

# **Behindern und reproduktive Selbstbestimmung**

**Alina Mertens**

## **Eindrücke aus der Praxis**

Alle sitzen um einen großen Tisch in einem sozialtherapeutischen Wohnheim. Es fehlt nur noch die werdende Mutter. Nach kurzer Zeit geht die Tür auf und eine schwangere, sehr zurückhaltend wirkende Frau im Rollstuhl fährt herein. Das Gespräch kann beginnen. Gekommen ist der werdende Vater (er wohnt ebenfalls dort), seine Mutter, das Kreisjugendamt, eine Familienhebamme, die Bezugsbetreuerin, die gesetzliche Betreuerin und ich als Sexualpädagogin »als Anwältin« für die werdende Familie. In dem Gespräch geht es um den Verbleib der jungen Frau, wenn ihr Kind geboren ist, denn in der Wohneinrichtung kann sie nicht bleiben. Von Beginn an geht aus dem Gesprächsverlauf hervor, dass keiner der jungen Mutter zutraut, mit ihrem Kind zurechtzukommen. Es werden immer wieder Vorschläge unterbreitet, bei denen sie möglichst großer Kontrolle ausgesetzt ist. Das Zusammenleben gemeinsam mit dem werdenden Vater wird nicht in Betracht gezogen; Modelle begleiteter Elternschaft und Elternassistenz sind den anwesenden Fachleuten nicht bekannt. Die junge Frau soll in einer Psychiatrie entbinden. Offiziell heißt es, damit sie dort in den ersten Wochen im Umgang mit ihrem Kind optimal unterstützt werden könne. Die »Schwiegermutter« vermutet nachvollziehbarer Weise jedoch, dass sie ihr dort das Kind schneller entziehen können. Die Befürchtung kann ich teilen. Die »Schwiegermutter« war es auch, die mich kontaktierte. Sie informierte mich über die Vorgeschichte und ihre Sorge, dass dem Paar schon vor der Geburt des Kindes das Sorgerecht entzogen werden könnte. Sie berichtete, dass eine Psychiaterin, die mit der Wohneinrichtung und dem Jugendamt eng kooperiert, die junge Frau zu einem Schwangerschaftsabbruch drängen wollte und deshalb die

werdende Mutter nicht mehr von ihr betreut werden wollte. Durch ständiges Intervenieren und den Ausdruck starker Bedenken traut sich das Paar auch selbst nur noch wenig zu. Sie können sich jedoch vorstellen, als Familie in eine Art »Betreutes Wohnen« zu ziehen. Diese Option scheint ihnen mittlerweile als die sicherste. Eine solche Wohnform für eine Familie mit einer Mutter im Rollstuhl gibt es allerdings nur selten und schon gar nicht in ihrer Umgebung. Der Termin endet ohne Ergebnis. Alle beteiligten Fachleute geben allerdings vor, sich um eine solche Wohnform zu bemühen.

Natürlich haben sowohl Mutter als auch Vater eine Vorgeschichte. Gemeinsam hat sich das Paar für ein Kind entschieden. Das pädagogische Personal konnte insbesondere bei dem Mann deutliche Fortschritte erkennen. Er habe sich zu einem sehr verantwortungsvollen jungen Mann entwickelt und übernahm sämtliche Boten- und Behördengänge, die für seine Freundin zu anstrengend wären. Ein deutlicher Zuwachs an erworbenen Alltagskompetenzen wird ihm bestätigt. Dennoch reichen diese Bemühungen nach Meinung der involvierten Fachleute nicht aus.

In den nachfolgenden Wochen wird das Jugendamt immer unkooperativer. Ich gewinne geradezu den Eindruck, dass man sich dort absichtlich nicht bemüht. Dem Vater, der die Vaterschaft vorab anerkennen will, rät man davon ab. Es scheint, als wolle man das junge Paar bewusst scheitern lassen, um schnell einen Grund zu finden, das Kind den Eltern zu entziehen. Als sich die Lage weiter zuspitzt, vermittele ich die junge Kleinfamilie an eine Anwältin, die bereits Erfahrung mit solchen Fällen hat. Übergangsweise ist die Familie erst einmal bei der Großmutter untergekommen. Dies ist jedoch für alle eine große Belastung, da das Haus nicht barrierefrei ist und es aufgrund der Enge immer wieder zu Spannungen untereinander kommt.

## **Definition der Reproduktiven Selbstbestimmung**

Im Sinne der International Planned Parenthood Federation (IPPF) definiert sich der wesentliche Teil der Reproduktiven Selbstbestimmung über den Artikel 8 »Das Recht zu entscheiden, ob und wann die Geburt eigener Kinder erwünscht ist«: Dies umfasst neben dem ob und wann auch die Anzahl der Geburten und den selbst gewählten Zeitpunkt. Zudem müssen allen Personen durch zur Verfügung stehende Informationen und Bildungsmöglichkeiten sowie bspw. finanzielle Möglichkeiten die Gelegenheit erhalten, dieses Recht zu nutzen. Des Weiteren ist der besondere Schutz werdender Mütter und Mütter im Wochenbett verankert.

Daraus ist zu schlussfolgern, dass auch Menschen mit Behinderungen<sup>1</sup> das Recht haben, sich fortzupflanzen und eine Familie zu gründen. Zahlreiche Befragungen, die in Interviewform Eingang in die Fachliteratur gefunden haben, sowie umfassende sexualpädagogische Praxiserfahrungen bestätigen auch (besonders bei Frauen mit Behinderungen) den Wunsch danach bei Menschen mit Behinderungen (vgl. Walter & Hoyler-Herrmann, 1987, S. 222; Leue-Käding, 2004, S. 218, 230). Die Gründung einer eigenen Familie steht oft für Normalität und gesellschaftliche Zugehörigkeit. Neben dem Wunsch nach eigenen Nachkommen, haben auch diese Aspekte insbesondere bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen ein hohes Gewicht (vgl. Walter, 1996, S. 295).

## **Reproduktive Selbstbestimmung, rechtliche Grundlagen und ihre praktische Relevanz**

Die rechtlichen Grundlagen auf reproduktive Selbstbestimmung lassen sich zunächst über das Grundgesetz ableiten. Die freie Entfaltung der Persönlichkeit, die Artikel 2, Absatz 1 beinhaltet, lässt annehmen, dass auch das Recht auf Reproduktion sowie die Möglichkeit, darüber frei zu bestimmen, hierdurch gedeckt ist. Insbesondere aber der Gleichheitsgrundsatz (siehe Artikel 3, Absatz 3, Satz 2 »Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.«) macht deutlich, dass der Gesetzgeber zumindest theoretisch zu einer Gleichbehandlung und in Konsequenz auch zu einem Nachteilausgleich für Menschen mit Beeinträchtigungen verpflichtet ist, wenn diesem Grundsatz Rechnung getragen werden soll.

