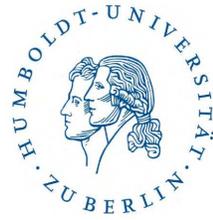


Reproduktive Gerechtigkeit

Unterrichtsmaterial für die Sekundarstufe

Seminar
Gesundheitsgerechtigkeit – Kritik und Vermittlung
Sommersemester 2022

Geographisches Institut – PD Dr. Henning Füller
Institut für Sozialwissenschaften – PD Dr. Henrik Lebuhn



Lison Decker

Marlene Steenken

Alexandra Klepp

Laura Häder

30.08.23

Diese Materialsammlung gibt Einblick in das Konzept der reproduktiven Gerechtigkeit und bietet Anstöße und Materialien, um das Thema im Rahmen des Unterrichts in der Sekundarstufe zu behandeln.

Inhalt

Profil Unterrichtseinheit	2
Hintergrund	8
Konzept Reproduktive Gerechtigkeit	8
Auswirkungen von Diskriminierungsformen auf Reproduktion	11
Weiterführendes Material	28
Portraits	28
Handlungsempfehlungen	32
Interview mit einer Hebamme in Ausbildung	35
Anlaufstellen in Berlin und Brandenburg	41
Anlauf- und Beratungsstellen	44
Anlauf- und Beratungsstellen	46
Websites	46
Bereich	46
Glossar	56
Quellen der Abbildungen	65
Literatur	66

Profil Unterrichtseinheit

Die Entscheidung darüber, wer ein Kind bekommen darf, wer sich gegen ein Kind entscheiden darf, unter welchen Bedingungen ein Kind großgezogen werden kann und wie Menschen über ihre sexuelle- und geschlechtliche Selbstbestimmung entscheiden dürfen, hängt von verschiedenen Faktoren ab. Das Konzept der reproduktiven Gerechtigkeit vereint all diese Aspekte und verweist darauf, dass systemische Ungleichheiten die Entscheidungen der betreffenden Menschen beeinflussen. Dabei rücken verschiedene Diskriminierungsformen in den Fokus, die auf Reproduktion wirken. Dazu zählen beispielsweise Ableismus, Queerfeindlichkeit, Rassismus, Sexismus und Klassismus.

Es soll unter anderem die Kompetenz gefördert werden, Differenzen in den Lebenswelten der Gesellschaft wahrnehmen zu können. Zentral ist hierbei die Fähigkeit der Schüler*innen einen Perspektivwechsel vornehmen zu können. Da es sich hierbei um eine Materialsammlung handelt, obliegt es der Lehrperson, eine geeignete Methode zu wählen, den Schüler*innen dieses Wissen zu vermitteln. Als Vorschlag beinhaltet die Materialsammlung Portraits und dazugehörige Infotexte zu den einzelnen Diskriminierungsformen in Zusammenhang mit dem Konzept der reproduktiven Gerechtigkeit.

„Von medizinischen und öffentlichen Stellen gab es kaum Glückwünsche zur Schwangerschaft. Es gab fragende, erschreckte und verständnislose Gesichter. Natürlich war dies nicht nur in öffentlichen Stellen so. Auch im Umfeld. Im Ort wurde getuschelt. Man wusste nicht, ob man uns zur Schwangerschaft gratulieren sollte oder eher bemitleiden. Mein Mann wurde gefragt: „Wie konnte denn DAS passieren?“

– Wheelymum in ihrem ersten Blogbeitrag am 07. Januar 2016

„Zusammen mit der großen Sorge, dass mein*e nicht-binäre*r trans* Partner*in zu viel Diskriminierung ausgesetzt wäre, wenn wir als Paar ein Kind bekommen, [...] hat diese negative Erfahrung [mit der Gynäkologin] dann dazu geführt, dass ich den [Kinder-]Wunsch einfach ad acta gelegt hab.“

