Individuums über seine Fortpflanzung in der Verfassungsrechtswissenschaft überwiegend nicht auf die individuellen Selbstbestimmungsrechte der Art. 2 Abs. 1 bzw. 2 Abs. 1 i.V.m. 1 Abs. 1 GG gestützt wird,¹³ sondern auf den Schutz der Familie in Art. 6 Abs. 1 GG.¹⁴ Die Entscheidung, ob, wann und unter welchen Umständen ein Mensch Kinder bekommt, wird dadurch in der Tendenz weniger als Frage persönlicher Lebensgestaltung denn als gesamtfamiliäre Entscheidung betrachtet. Dies wäre für sich genommen noch nicht problematisch, würde nicht in nennenswerten Teilen des verfassungsrechtlichen Schrifttums nach wie vor die verschiedengeschlechtliche, möglichst eheliche Kleinfamilie als eine überlegene Form der Kindererziehung angesehen.¹⁵

- 1 EGMR v. 10.04.2007, Nr. 6339/05 (Evans v. The United Kingdom), para 71. Dies meint nach Auffassung des EGMR aber weder ein generelles Recht auf Schwangerschaftsabbruch noch ein generelles Recht auf künstliche Befruchtung.
- 2 Selbst restriktivste Auffassungen vertreten, dass ein Schwangerschaftsabbruch jedenfalls bei Lebensgefahr oder Minderjährigkeit der Schwangeren und nach sexualisierter Gewalt gesetzlich zulässig sein muss.
- 3 Exemplarisch CEDAW, General Recommendation No. 21, para 21ff; Parliamentary Assembly, Resolution 1607 of 16 April 2008; ausführliche Nachweise bei Fleur van Leeuwen, Women's Rights Are Human Rights, 2010, und United Nations Population Fund, Reproductive Rights are Human Rights, 2014.
- 4 European Parliament resolution of 10 March 2015, P8_TA(2015)0050, para 45ff.
- 5 CRC, CRC/C/VAT/CO/2, para 54-55; EGMR v. 30.10.2012, Nr. 57375/08 (P and S v. Poland); EGMR vom 16.12.2010, Nr. 25579/05 (A, B and C v. Ireland); EGMR v. 20.03.2007, Nr. 5410/03 (Tysiak v. Poland); HRC, CCPR/C/101/D/1608/2007, para 9.1-9.4.
- 6 Siehe nur Parliamentary Assembly, Resolution 1607 of 16 April 2008, mit der Schlussfolgerung “to affirm the right of all human beings, in particular women, to respect for their physical integrity and to freedom to control their own bodies”.
- 7 Dazu grundlegend Ronli Sifris, Reproductive Freedom, Torture and International Human Rights. Challenging the Masculinisation of Torture, 2013.
- 8 So durchgehend der CEDAW-Ausschuss; siehe auch Ronli Sifris (Fn. 7), S. 110 ff.
- 9 Dies wird heute interessanterweise unter ‚conscientious objection‘ diskutiert, einem Begriff, der früher ausschließlich die Wehrdienstverweigerung aus Gewissensgründen meinte und gezielt verunklärt, dass zwischen einer Berufung auf Menschenrechte gegenüber dem Staat und gegenüber den menschenrechtlich geschützten Ansprüchen anderer Privatpersonen ein erheblicher Unterschied besteht.
- 10 Statt vieler CEDAW, CEDAW/C/POL/CO/6, para 25; CEDAW, UN-Doc A/53/38/Rev.1, para 113; CESCR, E/C.12/POL/CO/5, para 28; HRC, UN-Doc CCPR/CO/70/ARG, para 14.
- 11 Exemplarisch Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, UN-Doc A/HRC/14/20/Add.3, para 38.
- 12 Dazu EGMR v. 2.10.2001, Nr. 49853/99 (Pichon and Sajous v. France).
- 13 So aber z.B. Magnus ZRP 2016, 91; Gassner NJW 2015, 126.
- 14 Vgl. BeckOK/Uhle, GG (2015), Art. 6 Rn. 27; Dreier/Brosius-Gerdorf, GG (2013), Art. 6 Rn. 115 ff.; Spickhoff/Müller-Terpitz, Medizinrecht (2014), Art. 6 Rn. 2.
- 15 Vgl. BVerfGE 76, 1 (15); 117, 316 (328); BeckOK/Uhle, GG (2015), Art. 6 Rn. 17; Maunz-Dürig/Robbers, GG (2015), Art. 6 Rn. 17 f. Anders jedoch z.B. Dreier/Brosius-Gersdorf, Art. 6 Rn. 43 ff., die eine vollständige Entkopplung des Schutzes der Ehe und der Familie bejaht.