Da Theorie und Praxis oft stark auseinander klaffen, wurden eigentlich selbstverständliche Rechte in der UN-Behindertenrechtskonvention (BRK) ausdrücklich formuliert. Hier verpflichten sich die Vereinten Nationen und die unterzeichnenden Staaten dazu, Rechte von Menschen mit Behinderungen zu achten und sie dabei zu unterstützen, ihr Recht durchzusetzen. Im März 2009 trat die Behindertenrechtskonvention in Deutschland in Kraft.

Im Rahmen von Artikel 23 BRK sind die Rechte für eine Gleichberechtigung im Hinblick auf Ehe, Familie, Partnerschaft und Elternschaft erfasst. Unter a bis

---

**1** Meiner Haltung folgend verwende ich im Text die Bezeichnung »Menschen mit Behinderungen«, da bei dieser für mich der Mensch im Vordergrund steht und nicht seine Behinderung. Dennoch wird der Begriff »behinderte Menschen« auch im Sinne einer emanzipatorischen und aktuellen Selbstbezeichnung, insbesondere von Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen, selbst verwendet. Er schließt zudem ein, dass Menschen »behindert« werden.

c sind die Rechte auf Eheschließung, Familiengründung und damit zusammenhängende Aspekte sowie der Erhalt der Fertilität dargelegt.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales ist mit der Entwicklung eines Nationalen Aktionsplans zur Behindertenrechtskonvention betraut worden. Im Mai 2011 nimmt die Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e. V. zu diesem Aktionsplan Stellung und fordert »eine Änderung und Weiterentwicklung des Nationalen Aktionsplanes, die den aus der BRK hergeleiteten Zielen gerecht wird« (Bundesvereinigung Lebenshilfe, 2011, S. 2). Im Hinblick auf die Umsetzung der in Artikel 23 erfassten Rechte stellt die Lebenshilfe fest, dass weder mit den unterschiedlichen Familienformen (bspw. Eltern mit Behinderungen oder Eltern behinderter Kinder) differenziert umgegangen, noch dem Familienbegriff in den unterschiedlichen Lebenswelten von Menschen mit Behinderungen ausreichend Rechnung getragen wurde (ebd., S. 6; Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2011, S. 61). Beim Thema Reproduktive Rechte schließt sich das Ministerium der Charta der IPPF und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) an (vgl. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2011, S. 62).

Neben diesen rechtlichen und theoretischen Bemühungen der Politik stellen Betroffenenverbände konkrete Forderungen, die durch das eigene Erleben eine deutlich höhere praktische Bedeutung haben.

So formuliert bspw. der *Bundesverband behinderter und chronisch kranker Eltern e. V.* (bbe e. V.) auf seiner Homepage, dass sie als Betroffene beraten, vermitteln und aufklären wollen. Besonders wichtig ist es ihnen, Menschen mit Behinderungen und einem Kinderwunsch, werdende Eltern mit Behinderungen sowie Eltern mit Behinderungen Interessen vertretend beizustehen. Dabei geht es ihnen im Kern um die Verwirklichung einer selbstbestimmten Elternschaft mit den Schwerpunktthemen Zeugung, Schwangerschaft, Geburt und Eltern sein (vgl. bbe, 2014).

Die Selbstvertretung von Menschen mit Lernschwierigkeiten *Mensch zuerst – Netzwerk People First Deutschland e. V.* machen in ihrem Forderungskatalog deutlich, dass alle Menschen im Hinblick auf Verhütung und Geschlechtskrankheiten ein Recht auf Aufklärung haben. Zudem stellen sie fest, dass es mit der Menschenwürde unvereinbar ist, Frauen sterilisieren zu lassen. Alle sollen von ihrem Recht, eine Familie zu planen, Gebrauch machen können und die zur Erziehung ihrer Kinder notwendige Unterstützung erhalten. Zudem soll es geschlechtsspezifische Gruppenangebote zum Thema Sexualität geben und barrierefreien Zugang zu Beratungsstellen (vgl. Mensch zuerst, 2014).

## Kinderwunsch und Mutterschaft bei Frauen mit Behinderungen

Da das Thema »Kinderwunsch und Mutterschaft bei Frauen mit Behinderungen« aufgrund der Vielfalt an individuellen Umständen wie z. B. Behinderungsbilder, Wohnformen, Partnerschaften etc. durch Pauschalisierungen niemandem völlig gerecht werden könnte, beschränke ich mich in der nachfolgenden Darstellung auf zwei Gruppen.<sup>2</sup>

Was aber für alle Frauen mit Behinderung gleichermaßen zutrifft, ist der Umstand, dass einer Frau mit Handicap das Muttersein oft per se abgesprochen wird. Sie müssen sich ganz besonders beweisen, weil sie ohnehin schon unter besonderer Beobachtung stehen und jedes Scheitern eine Bestätigung für jene ist, die ihnen von vornherein elterliche Kompetenzen nicht zugetraut haben (vgl. Hermes, 2004, S. 40f.). »Behinderte Mütter entsprechen nicht dem gesellschaftlichen Mutterbild. Von Müttern wird erwartet, dass sie Hilfe geben, nicht dass sie Hilfe brauchen«, erläutert Bargfrede in einem Infoheft zum Thema Assistenz bei der Familienarbeit (vgl. Rischer & Blochberger, 2001, S. 13).