– Anonyme*r Studienteilnehmer*in, „Queer und schwanger“

Ob auf T-Shirts, Beuteln oder Demoschildern -“MY BODY - MY CHOICE” - die Parole für das Recht auf Schwangerschaftsabbrüche, scheint heutzutage allgegenwärtig. Und das aus gutem Grund: Während in Deutschland nach 150 Jahren der §219a endlich aus dem Strafgesetzbuch verschwindet, werden Abbrüche in den USA wieder zunehmend kriminalisiert und illegalisiert. Seit der ersten Frauenbewegung zu Beginn des 20. Jahrhunderts ist das Recht auf körperliche Selbstbestimmung eine Grundforderung feministischer Kämpfe. Dominiert von cis-weiblichen, weißen und akademischen Frauen gerieten intersektionale Unterdrückungsmechanismen im Bereich der Reproduktion lange Zeit nicht in den Fokus. Doch beeinflussen institutionelle und strukturelle Machthierarchien wie Rassismus, Klassismus, Heteronormativität und Ableismus

nicht nur, ob sich schwangere Menschen gegen ein Kind entscheiden dürfen, sondern eben auch, ob und unter welchen Bedingungen sie sich dafür entscheiden dürfen (Ross 2017). Eine Antwort auf die fehlende Intersektionalität in dieser Debatte bietet das Konzept der reproduktiven Gerechtigkeit, das reproduktive Rechte mit sozialer Gerechtigkeit verknüpft.

Um Schüler*innen für die existenziellen Auswirkungen von Diskriminierungen im Bereich der Reproduktion zu sensibilisieren, kann dieses Materialpaket in unterschiedlichen Schulfächern als Ganzes oder in Teilen bearbeitet werden. Besonders der Englisch-, Politik- oder oft heteronormative Sexualkundeunterricht würden sich dafür anbieten. Das Material richtet sich sowohl an Schüler*innen, die selbst betroffen sind, sei es durch Faktoren sozialer Ungleichheit oder Erfahrungen mit dem Thema Schwangerschaft, als auch an Nicht-Betroffene. Schüler*innen, die später im Gesundheitswesen arbeiten möchten, könnten so ein aktiver Part der Lösung sein und die hier beschriebenen Diskriminierungen nicht mehr in dem Ausmaß reproduzieren. Im Anhang finden sich ausgearbeitete Vorschläge für Materialien, die Schüler*innen zur Verfügung gestellt werden können. Da sich die Lösungsvorschläge auf den Raum Berlin/Brandenburg beziehen, empfehlen wir eine Nutzung der Materialien mit Schulklassen in diesen Bundesländern. Der theoretische Hintergrund ist als thematische Einführung für Lehrer*innen konzipiert. Nach einer Definition des Konzepts reproduktiver Gerechtigkeit, gliedert sich die Arbeit thematisch in vier Blöcke, in denen jeweils die Auswirkungen unterschiedlicher Diskriminierungsformen auf die Reproduktion dargelegt und historisch eingeordnet werden.

Aufgaben	Ziel	Kompetenzen	Material und Methoden
Block 1			
Einstieg in das Thema mit Triggerwarnungen	Den Schüler*innen wird das Thema vorgestellt, Triggerwarnungen werden ausgesprochen und die Schüler*innen werden gedanklich abgeholt.	das individuell konstruierte Abbild der eigenen Wirklichkeit auf Grundlage von Wissen, Erfahrungen und Einstellungen begreifen	Lehrvortrag

Aufgaben	Ziel	Kompetenzen	Material und Methoden
Klasse teilt sich in 4 Gruppen und jede Gruppe bekommt einen Input auf Mikroebene durch Portraits verschiedener Familien	Durch die persönlichen Geschichten aus der Betroffenenperspektive soll den Schüler*innen der Perspektivwechsel erleichtert werden. Es soll Empathie aufgebaut werden, um die darauffolgenden Infotexte besser erfassen zu können.	Stärken der Urteils- und Orientierungskompetenz durch Wahrnehmen von Differenzen in der Lebensumwelt Reflexion der eigenen Wahrnehmung das individuell konstruierte Abbild der eigenen Wirklichkeit auf Grundlage von Wissen, Erfahrungen und Einstellungen begreifen	Portraits (Einzelarbeit)
Austausch über Portraits innerhalb der Gruppe	Auf welche strukturellen Diskriminierungsformen kann hier geschlossen werden? Erkenntnis, dass es sich nicht um Einzelfälle handelt.	Stärken der Urteils- und Orientierungskompetenz durch Wahrnehmen von Differenzen in der Lebensumwelt	internes Plenum (Gruppenarbeit)
aus jeder der Expert*innengruppe kommt eine Person zusammen + Erstellen eines Schaubildes	Was für Unterschiede und Gemeinsamkeiten haben die betrachteten Portraits?	Stärken der Urteils- und Orientierungskompetenz durch Wahrnehmen von Differenzen in der Lebensumwelt Verantwortung übernehmen für den Lernerfolg und das eigene lernen aktiv mitgestalten	Expert*innen im Plenum Plakat/Schaubild (Gruppenpuzzle)
Block II Lesen der jeweiligen Infotexte in Expert*innengruppen	Wissensvermittlung um die strukturellen Gegebenheiten der globalisierten Welt	Wissenserwerb Stärkung der Fähigkeit zum Perspektivenwechsel Stärken der Urteils- und Orientierungskompetenz durch Wahrnehmen von Differenzen in der Lebensumwelt	Infotexte (Einzelarbeit)