Nicht-heterosexuelle, nicht-paargebundene sowie allgemein medizinisch unterstützte Reproduktionsentscheidungen erscheinen aus dieser Perspektive als defizitär insbesondere im Hinblick auf das Kindeswohl, obgleich die empirische Familienforschung das Gegenteil nahelegt – ihre Befunde deuten stark darauf hin, dass die Qualität von Eltern-Kind-Beziehungen gerade nicht anhand formaler Elternschaftstypen bemessen werden kann. Der Anspruch auf Gleichbehandlung aller Familienformen, der sich aus Art. 6 Abs. 1 i.V.m. Art. 3 GG ergibt, wird in der Praxis bislang nicht hinreichend beachtet. Was darüber hinaus in der fragmentierten Diskussion derzeit fehlt, ist eine fundierte und umfassende Diskussion der Grenzen individueller Selbstbestimmung angesichts der global nahezu unbegrenzten Möglichkeiten und sich stetig ausweitenden reproduktionsmedizinischen Praxen.

Kein hinreichendes Gewicht erhalten in der verfassungsrechtlichen Diskussion auch die körperlichen Aspekte des Kinderbekommens, die neben dem Recht auf Selbstbestimmung auch das Recht auf Gesundheit betreffen, und die Bedeutung, die eine Entscheidung für oder gegen Kinder für den weiteren Lebensverlauf hat. Insbesondere der Entschluss, eine Schwangerschaft zu beenden, wird gegenwärtig häufig als primär intellektueller Konflikt zwischen dem Lebensrecht des Embryos und dem Selbstbestimmungsrecht der Schwangeren betrachtet. Die massive Beeinträchtigung der Intimsphäre und der körperlichen Integrität durch eine ungewollte Schwangerschaft wird auf diese Weise ebenso marginalisiert wie der fundamentale biographische Einschnitt, den die Geburt eines Kindes in unserer Gesellschaft für Eltern – und hier noch einmal stärker für Mütter – fast zwangsläufig bedeutet.

Auch die oben skizzierten völkerrechtlichen Staatenpflichten, jeder Frau die Kontrolle über die eigene sexuelle und reproduktive Gesundheit effektiv zu ermöglichen, finden in der hiesigen verfassungsrechtlichen Diskussion wenig Niederschlag. Dies hat Auswirkungen nicht nur auf die Interpretation bestehender einfachrechtlicher Vorschriften, sondern auch auf die Gestaltungsmöglichkeiten einer autonomiefreundlichen und geschlechtergerechten Politik reproduktiver Rechte. Aktuell zeigt sich die Marginalisierung reproduktiver Interessen insbesondere von Frauen beispielsweise in der fortschreitenden Verschlechterung der Hebammenversorgung, die nicht nur die gesundheitlichen Risiken der Geburt vor allem in ländlichen Regionen erhöht, sondern Schwangere auch in ihrer Wahlfreiheit – Klinik, Geburtshaus, Hausgeburt – empfindlich einschränkt. Die Politik gibt sich hier weitgehend machtlos gegenüber finanziellen Engpässen von Kliniken und vermeintlichen ökonomischen Zwängen der Versicherungsunternehmen. Doch geht es dabei nicht um vernachlässigbare Aspekte des Gesundheitswesens, sondern um Leistungsansprüche der Versicherten in dem zentralen und gesellschaftlich bedeutsamen Lebensbereich von Schwangerschaft, Geburt und Familiengründung.

Der djb-Arbeitsstab „Reproduktive Rechte“ möchte diese und weitere Debatten nicht nur theoretisch aufarbeiten, sondern Anstöße für die rechtspolitische Diskussion geben. Die Handlungsfelder sind vielfältig und betreffen unterschiedliche Rechtsgebiete. Wir sind jedoch überzeugt, dass alle diese Fragen

von der Klammer der reproduktiven Gesundheit und Rechte zusammengehalten werden und aus dieser Perspektive intensiv diskutiert werden sollten.