## Kinderwunsch und Mutterschaft bei Frauen mit körperlicher Behinderung im eigenen Wohnumfeld

Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen oder chronischen Erkrankungen, die in einer eigenen Wohnung leben, haben bei der Verwirklichung ihres Kinderwunsches deutlich größere Chancen als bspw. Menschen mit kognitiven Einschränkungen, die in einem stationären Kontext zu Hause sind (vgl. Walter, 2008, S. 28). Ihnen stehen zudem (durch ihren intellektuellen Vorsprung) oft mehr Möglichkeiten der Informationsbeschaffung und Hilfsangebote als Menschen mit kognitiven Einschränkungen zur Verfügung. Dennoch ist es für Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen nach wie vor schwierig, ihren Kinderwunsch zu verwirklichen. Dies führt Meier Rey auch auf das gesellschaftliche Bild zurück, das man von Frauen mit Behinderungen hat und zu dem Kinderlosigkeit gehört (vgl. Meier Rey, 1994, S. 152). Es ist neben möglicherweise

**2** Natürlich ist das Thema reproduktive Selbstbestimmung kein rein weibliches und betrifft vom Kinderwunsch über die Familienplanung bis hin zur Elternschaft Frauen und Männer. Dennoch ist die Frau durch ihre Fähigkeit, eine Schwangerschaft auszutragen, in nachvollziehbarer Weise besonders betroffen. Aus diesem Grund erfolgt auch die nachstehende Auseinandersetzung vorrangig im Hinblick auf Frauen.

fehlenden körperlichen Voraussetzungen, dünnen Informations- und Hilfeangeboten aufgrund der fehlenden Barrierefreiheit und dem Mangel an Bestärkung durch die Umwelt nicht zuletzt auch den schwerwiegenden gesellschaftlichen Vorbehalten geschuldet. So wird den Frauen unterstellt, sie könnten keine Verantwortung übernehmen, da sie selbst hilfsbedürftig seien, die Kinder hätten ein entbehrungsreiches Leben und müssten früh mithelfen (in Form von Assistenz), sodass ihnen eine unbeschwerzte Kindheit verloren ginge. Durch den erhöhten Hilfebedarf entstünden der Gesellschaft zudem zusätzliche Kosten. Verbreitet ist auch die Annahme, dass eine Behinderung durch die Gene an das Kind weitergegeben würde (vgl. Hermes, 2004, S. 33f.). Für Außenstehende können diese schwerwiegenden Argumente den Wunsch nach einem eigenen Kind häufig nicht ausgleichen. Das engste familiäre Umfeld reagiert oft mit besonderer Skepsis aus der Sorge heraus, nach der Geburt des Kindes umfangreich um Hilfe gebeten zu werden (vgl. Michel et al., o.J., S. 13).

Vielfach hat sich jedoch gezeigt, dass Frauen mit körperlichen Behinderungen mit dem Thema Kinderwunsch sehr verantwortungsvoll umgehen und sich oft bereits vor einer Schwangerschaft um mögliche Hilfsangebote kümmern, auf die sie dann zurückgreifen können (vgl. Blochberger, 2008, S. 67). Sie greifen dabei offenbar ohnehin nicht bevorzugt auf Familie und FreundInnen zurück, da sie oft ein entstehendes Ungleichgewicht fürchten, das sich dann in der Beziehung bspw. zu FreundInnen widerspiegeln könnte (vgl. Hermes, 2004, S. 138).

Schwerwiegenden Vorverurteilungen standzuhalten, sich über die gesellschaftliche Haltung hinwegzusetzen und trotz des Wissens um bevorstehende Schwierigkeiten bei der Einforderung von Unterstützung wie z.B. der Elternassistenz sich für eine Schwangerschaft und für ein Kind zu entscheiden, erfordert enormen Mut und Kraft, die nicht alle Frauen mit körperlichen Beeinträchtigungen aufbringen können und wollen.

## **Kinderwunsch und Mutterschaft bei Frauen mit kognitiven Behinderungen im stationären Kontext**

Während es für Frauen mit einer körperlichen Beeinträchtigung bereits schwer ist, ihren Kinderwunsch zu verwirklichen, hat eine Schwangerschaft bei Frauen mit kognitiver Behinderung im stationären Kontext noch immer Seltenheitswert. Dass Menschen mit kognitiven Behinderungen ebenfalls sexuelle Bedürfnisse haben, wird im Großteil der Wohneinrichtung für Menschen mit Behinderungen, besonders bei den pädagogischen MitarbeiterInnen, angenommen. Auch jün-

gere Eltern dieser BewohnerInnen haben Verständnis für die Bedürfnisse ihrer Kinder und reduzieren sie längst nicht mehr auf den Status »Sauber, satt und trocken«. Eine Zustimmung zur Auslebung der sexuellen Bedürfnisse erfordert jedoch auch, dass sich mit den möglichen Folgen des Geschlechtsverkehrs auseinandergesetzt wird (vgl. Walter, 1996, S. 290). Diese Auseinandersetzung hat jedoch bisher nur sehr selektiv stattgefunden. Aus der Sicht der Frauen betrachtet impliziert ein Kind Normalität und Selbständigkeit. Es wird damit die Ablösung von der Herkunftsfamilie und die Kompensation der eigenen Behinderung angenommen (vgl. ebd., S. 295). Diese Aspekte sind neben dem Wunsch, mit einem geliebten Menschen eine Familie zu gründen oder der Annahme, dass ein Kind den Partner zu einer lebenslangen Beziehung verpflichtet, für Frauen mit kognitiven Einschränkungen nicht unwesentlich (vgl. Specht & Zinsmeister, 2003, S. 25).

Ihr Wunsch nach einer Familie und einem Kind wird jedoch häufig als infantile Romantik belächelt. Diese Diskriminierung ist Folge gesellschaftlichen Einstellung, Menschen mit geistiger Behinderung nach wie vor häufig als Kinder gesehen und behandelt werden (vgl. Walter, 2008, S. 29).

Die praktische Arbeit in der Behindertenhilfe hat gezeigt, dass sich Frauen im gebärfähigen Alter und darüber hinaus (insbesondere dann, wenn sie zuvor nie die Gelegenheit hatten sich mit diesem Thema zu befassen) immer wieder eine Auseinandersetzung mit dem Thema Elternschaft wünschen; selbst dann, wenn sie feststellen müssten, dass sie aufgrund ihres Handicaps keine Kinder versorgen können. Sie erhalten über diesen Weg das Gefühl, in ihren Wünschen ernst genommen zu werden und möglicherweise ihrem Ziel der Mutterschaft näher zu kommen.

Vielfach wird Frauen mit kognitiven Einschränkungen, die in einer stationären Wohnform zu Hause sind, ein Kind abgesprochen. Das Recht auf Selbstbestimmung greift nach Einschätzung der derzeitigen Praxis nur sehr selektiv für diesen Bereich.

Durch zum Teil manipulative Äußerungen oder Drohungen, wie, dass eine Frau, wenn sie schwanger werde, ausziehen müsse oder durch bewusst lückenhafte Information zu bestimmten Themen wird deutlich, wie paternalistisch der Umgang mit Menschen mit Behinderungen im stationären Bereich sein kann (vgl. Zinsmeister, 2013, S. 51).