Aufgaben	Ziel	Kompetenzen	Material und Methoden
Austausch über Makroebene	Austausch darüber, was die Schüler*innen bereits wussten und welches Wissen neu hinzugekommen ist und ein Ergänzen der Schaubilder.	Reflexion der eigenen Wahrnehmung sich selbst in den Lebensbereichen verorten Stärkung der Fähigkeit zu Perspektivenwechsel und Partizipation	internes Plenum (Gruppenarbeit)
Austausch zwischen den Expert*innengruppen für die Lösungsmöglichkeiten für die dargestellten Problemlagen	Austausch über die jeweiligen Infotexte und Transfer von Informationen. Erörterung für mögliche Lösungsvorschläge der Problemlagen.	Begreifen der Probleme in der globalisierten Welt und der Bevölkerungsentwicklung Fähigkeit zur verständlichen und anschaulichen Präsentation und Dokumentation von Ergebnissen Stärkung der Fähigkeit zu Perspektivenwechsel und Partizipation	Expert*innen im Plenum (Gruppenpuzzle) Schaubilder aus Block I
eigenständiges Recherchieren von Beratungsstellen	Die Schüler*innen sollen aktiv werden und sich mit den gegebenen Anlaufstellen der Stadt vertraut machen. Sie sollen wissen, wo sie selbst oder andere Menschen Hilfe finden können.	selbstständige Recherche und Informationen aus unterschiedlichen Quellen erfassen, analysieren und verstehen Handlungsoptionen für eine verantwortliche Teilnahme am politischen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Leben entwickeln	mobile Endgeräte (Einzelarbeit)

Aufgaben	Ziel	Kompetenzen	Material und Methoden
im Plenum die gefundenen Lösungen zusammentragen	Verständnis, dass frühe Sensibilisierung wichtig ist und dass in der globalisierten Welt alles miteinander zusammenhängt.	Fähigkeit zur verständlichen und anschaulichen Präsentation von Ergebnissen Sozialwissenschaftliche Sachverhalte hinsichtlich ihrer gegenwärtigen und zukünftigen Bedeutsamkeit bewerten Stärkung der Fähigkeit zu Perspektivenwechsel und Partizipation problemorientierte Analyse struktureller Bedingungen und institutioneller Ordnungen sozialen Handelns in Gesellschaft, Wirtschaft, Politik und Recht erschließen, dass unterschiedliche Interessen zu Konflikten führen, und charakterisieren Verfahrensregeln zur Konfliktbewältigung in den verschiedenen Bereichen der Lebenswelt	großes Plenum mit allen (Gruppenarbeit) und Tafelbild mit Lösungsvorschlägen

Quelle: Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Familie (2022): Rahmenlehrplan für die gymnasiale Oberstufe - Sozialwissenschaften Teil C. <https://www.berlin.de/sen/bildung/unterricht/faecher-rahmenlehrplaene/rahmenlehrplaene/> (Zugriffsdatum: 26.09.2022)

Durch Triggerwarnungen soll zu Beginn der Lerneinheit darauf aufmerksam gemacht werden, dass sensible Inhalte behandelt werden. Themen wie Geburt und Abtreibung können retraumatisierende Zustände bei Personen hervorrufen, die damit schlechte Erfahrungen gemacht haben. Deshalb sollte jede Person für sich selbst entscheiden dürfen, ob sie sich mit diesen Themen im Rahmen des Projektes auseinandersetzen möchte oder nicht.