III. Rechtspolitische Forderungen für Deutschland

Aus den tatsächlichen Problemen wie den verfassungs-, europä- und völkerrechtlichen Grundlegungen ergeben sich rechtspolitische Diskussionsfelder. Diese werden in den folgenden Beiträgen dieses Schwerpunkttheftes anhand ausgewählter Beispiele vertieft. An dieser Stelle möchten wir eine schlaglichtartige und ausdrücklich nicht als abschließende Aufzählung zu verstehende Liste rechtspolitisch zu diskutierender Ziele, Forderungen und Handlungsbedarfe zur Diskussion stellen. Wenn reproduktive Rechte in Deutschland für alle Menschen realisiert werden sollen, erfordert das aus unserer Sicht folgende Maßnahmen und Debatten:

- **sichere und gesunde Geburten** (freie Wahl des Geburtsorts einschließlich der Hausgeburt, gesicherte medizinische Versorgung in Wohnnähe; Zugang zu Hebammenversorgung während der Schwangerschaft, Geburt und der Stillzeit; Reduzierung der Kaiserschnitte auf das medizinisch notwendige Maß; gewaltfreie Geburt);
- **wirkliches Verbot von Sterilisationen, die ohne Einwilligung der Betroffenen erfolgen** (Sterilisationen von Frauen mit Behinderungen verstoßen gegen Artikel 39b der Istanbul-Konvention und gegen die UN-Konvention für Menschen mit Behinderungen, § 1905 BGB ist zu streichen; kosmetische und geschlechtsangleichende Operationen von Intersex-Kindern sind unvereinbar mit den Anforderungen der UN-Kinderrechtskonvention und Artikel 38, 39b der Istanbul-Konvention, trotz Verstoßes auch gegen § 1631c BGB finden sie weiterhin statt);
- **Zugang zu und Finanzierung von sicheren und gesunden Verhütungsmitteln** (derzeit keine Finanzierung für Sozialleistungs-Empfängerinnen über 20 Jahre, weil sie im Regelsatz enthalten seien; aktuell neue „Pillen“ mit erhöhtem Thromboserisiko, die besonders an junge Frauen vermarktet werden; Investitionen in Forschung zu sicheren und gesunden Verhütungsmethoden für Frauen und auch für Männer, keine Benachteiligungen von Frauen mit Behinderungen durch risikobehaftete hormonelle Verhütung mit Langzeitprodukten);
- **Entkriminalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen** als medizinischer Dienstleistung im Rahmen reproduktiver Gesundheit (mit einer generellen Austragungspflicht einer ungewollten Schwangerschaft kann es keine geschlechtergerechte Gesellschaft geben; Recht auf Abbruch innerhalb der 12-Wochenfrist ist wünschenswert, in dieser Zeit nur Strafbarkeit unerwünschten Abbruchs; über 40 Jahre nach dem ersten Abtreibungsurteil des Bundesverfassungsgerichts und der seitdem entwickelten Rechtsprechung zu Persönlichkeitsrechten muss eine Überprüfung der Rechtsprechung aus Sicht der reproduktiven Autonomie schwangerer Menschen möglich sein, deutsche Debatte sollte den Blick vom „embryonenzentrierten“ Standpunkt auf die Bedingungen von Schwangerschaft und die Rechte der schwangeren Person

- erweitern; die Schwangere als Patientin; Austragungspflicht im Verhältnis zu Verbot von ‚forced pregnancy‘ und Folterverbot);
- Garantie des **tatsächlichen Zugangs zu sicherem und legalem Schwangerschaftsabbruch** (rechtliche Maßnahmen gegen religiös motivierte Gehsteigbelästigung; Schutz von Ärzt_innen und Kliniken, die Schwangerschaftsabbrüche vornehmen; Ausbildung von Gynäkolog_innen auch bezüglich Schwangerschaftsabbruch nach fachlichen Standards; Umsetzung der Verpflichtung zu ausreichendem Angebot nach § 13 Abs. 2 SchKG, insbesondere Umgang mit Gewissensklausel; Finanzierung von legalen Schwangerschaftsabbrüchen als medizinische Dienstleistung durch die Solidargemeinschaft);

Gestaltungsmöglichkeiten einer geschlechtergerechten Politik reproduktiver Rechte