Durch die fehlende Verfügbarkeit z. B. von barrierefreien Informationen haben Menschen mit geistiger Behinderung, die einen Kinderwunsch haben, ohnehin wesentlich schlechtere Voraussetzungen, diesen auch umzusetzen (vgl. Michel et al., o.J., S. 17).

Eine offene Auseinandersetzung mit einem Kinderwunsch gibt es in vielen Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe nach wie vor nicht, insbesondere dort, wo Menschen mit geistigen Behinderungen oder Mehrfachbehinderungen leben. Wird eine Frau dann doch schwanger, ist es noch immer die Regel, dass sie aus ihrer gewohnten Umgebung herausgerissen wird. Sie kann in der Wohneinrichtung nicht bleiben, weil diese nicht für Familien geeignet ist. Mutter-Kind-Einrichtungen berücksichtigen das Zusammenwachsen der Familie ebenfalls nur eingeschränkt, weil der Vater dort meist nur zu Besuch sein darf (vgl. Bargfrede, 2006, S. 290ff.).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass der Kinderwunsch für Menschen mit einer geistigen Behinderung noch erheblich schwerer zu verwirklichen ist als für Menschen mit körperlichen Einschränkungen. Neben den bereits benannten Schwierigkeiten fehlen ihnen zusätzlich der Zugang zu wesentlichen Informationen sowie eine Umgebung, die nicht restriktiv dem Kinderwunsch von Beginn an entgegenwirkt.

## **Gesellschaftlicher, familiärer und professioneller Umgang mit reproduktiven Wünschen bei Menschen mit Behinderungen**

Nachfolgend wird beschrieben, wie die Gesellschaft, die Familie und das professionell helfende Umfeld mit familienplanerischen Wünschen von Menschen mit Behinderungen umgehen.

### **Gesellschaftlicher Umgang mit reproduktiven Wünschen bei Menschen mit Behinderungen**

Gesamtgesellschaftlich betrachtet hat das Thema »Reproduktive Selbstbestimmung bei Menschen mit Behinderungen« zwar zunehmende, jedoch noch immer geringe Relevanz. Nähert man sich dem Thema über Zahlen, erfährt man aus der »Statistik der schwerbehinderten Menschen« von 2011, dass in der Bundesrepublik Deutschland 7,3 Mio. Menschen als schwerbehindert erfasst wurden. Davon waren 16,8% zwischen 25 und 45 Jahre alt. Wenn man von einem durchschnittlichen Gebäralter von 30,6 Jahren ausgeht (dies ermittelte das Statistische Bundesamt im Jahre 2011), dann ist für die Anzahl der Kinder die Alterskohorte 25–45 Jahre ausschlaggebend. Demnach sind 1,2 Mio. Menschen mit Behinderung in einem Alter, in dem sie sich mit ihrer Fertilität größtenteils aus-

einandersetzen. Von dieser Gruppe sind etwas weniger als die Hälfte Frauen (wobei, wie bereits angemerkt, das Thema Kinderwunsch Männer ebenfalls einschließt). Ein Viertel der erfassten Gruppe ist schwerstbehindert. Auch wenn aus den Angaben nicht hervorgeht, welche Formen der Behinderungen hier vorliegen, ist anzunehmen, dass für diese Personen die Wahrscheinlichkeit einer Elternschaft, besonders unter Berücksichtigung der bisher beschriebenen Situation, eher gering ist (vgl. Statistisches Bundesamt, 2011, S. 4f.). Aus diesen Daten lässt sich zwar kein Kinderwunsch ablesen, jedoch die Annahme, dass sich die benannte Personengruppe mit diesem Thema auseinandersetzen könnte.

Die Situation bei spätbehinderten Frauen sieht wie folgt aus:

Obwohl laut der LIVE-Studie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) aus dem Jahre 2000 70% der Frauen mindestens ein Kind haben, ist auch nach Einschätzung von Hermes die gesellschaftliche Wahrnehmung von Müttern mit Behinderungen eher gering (vgl. Hermes, 2004, S. 40).

Die Feststellung von Offenhausen, dass »[i]n unserer Gesellschaft, wo so viel Gewicht auf Perfektion und Schönheit gelegt wird, [...] das Unvollkommene kaum zum Zuge [kommt]«, hat auch über 30 Jahre später an Aktualität nicht verloren (Offenhausen, 1981, S. 30). Der Wunsch nach einem gesunden und nichtbehinderten Kind ist größer denn je. Die sich stetig weiterentwickelnden Möglichkeiten der Pränataldiagnostik tun ihr Übriges (vgl. Linke, 2014). Andererseits ändert sich die gesellschaftliche Wahrnehmung von Menschen mit Behinderungen durch massenkompatible Impulse, die bspw. einen aufklärenden und zugleich unterhaltenden Charakter haben. Durch Spielfilme wie *Be My Baby*, bei dem eine junge Frau mit Downsyndrom ihren Kinderwunsch in die Realität umsetzt, wird auch eine breite nicht-behinderte Öffentlichkeit mit dem Thema der reproduktiven Selbstbestimmung bei Menschen mit Behinderungen konfrontiert. Von den Schwierigkeiten, die Eltern mit Behinderungen jedoch im Alltag zu überwinden haben, bleibt die Gesellschaft weitestgehend unberührt, da es sich hierbei eben doch um zu spezifische Problemstellungen handelt.

## **Umgang mit reproduktiven Wünschen bei Menschen mit Behinderungen im professionellen Kontext**

Vor noch nicht allzu langer Zeit war sich das Gros der Fachleute einig, dass eine Familienplanung für geistig behinderte Eltern pauschal abzulehnen ist. Hierfür

wurden juristische, psychologische und pädagogische Gründe herangezogen. Im Vordergrund dieser Debatte standen die fehlenden Kompetenzen im Hinblick auf die Versorgung und Erziehung des Kindes und die psychische Belastung bei Kindern mit normaler Begabung, wenn sie kognitiv eingeschränkte Eltern haben (vgl. Walter, 2008, S. 28). Der Umstand, dass auch Eltern ohne Behinderungen nicht immer dem Idealbild von Mutter oder Vater entsprechen und auch diesen Erziehungsfehler unterlaufen, zählte als Gegenargument offenbar nicht (vgl. Wohlgensinger, 2007, S. 88). Sollte es dennoch zu dem unwahrscheinlichen Fall einer Schwangerschaft bei einer Frau mit geistiger Behinderung kommen, so war klar, dass das Kind zur Adoption freigegeben oder in einer Pflegefamilie untergebracht wurde (vgl. Bichler & Schäfer, 1991, S. 11). Auch Menschen mit körperlichen Behinderungen sprach man die Fähigkeit ab, ihre Kinder zu erziehen. Aufgrund zahlreicher Vorurteile und der Wahrnehmung des behinderten Menschen als Neutrüm und Abhängigen lässt sich das gesellschaftliche Bild mit der Elternrolle kaum vereinen (vgl. Hermes, 2004, S. 40f.).