Bei der Bearbeitung des Materialpakets sollte auf die Nutzung sensibler Sprache geachtet werden, um zum einen betroffene Personen nicht zu verletzen oder auszuschließen und zum anderen bei der Weitergabe von neuem Wissen gar nicht erst Begriffe zu erlernen, welche verletzend oder ausschließend sein können. Außerdem ist es wichtig, einen Rahmen zu schaffen, in dem die Schüler*innen sich wohl und sicher fühlen, möglichst frei von Vorurteilen und Diskriminierung. Den Schüler*innen steht es frei, wie intensiv sie sich mit dem Thema auseinandersetzen wollen, weshalb Expert*innengruppen gebildet werden. Somit kann besser auf individuelle Bedürfnisse und Lebensumstände eingegangen werden.

Im Anhang befindet sich neben den Portraits und Infotexten ein Glossar, welches den Schüler*innen für die Bearbeitung des Materialpakets zur Verfügung gestellt werden kann. Dies wird dringend empfohlen, damit Verständnislücken problemlos geschlossen werden können und die Verwendung sensibler Sprache erlernt wird.

Zielgruppe

Durch Triggerwarnungen soll zu Beginn der Lerneinheit darauf aufmerksam gemacht werden, dass sensible Inhalte behandelt werden. Themen wie Geburt und Abtreibung können retraumatisierende Zustände bei Personen hervorrufen, die damit schlechte Erfahrungen gemacht haben. Deshalb sollte jede Person für sich selbst entscheiden dürfen, ob sie sich mit diesen Themen im Rahmen des Projektes auseinandersetzen möchte oder nicht.

Bei der Bearbeitung des Materialpakets sollte auf die Nutzung sensibler Sprache geachtet werden, um zum einen betroffene Personen nicht zu verletzen oder auszuschließen und zum anderen bei der Weitergabe von neuem Wissen gar nicht erst Begriffe zu erlernen, welche verletzend oder ausschließend sein können. Außerdem ist es wichtig, einen Rahmen zu schaffen, in dem die Schüler*innen sich wohl und sicher fühlen, möglichst frei von Vorurteilen und Diskriminierung. Den Schüler*innen steht es frei, wie intensiv sie sich mit dem Thema auseinandersetzen wollen, weshalb Expert*innengruppen gebildet werden. Somit kann besser auf individuelle Bedürfnisse und Lebensumstände eingegangen werden.

Im Anhang befindet sich neben den Portraits und Infotexten ein Glossar, welches den Schüler*innen für die Bearbeitung des Materialpakets zur Verfügung gestellt werden kann. Dies wird dringend empfohlen, damit Verständnislücken problemlos geschlossen werden können und die Verwendung sensibler Sprache erlernt wird.

Relevanz

Für Schüler*innen ist es wichtig, die Kompetenz eines Perspektivwechsels zu erlernen und damit zu einer Gesellschaft beizutragen, die frei von Vorurteilen und sozialer Ungleichheit ist. Die Kinder von heute sind die Entscheidungsträger*innen von morgen und deshalb sollten sie die Möglichkeit bekommen, sich umfänglich mit diversen Lebensrealitäten auseinanderzusetzen. Denn nur das, was Menschen kennenlernen, können sie in ihren Entscheidungen berücksichtigen. Im Speziellen sollen sich Schüler*innen mit diesem Materialpaket ihrer eigenen Rechte und Privilegien bewusst werden und zugleich Diskriminierung struktureller Art verstehen und einordnen lernen. Daraus soll ein

partizipatorisches Bewusstsein entstehen, sich zu ermächtigen und etwas an der globalen und intersektional bestehenden Ungleichheit für sich selbst und für andere verändern zu wollen. Zudem soll den Schüler*innen durch eine eigenständige Recherche von Beratungsstellen eine praktische Möglichkeit an die Hand geben werden, Hilfe für sich oder andere suchen zu können. Gerade in Berlin sind diverse Lebenswelten und alternative Familienkonzepte sehr sichtbar, was dazu beitragen kann, dass Schüler*innen über den Tellerrand hinaus blicken und eigene Vorstellungen entwickeln, wie sie einmal leben möchten.

Der feministische Fokus auf die Entkriminalisierung von Abtreibungen muss durch die Perspektive fortschreitenden reproduktiven Technologien, Methoden und medizinischen Angeboten erweitert werden. Dabei sollte die intersektionale Debatte, die die Rechte von Geflüchteten in Deutschland genauso berücksichtigt wie die Bedeutung von Bevölkerungspolitik, Klimaschutz und Entwicklungspolitik beinhalten. Seit der Weltbevölkerungskonferenz in Kairo 1994 gehören sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte vor allem mit dem Fokus Familienplanung auch offiziell zur internationalen Bevölkerungspolitik.