- Diskussion über Problematik der **sogenannten Spätabtreibungen** (Grenzen reproduktiver Autonomie; Befürwortung der Fristenlösung muss gut begründet sein und hat Folgen für andere Rechtsgebiete wie PID und PND, bedeutet aber nicht, dass man auch Spätabtreibungen oder selektive Abtreibungen befürworten muss; Aufklärung und Sicherung der Gesundheit von Frauen bei zulässigen Spätabtreibungen);
- Rechtssicherheit und Gleichbehandlung im **Zugang zu bestimmten reproduktionsmedizinischen Maßnahmen** und deren Anwendung, ggf. Verbot von Maßnahmen aus emanzipatorischer Perspektive, Regelung durch ein **Fortpflanzungsmedizinigesetz**;
- Recht auf **Kenntnis der Abstammung** (Grenzen dieses Rechts aus Intimsphäre der Mutter; kritische Evaluation der erweiterten und mit finanziellen Anreizen versehenen Rechte auf Anfechtung der Vaterschaft; Diskussion eines Rechts des Kindes auf Nichtwissen; kein Ausspielen von genetischer gegen soziale Elternschaft, sondern Anerkennung von dauerhafter Verantwortungsübernahme);
- Diskussion besonders **problematischer reproduktionsmedizinischer Diagnostiken wie PID, PND und Manipulation menschlichen Erbgutes** (ggf. Verbot solcher Maßnahmen in künftigem Fortpflanzungsmedizingesetz; Recht auf Nichtwissen; Kritik an der Rechtsprechung zum „Kind als Schaden“; Politiken für eine inklusive Gesellschaft, in der Menschen nicht behindert werden);

- Diskussion besonders **problematischer reproduktionsmedizinischer Maßnahmen wie Eizellspende und Leihmuttertum** (ggf. Verbot solcher Maßnahmen in künftigem Fortpflanzungsmedizingesetz; Diskussion um behauptetes Recht auf ein (genetisch eigenes) Kind; Umgang mit Globalisierung beispielsweise durch Nachweis von Mindeststandards bei Inanspruchnahme bestimmter Maßnahmen im Ausland als Bedingung der rechtlichen Anerkennung der Wunschelternschaft im Inland);
- **Information und Aufklärung** (qualitativ hochwertige Sexualkunde in Schulen und in der Jugendarbeit; allgemeine Aufklärung über sexuell übertragbare Krankheiten; am Interesse der betroffenen Frauen orientierte Beratung und Aufklärung bei der Entscheidung über eine Schwangerschaft; Aufklärung über Risiken bestimmter Verhütungsmittel etc.);
- besonderer **Schutz der Mutterschaft und gesellschaftliche Teilhabe von Müttern** (Evaluation des Mutterschutzgesetzes; Arbeitsverbote und weibliche Autonomie; Mutterschutz für freiberufliche und selbstständige Frauen und Umsetzung der entsprechenden EU-Richtlinie; Maßnahmen gegen die Belästigung von stillenden Müttern in der Öffentlichkeit; Politiken für eine kinderfreundliche Gesellschaft und Öffentlichkeit);
- **Förderung sexueller und reproduktiver Gesundheit** (flächendeckendes, wohnortnahe und diskriminierungsfreies Angebot von Beratung, Vorsorge, medizinischen Dienstleistungen sowie allen notwendigen Informationen und Mitteln für die Garantie und Förderung sexueller und reproduktiver Gesundheit; insbesondere unabhängig von Aufenthaltsstatus oder Staatsbürger_innenschaft, sozialer Herkunft oder ökonomischen Verhältnissen, Geschlecht oder sexueller Orientierung, und durch angemessene Vorkehrungen für Menschen mit Behinderungen).

Mit diesem Text und diesem Schwerpunkttheft möchten wir ausdrücklich eine Debatte anstoßen und freuen uns auf die Diskussion mit Ihnen – auf dem Bundeskongress des djb im September 2017 in Stuttgart oder bereits im Vorfeld dieser Veranstaltung. Bitte schreiben Sie uns an die Geschäftsstelle des djb (geschaefsstelle@dbj.de), wenn Sie Lücken in unserer Problembeschreibung entdeckt haben, Erfahrungen berichten wollen, etwas anders sehen oder auch Zustimmung signalisieren wollen.