Mit der Möglichkeit der Sterilisation konnten sich Fachpersonal und Angehörige gleichermaßen der Sorge um eine ungewollte Schwangerschaft dauerhaft entziehen. Gründe für eine solche Entscheidung waren pragmatischer, sozialer und pädagogischer Natur. Durch fehlende Verhütung sah sich das pädagogische Personal oft in seiner Ausübung der Aufsichtspflicht unter erheblichen Druck gestellt. Mit einer Sterilisation konnten nach Auffassung der MitarbeiterInnen der Behindertenhilfe den BewohnerInnen mehr Freiräume zugestanden werden, da eine befürchtete Schwangerschaft nun nicht mehr möglich war (vgl. Bichler & Schäfer, 1991, S. 2). In der Praxis ist diese Stimmungslage in stationären Einrichtungen für Menschen mit kognitiven Einschränkungen zum Teil noch heute zu spüren.

Da zudem kaum Sexualerziehung für die BewohnerInnen stattfand, ließ sich eine Sterilisation getarnt als notwendiger medizinischer Eingriff vornehmen, ohne dass über das Thema Verhütung gesprochen werden musste. Es verband sich damit die Annahme, dass auch kein unnötiges Interesse an Sexualität geweckt würde (vgl. Walter & Hoyler-Herrmann, 1987, S. 231).

Mittlerweile hat sich die Situation insgesamt verbessert. Es gibt ernsthafte Bemühungen und Erfolge von Fachleuten, die sich mit der Schaffung von Hilfsangeboten und Wohnmöglichkeiten für Eltern mit Behinderungen beschäftigen. Zum einen gibt es Selbsthilfegruppen wie z. B. den bbe e. V., der im Rahmen von Peer Counseling wichtige Erfahrungen und erworbene Wissen an andere Eltern weitergibt und durch Informationshefte behinderte Eltern über ihre Rechte und Möglichkeiten aufklärt oder die Bemühungen der Lebenshilfe, die

im Bereich der begleiteten Elternschaft ambulante Hilfeangebote schafft. Zum anderen gibt das Kompetenzzentrum für behinderte und chronisch kranke Eltern, in dem wissenschaftlich ausgebildete Fachleute tätig sind, die aus ihren Forschungsergebnissen die Bedarfe extrahieren und diese in der Praxis den Betroffenen zu Nutze machen sowie ihr Renommee einsetzen, um die Landespolitik zu aktivieren (vgl. Michel et al., 2012, S. 90ff.). Leider sind diese Informationen jedoch auf bestimmte Regionen beschränkt und auch MitarbeiterInnen der Behindertenhilfe sowie Angehörige sind nur in Einzelfällen über diese informiert. Ein offenes Klima, in dem das Thema Kinderwunsch Raum finden kann, gibt es zudem längst nicht in allen stationären Einrichtungen der Behindertenhilfe. Wie offen SonderpädagogInnen dem Thema gegenüber sind, hängt nach Einschätzung der Praxis von ihrer eigenen Sozialisation, dem Alter und dem Umstand ab, ob sie sich innerhalb ihrer Ausbildung mit dem Thema auseinandersetzen konnten. Mitentscheidend ist auch die Einstellung des Arbeitgebers gegenüber diesem Thema. Spezifische Wohnformen für Eltern mit Behinderungen sind flächendeckend bisher nicht vorhanden, und wenn doch, sind oft zu wenige Plätze verfügbar, sodass insbesondere die Nachfrage aus ländlichen Regionen nicht befriedigt werden kann. Während Bremen und Brandenburg eine erfolgreiche Etablierung von Beratungs- und Unterstützungsmodellen wie der begleiteten Elternschaft gelungen ist, scheint dies in anderen Regionen bisher nicht der Fall zu sein oder eines größeren Ausbaus zu bedürfen (vgl. ebd., S. 58). »Die Möglichkeit zwischen unterschiedlichen Wohnformen in der Region, in der die Eltern bis dahin gelebt haben, auszuwählen, wäre sicherlich die Ideallösung« (Specht & Zinsmeister, 2003, S. 33). Gerade das Fehlen von institutionellen Angeboten und anderen Lebens- und Wohnformen sorgt für eine Tabuisierung des Themas Kinderwunsch vor allem gegenüber Menschen mit Behinderungen selbst (vgl. Hennies & Sasse, 2004, S. 75). Dies könnte zu Rückschritten und einer Hemmung des bestehenden Engagements führen, was für Menschen mit Behinderungen, die auf solche Angebote dringend angewiesen sind, fatale Folgen haben könnte. Besonders Menschen mit kognitiven Einschränkungen fehlen nach wie vor Möglichkeiten, an Informationen zu Sexualität und Familienplanung zu kommen. Das Kompetenzzentrum für behinderte und chronisch kranke Eltern hat einen Teil dieses Bedarfes bereits aufgegriffen und z.B. durch die Entwicklung von »Wegweisern« in leichter Sprache zu den Themen Familienplanung, Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen der Schwangerschaft, Geburt und Vorsorgeuntersuchungen für das Kind Informationen den Bedürfnissen der Zielgruppe entsprechend entwickelt. Weitere Wegweiser sind in Planung (vgl. Michel et al., 2012, S. 10).

## **Familiärer Umgang mit reproduktiven Wünschen bei Menschen mit Behinderungen**

Eltern behinderter Kinder wünschen sich für ihre Kinder – wie alle anderen Eltern auch – ein glückliches Leben. Sie sollen lust- und genussvoll am gesellschaftlichen Leben teilhaben können. Für viele aufgeklärte Eltern von heute ist das Thema Sexualität dabei kein Tabu. Im Gegensatz zu früher kalkulieren sie ein Sexualleben ihrer Kinder ein und möchten ihnen Sexualität ermöglichen, diese soll jedoch unbeschwert (für die Eltern) und folgenlos bleiben (vgl. Achilles, 2013, S. 115). Sie wollen sich und ihre Kinder mit dem Thema Schwangerschaft nicht belasten. Die Vorstellung, dass ihr Kind eine Familie gründen wollen könnte, erschreckt sie sehr. Sie wissen, dass ihr Kind versorgend nur anteilig zur Verfügung stehen kann. Bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen kann es sein, dass sie weder durch ihr Einkommen noch ihren Intellekt ihr Kind adäquat versorgen können. Für ein weiteres (möglicherweise behindertes) Enkelkind im Alter Sorge tragen zu müssen, können sich viele Eltern nicht vorstellen (vgl. Achilles, 2010, S. 75).