Umfang

Inhaltlich können sich Schüler*innen tiefgehend über einen längeren Zeitraum oder über zwei Doppelstunden mit den wesentlichen Aspekten des Konzepts der reproduktiven Gerechtigkeit vertraut machen. Es obliegt der Lehrperson, wie die Umsetzung des Wissenserwerbs stattfindet. Je nachdem richtet sich auch der Umfang für die Bearbeitung dieses Materialpakets. Zur besseren Handhabung ist das Materialpaket in zwei Blöcke unterteilt. Durch das Bilden von Expert*innengruppen kann die Intensität der Bearbeitung variieren und ein Eingehen auf die unterschiedlichen Bedürfnisse der Schüler*innen wird möglich.

Hintergrund

Konzept Reproduktive Gerechtigkeit

Während einer Pro-Choice Konferenz 1994 in Chicago entwickelten 12 Schwarze Frauen, unter ihnen Loretta J. Ross, das Konzept der reproduktiven Gerechtigkeit. Ohne die Wichtigkeit des Abtreibungsrechtes anzugreifen, wollten sie seine Vorrangstellung im weiß dominierten Feminismus in Frage stellen. Das Recht auf Schwangerschaftsabbrüche ist für sie ein Grundpfeiler körperlicher Selbstbestimmung für Menschen mit Uterus, allerdings ignoriert der alleinige Kampf für Abtreibungsrechte andere unterdrückende Systeme wie white Supremacy, Misogynie und Neoliberalismus (Ross 2017). In Anlehnung an die Forderungen des Combahee River Collectives von 1977 schufen sie ein intersektionales Konzept rund um die reproduktive Gesundheitsversorgung für Menschen mit Uterus.¹ Ihrer Auffassung

¹Um binäre Vorstellungen von Geschlecht nicht zu reproduzieren, sprechen wir von „Menschen mit Uterus“. Allerdings werden die Begriffe „Frau“ und „Mann“ in Teilen auch genutzt, weil die Datenerhebung in den meisten Fällen nur in binären Geschlechterkategorien erfolgt. Es sind also nicht ausschließlich cisgeschlechtliche Menschengemeint, sondern „Frauen“ und „Männer“ als soziologische Analysekatoren.

nach sollte die Gesundheitsversorgung die Abdeckung von Abtreibungen, Verhütungsmitteln, Vorsorgeuntersuchungen für Menschen mit Uterus, prä- und postnataler Betreuung, Myomen, Unfruchtbarkeit, Vorsorge und Behandlung von Gebärmutterhals- und Brustkrebs, Morbidität und Mortalität von Säuglingen und Müttern, Gewalt in der Partner*innenschaft, HIV/AIDS und anderen sexuell übertragbaren Infektionen beinhalten (Ross 2017: 290). An der Schnittstelle von Race, Klasse und Gender verbanden sie Forderungen nach sozialer Gerechtigkeit mit reproduktiven Rechten und formulierten drei grundlegende Menschenrechte: “(1) Das Recht, ein Kind unter selbstgewählten Bedingungen zu bekommen; (2) Das Recht, kein Kind zu bekommen mit Hilfe von Empfängnisverhütung, Abtreibung oder sexueller Abstinenz; und (3) Das Recht, Kinder in einer sicheren und gesunden Umgebung frei von individueller oder staatlicher Gewalt aufzuziehen” (Ross 2017: 90). 2012 wurde von jüngeren Aktivist*innen ein vierter Grundsatz hinzugefügt: „(4) Das Menschenrecht auf sexuelle Autonomie, geschlechtliche Selbstbestimmung und sexuelle Lust” (Ross 2021: 19). Bereits 1983 gründete Bylye Avery das “National Black Women’s Health Project” (heute „Black Women’s Health Imperative”) welches explizit die Gesundheitsprobleme Schwarzer Frauen in den USA ansprach (Ross 2017: 298). Während die Konzeption reproduktiver Gerechtigkeit von Schwarzen Feminist*innen durchgeführt wurde (unter ihnen führende Mitglieder des „National Black Women’s Health Project”) schlossen sich nach kurzer Zeit Communitys of Color und indigene Communitys an. 1997 gründete Luz Rodriguez dann das “SisterSong Women of Color Reproductive Justice Collective”, als erstes Kollektiv, das sich aktiv gegen Rassismus und andere Formen der Ausbeutung, Beherrschung und Entmenschlichung im Bereich der Reproduktion einsetzte (Ross 2017: 299).