In der Vergangenheit war besonders für Eltern eines behinderten Kindes eine Sterilisation die einzige und zudem gut praktikable Verhütungsform, die sich problemlos in einen Wohneinrichtungsalltag integrieren lies. Eine Schwangerschaft musste unter allen Umständen verhindert werden. Denn neben der Betreuung der behinderten Tochter auch noch für deren Kind sorgen zu müssen, sollte ausgeschlossen werden (vgl. Bichler & Schäfer, 1991, S. 2).

Auch heute noch fragen Eltern behinderter Töchter im Rahmen von sexualpädagogischer Beratung immer wieder nach der Sterilisation als Verhütungsform. Bei einigen Eltern besteht noch immer der Irrtum, dass eine Sterilisation auch im Hinblick auf sexuelle Übergriffe das geeignete Mittel ist, da diese zumindest vor den gravierenden Folgen solcher Übergriffe schützt. Der Umstand, dass durch einen solchen Eingriff so sexuelle Gewalt über Jahre unentdeckt bleiben kann und dass die Täter zu 90% aus dem engen Umfeld des Opfers stammen und somit auch Kenntnis über die Sterilisation haben dürften, ist vielen nicht bewusst (vgl. Achilles, 2013, S. 116).

## **Unterstützungsmöglichkeiten für Eltern mit Behinderungen und ihre rechtliche Grundlage – bezogen auf Kinderwunsch**

Im Rahmen der Unterstützung für Eltern mit Behinderungen gibt es zwei Modelle, die sehr erfolgversprechend erscheinen und sich bereits in der Praxis be-

währt haben. Dabei handelt es sich um die Elternassistenz und die begleitete Elternschaft.

Sämtliche Unterstützungsleistungen, die Eltern mit Behinderungen einfordern können, haben ihre rechtliche Grundlage im SGB IX. Hier sind die Rehabilitationsleistungen erfasst. Sie dienen dem Zweck, Benachteiligungen zu vermeiden. Auch der Unterstützung bei der Umsetzung des Erziehungsauftrages behinderter Mütter und Väter wird durch diese Rechtsgrundlage Rechnung getragen. Wer von den verschiedenen Rehabilitationsträgern im Einzelnen zuständig ist, hängt von individuellen Faktoren ab wie bspw., welche Behinderungsform vorliegt und wie sie verursacht wurde. Zusätzlich haben natürlich auch Eltern mit Behinderungen Ansprüche auf allgemeine Sozialleistungen wie z. B. die Sozialhilfe (vgl. Specht & Zinsmeister, 2003, S. 68ff.).

Die Elternassistenz ist vorrangig eine Unterstützungsform für Eltern mit körperlichen Beeinträchtigungen oder Sinnesbehinderungen. Die Unterstützung ist hier eher auf einen begrenzten Zeitraum angelegt. So ist diese bei Eltern mit sehr kleinen Kindern deutlich höher, da sie noch umfassenderen Pflege- und Betreuungsbedarf haben. Mit zunehmendem Kindesalter und wachsender Selbständigkeit kann die Unterstützung wieder reduziert werden. Bei der Elternassistenz geht es lediglich um assistierende Hilfestellungen, die die körperlichen Defizite kompensieren sollen, als eine Art »menschliches Hilfsmittel« (vgl. Michel et al., 2012, S. 69). Als Beispiele wären hier die Unterstützung beim Wickeln des Kindes oder das Füttern des Kindes zu nennen. Es ist entscheidend, dass die Eltern ihre Erziehungsfähigkeit selbst nutzen, ohne darin von Assistenten beschränkt zu werden und somit nur Unterstützung dort erfahren, wo ihr körperliches Defizit sie beschränkt (vgl. Zinsmeister, 2006). Die gesetzliche Grundlage findet sich im §54 SGB XII in Verbindung mit §55 SGB IX. Sie entspricht keiner Sozialpädagogischen Familienhilfe oder der Hilfe zur Erziehung (vgl. Michel, 2012, S. 14, 68). Die Inanspruchnahme dieser professionellen Unterstützungsform ist für viele Eltern mit Behinderungen deutlich leichter anzunehmen, als immer wieder auf das soziale Umfeld oder Ehrenamtliche zurückgreifen zu müssen. Sie erhalten eine Leistung gegen Bezahlung und geraten so nicht in Abhängigkeitsgefälle oder sind auf das Wohlwollen von ehrenamtlichen Helfern angewiesen (vgl. Hermes, 2004, S. 139). Zudem ist es schwierig, eigene Ansichten durchzusetzen, wenn zuvor keine eindeutige Auftragsklärung vorliegt. Dies ist im Umgang mit helfenden Angehörigen häufig besonders kompliziert. Infolgedessen werden dann Unterstützungsleistungen nach den Gewohnheiten der Verwandten ausgeführt, oft aber nicht im Sinne des behinderten Elternteils (vgl. Rischer, 2001, S. 32).

Für Menschen mit kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen ist das Modell der begleiteten Elternschaft maßgeblich. Hierbei steht im Vordergrund, dass die Eltern im Erwerb und der Festigung ihrer elterlichen Kompetenzen unterstützt werden. Diese Begleitungsform wird sowohl ambulant als auch stationär angeboten (vgl. Pixa-Kettner & Rischer, 2013, S. 261). Es soll neben einer engmaschigen Unterstützung eine Möglichkeit sein, das eigene Kind möglichst selbstbestimmt aufzuziehen. Die Eltern erhalten Hilfe im Erlernen der Erziehungskompetenzen, bei der Förderung ihrer Kinder und Erweiterung der eigenen Alltagskompetenzen. Die Unterstützung ist auf Dauer angelegt, unter Umständen sogar bis zur Volljährigkeit der Kinder. Auch diese Unterstützungsform kompensiert die Behinderung der Eltern. Die gesetzliche Grundlage für die Inanspruchnahme der begleiteten Elternschaft findet sich wieder im Sozialgesetzbuch: »Kinder- und Jugendhilfe SGB VIII §§19, 27, 34, 35, Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen SGB IX §§17, 55; Eingliederungshilfe SGB XII §§53, 54, 57« (Michel, 2012, S. 13).

Bei der Beanspruchung von Elternassistenz oder begleiteter Elternschaft zeigen sich in der Praxis nach wie vor gravierende Probleme. So gibt es bspw. bei der Elternassistenz oft Zuständigkeitskonflikte zwischen Trägern aus dem Bereich der Kinder- und Jugendhilfe und den Rehabilitationsträgern (vgl. Michel et al., o.J., S. 32f.). Aufgrund der Seltenheit solcher Leistungsansprüche insbesondere im ländlichen Raum werden Zuständigkeiten immer wieder hin und her geschoben. Die Nennung von zahlreichen möglichen AnsprechpartnerInnen, die jedoch bei ihren Aussagen teilweise nur vage oder sich widersprechende Auskünfte erteilen, und/oder die Ablehnung beantragter Leistungen führt dazu, dass werdende Eltern und deren UnterstützerInnen aufgrund des schon bald bevorstehenden Bedarfes an Assistenz großem Stress ausgesetzt sind und nicht selten auf die Hilfe eines Fachanwaltes zurück greifen müssen.

## Fazit

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass sich im Hinblick auf den Umgang mit reproduktiven Rechten von Menschen mit Behinderungen seit den frühen 1990er Jahren einiges getan hat. Während sich zu dieser Zeit Fachleute noch mit der Forderung nach gelebter Sexualität beschäftigten und bereits die Möglichkeiten von Prostitution und Sexualbegleitung als bahnbrechende Erfolge deklarierten, wurde das Recht auf reproduktive Selbstbestimmung zu jener Zeit nicht gedacht. Denn Menschen mit Behinderungen auch eigene Kinder »zuzubilligen«, über-

stieg die Vorstellungskräfte der Professionellen bei Weitem. Bis zur Änderung des Betreuungsgesetzes im Jahre 1992, das die Sterilisation von Menschen mit Behinderungen erheblich erschwerte, stellte sich das Problem auch praktisch nicht.

Die neue Generation von Menschen mit Behinderungen hat sich glücklicherweise mit offenbar wachsender Tendenz in Interessengemeinschaften und Selbsthilfbewegungen vereint, sodass sie mit eigener Kraft für ihre Rechte einreten kann. In der Fachwelt bleiben ihre Appelle nicht ungehört. Im Sinne der Gleichbehandlung aller ist das Thema Kinderwunsch von Menschen mit Behinderungen hier längst kein Tabu mehr. Dennoch erreichen individuelle Unterstützungen und Hilfsangebote längst nicht alle. Menschen mit Behinderungen, die in Ballungsgebieten leben, haben deutlich größere Chancen Unterstützung zu erfahren, als Menschen mit Handicap, die in ländlichen Regionen zu Hause sind. Zudem ist die Aufklärung über Hilfeangebote längst nicht überall angekommen. Außerdem gibt es immer noch Fachkräfte, die ihre Macht massiv missbrauchen, um durch Drohungen oder das Ausnutzen von Abhängigkeitsverhältnissen ihre paternalistischen Vorstellungen von einem nach ihren Werten geprägten »richtigen Leben« für ihre »Schützlinge« durchzusetzen. Es ist aus diesem Grund besonders wichtig, Menschen mit Behinderungen in der Durchsetzung ihrer Rechte zu unterstützen und sie darin zu bestärken, für ihre Wünsche nach einem selbstbestimmten Leben, das natürlich auch ein Familienleben sein kann, einzustehen. Dass bei einer solchen Debatte das Kindeswohl immer im Blick behalten werden muss, ist selbstverständlich und kein Spezifikum, das nur für diese Personengruppe gilt, sondern immer ein Grundsatz bleibt.

## Literatur

- Achilles, I. (2010). »Was macht Ihr Sohn denn da?« Geistige Behinderung und Sexualität (5. Aufl.). München: Reinhardt Verlag.
- Achilles, I. (2013). Störfaktor Sexualität – Selbstbestimmung im Spannungsfeld zwischen Betroffenen, Eltern und Pädagogen. In J. Clausen & F. Herrath (Hrsg.), *Sexualität leben ohne Behinderung. Das Menschenrecht auf sexuelle Selbstbestimmung* (S. 111–123). Stuttgart: Kohlhammer.
- Bargfrede, S. (2006). Unterstützungsmöglichkeiten für Eltern mit geistiger Behinderung in Deutschland. In U. Pixa-Kettner (Hrsg.), *Tabu oder Normalität? Eltern mit geistiger Behinderung und ihre Kinder* (S. 283–299). Heidelberg: Universitätsverlag Winter.
- Bichler, J. & Schäfer, D. (1991). Praxiserfahrungen und Reflexionen. Diskussion 1. In J. Mohr & C. Schubert (Hrsg.), *Partnerschaft und Sexualität bei geistiger Behinderung* (S. 1–15). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Hennies, I. & Sasse, M. (2004). Liebe, Partnerschaft, Ehe und Kinderwunsch bei Menschen mit geistiger Behinderung. In E. Wüllenweber (Hrsg.), *Soziale Probleme von Menschen mit geistiger Behinderung* (S. 1–15). Berlin: Springer.

- tiger Behinderung: Fremdbestimmung, Benachteiligung, Ausgrenzung und soziale Abwertung (S. 65–77). Stuttgart: Kohlhammer.
- Hermes, G. (2004). *Behinderung und Elternschaft leben – kein Widerspruch! Eine Studie zum Unterstützungsbedarf körper- und sinnesbehinderter Eltern in Deutschland*. Neu-Ulm: AG SPAK Bücher.
- Leue-Käding, S. (2004). *Sexualität und Partnerschaft bei Jugendlichen mit einer geistigen Behinderung. Probleme und Möglichkeiten einer Enttabuisierung*. Heidelberg: Universitätsverlag Winter.
- Meier Rey, C. (1994). *Identität – Frau – Behinderung: Identitätsbildung und Identitätsentwicklung von Frauen mit Behinderungen*. Zürich: Zentralstelle der Studentenschaft.
- Offenhausen, H. (1981). *Behinderung und Sexualität. Probleme und Lösungsmöglichkeiten*. Bonn: Rehabilitationsverlag.
- Pixa-Kettner, U. & Rischer, C. (2013). Elternschaft von Menschen mit Behinderung – Entdiskriminierung und Ermutigung. In J. Clausen & F. Herrath (Hrsg.), *Sexualität leben ohne Behinderung. Das Menschenrecht auf sexuelle Selbstbestimmung* (S. 251–265). Stuttgart: Kohlhammer.
- Rischer, C. & Blochberger, K. (2001). 2. Zur Situation behinderter und chronisch kranker Eltern. In Bundesverband behinderter und chronisch kranker Eltern e.V. (Hrsg.), *Assistenz bei der Familienarbeit für behinderte und chronisch kranke Eltern. Ratgeber für die Organisation von personellen Hilfen bei der Pflege und Erziehung der Kinder* (S. 12–31). Langenhagen: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Rischer, C. (2001). 4. Der Einsatz von nicht bezahlten HelferInnen in der Familienarbeit. In Bundesverband behinderter und chronisch kranker Eltern e.V. (Hrsg.), *Assistenz bei der Familienarbeit für behinderte und chronisch kranke Eltern. Ratgeber für die Organisation von personellen Hilfen bei der Pflege und Erziehung der Kinder* (S. 32–33). Langenhagen: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Specht, R. & Zinsmeister, J. (2003). *Hilfe! Eltern? Elternhilfe. Eine Orientierung zu den Themen Kinderwunsch und Elternschaft von Menschen mit Behinderungen*. Berlin: Eigenverlag der Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz.
- Walter, J. & Hoyler-Herrmann, A. (1987). *Erwachsensein und Sexualität in der Lebenswirklichkeit geistigbehinderter Menschen. Biographische Interviews*. Heidelberg: Heidelberger Verlagsanstalt.
- Walter, J. (1996). Sexuelle Partnerschaft, Kinderwunsch und Elternschaft geistigbehinderter Menschen. In J. Walter (Hrsg.), *Sexualität und geistige Behinderung* (4. Aufl.; S. 290–296). Heidelberg: Universitätsverlag C. Winter.
- Walter, J. (2008). Selbstbestimmte Sexualität als Menschenrecht. In Walter, Joachim (Hrsg.), *Sexualbegleitung und Sexualassistenz bei Menschen mit Behinderungen*. (2. Aufl.; S. 15–30). Heidelberg: Universitätsverlag C. Winter.
- Wohlgensinger, C. (2007). *Unerhörter Kinderwunsch. Die Elternschaft von Menschen mit geistiger Behinderung: Eine Betrachtung aus sonderpädagogisch-ethischer Perspektive*. Biel: Edition SZH.
- Zinsmeister, J. (2013). Rechtsfragen der Sexualität, Partnerschaft und Familienplanung. In Clausen, J. & Herrath, F. (Hrsg.), *Sexualität leben ohne Behinderung. Das Menschenrecht auf sexuelle Selbstbestimmung* (S. 47–71). Stuttgart: Kohlhammer.

## Internetquellen

- bbe e.V. (2014). Bundesverband behinderter und chronisch kranker Eltern e.V. (2014). [http://www.behinderte-eltern.de/Papoo\\_CMS/?menuid=getlang=de](http://www.behinderte-eltern.de/Papoo_CMS/?menuid=getlang=de) (31.10.2014).

- Blochberger, K. (2008). Befragung zum Nutzen der Peer Counseling-Angebote des Bundesverbandes behinderter und chronisch kranker Eltern – bbe e.V. Evaluation eines Peer Counseling-Angebotes unter Berücksichtigung der Kriterien der Disability Studies. Masterarbeit. FH Hannover. <http://www.behinderte-eltern.de/pdf/Befragung.pdf> (28.10.2014).
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2011). Unser Weg in eine inklusive Gesellschaft. Der Nationale Aktionsplan der Bundesregierung zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention. [http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a740-nationaler-aktionsplan-barrierefrei.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/a740-nationaler-aktionsplan-barrierefrei.pdf?__blob=publicationFile) (31.10.2014).
- Bundesvereinigung der Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. (2011). Stellungnahme der Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V. zum Nationalen Aktionsplan der Behindertenrechtskonvention. <http://www.lebenshilfe.de/de/themen-recht/artikel/StellungnahmenBVLH.php> (31.10.2014).
- Linke, D. (2014). Unser Abtreibungswahn. Wird eine Behinderung pränatal diagnostiziert, entscheidet sich eine überwältigende Mehrheit für eine Abtreibung. Warum haben wir so große Angst vor behinderten Menschen? <http://www.zeit.de/gesellschaft/familie/2014-09/abtreibung-behinderung> (24.09.2014).
- Mensch zuerst – Netzwerk People First Deutschland e.V. (2002). Forderungen von Menschen mit Lernschwierigkeiten zum Thema Sexualität. <http://www.people1.de/02/t/06forderungskatalog.shtml> (28.10.2014).
- Michel, M., Wienholz, S. & Jonas, A. (o.J.). Die medizinische und soziale Betreuung behinderter Mütter im Freistaat Sachsen – eine medizinsoziologische Begleitstudie zum Aufbau eines Kompetenzzentrums für behinderte Mütter. [http://www.kompetenz-behinderte-eltern.de/pdf/Bericht\\_gesamt.pdf](http://www.kompetenz-behinderte-eltern.de/pdf/Bericht_gesamt.pdf) (02.11.2014).
- Michel, M., Müller, M., Seidel, A. & Wienholz, S. (2012). Abschlussbericht. Behinderte Mütter im Freistaat Sachsen – Ausbau der Bildungs- und Beratungsangebote und wissenschaftliche Begleitung der Arbeit des Kompetenzzentrums. [http://www.kompetenz-behinderte-eltern.de/pdf/Abschlussbericht\\_Kompetenzzentrum\\_2012.pdf](http://www.kompetenz-behinderte-eltern.de/pdf/Abschlussbericht_Kompetenzzentrum_2012.pdf) (02.11.2014).
- Statistisches Bundesamt (2011). Kurzbericht. Statistik der schwerbehinderten Menschen. [https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/BehinderteMenschen/SozialSchwerbehinderteKB5227101119004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/BehinderteMenschen/SozialSchwerbehinderteKB5227101119004.pdf?__blob=publicationFile) (02.11.2014).
- Zinsmeister, J. (2006). Staatliche Unterstützung behinderter Mütter und Väter bei der Erfüllung ihres Erziehungsauftrages. Rechtsgutachten im Auftrag des Netzwerks behinderter Frauen Berlin e. V. <http://bidok.uibk.ac.at/library/zinsmeister-rechtsgutachten.html> (09.11.2014).