Eine Grundannahme der reproduktiven Gerechtigkeit ist, dass systemische Ungleichheit schon immer Menschen in ihren Entscheidungen rund ums Kinderkriegen und Elternschaft beeinflusst hat. Institutionalisierte Machtverhältnisse, wie Rassismus, Sexismus, Kolonialismus und Klassismus, beeinflussen die Freiheit von Individuen in kapitalistischen Gesellschaften. Weitere Faktoren wie der Aufenthaltsstatus, Behinderungen, Geschlechtsidentität, Leben in Gefangenschaft, sexuelle Orientierung und/oder Alter beeinflussen die reproduktive Versorgung, die Menschen erhalten (Ross 2017: 291). Beispielsweise wird in den USA undokumentierten migrantischen Frauen in US-Internierungslagern nach sexuellen Übergriffen eine psychologische Beratung verweigert, ebenso der Zugang zu Menstruationsartikeln und reproduktiver Gesundheitsversorgung (Ross 2021: 23). Dies zeigt nur beispielhaft, wie die reproduktiven Optionen von marginalisierten Communitys durch eine Form der verdeckten reproduktiven Kontrolle durch den Staat eingeschränkt werden. Genau diese Systeme der Einschränkung sollen durch reproduktive Gerechtigkeit aufgedeckt und analysiert werden. Außerdem macht es sichtbar, welche materiellen Konsequenzen die Verkörperlichung sozialer Verhältnisse hat und welche reproduktiven Verwundbarkeiten durch white Supremacy und Neoliberalismus produziert werden (Ross 2021: 27).

Damit widersetzt sich dieser Ansatz bewusst hegemonialen weißen und ethnozentrischen feministischen Theorien und Praktiken und ermöglicht die Analyse multipler Erfahrungen von Ungerechtigkeit und Unterdrückung. Der Fokus liegt jedoch darauf, die Kategorien

aufzudecken, die die größten materiellen Unterschiede zwischen Menschen produzieren, wobei „Kategorien“ hier bewusst anti-essentialistisch verstanden werden (Ross 2021).

„Reproduktive Gerechtigkeit: 1) orientiert sich an Intersektionalität: die adressierten Problemlagen müssen miteinander in Verbindung gebracht werden; 2) verbindet das Lokale mit dem Globalen; 3) basiert auf den Prinzipien der Menschenrechte; 4) verbindet das Individuum mit der Community; 5) thematisiert die Verantwortung von Regierungen und Unternehmen; 6) bekämpft alle Formen von Bevölkerungskontrolle bzw. Eugenik; 7) verschreibt sich dem Ziel, individuelle und gemeinschaftliche Formen der Selbstorganisation zu stärken, womit Machtverschiebungen einhergehen; 8) rückt marginalisierte Communitys ins Zentrum der Analyse; 9) versteht, dass politische Macht, die Partizipation der Betroffenen sowie Gesetzes- und Politikänderungen notwendig sind, um reproduktive Gerechtigkeit zu erreichen; 10) entwickelt eigene intersektionale Zugänge, wie Theorie, Strategie und Praxis miteinander verbunden werden können; und 11) gilt für alle.“ (Ross 2021: 28).

Reproduktion und Biopolitik

Institutionelle Beschränkungen der reproduktiven Möglichkeiten von Individuen und marginalisierten Bevölkerungsgruppen können nach Foucault als biopolitische Strategie interpretiert werden (Ross 2021; Foucault, 2014 [1976]). Biopolitik bzw. „Biomacht bezeichnet eine Situation, in der das, was für die Macht wirklich auf dem Spiel steht, die Produktion und Reproduktion des Lebens selbst ist“ (Hardt/Negri 2002: 39). Biopolitik bedeutet, dass das menschliche Leben, der menschliche Körper selbst zum Objekt politischer Strategien wird. Sie operiert insbesondere durch die Medizin [...] und durch die Selbstregulierung von Individuen anhand sozialer Normen [...] (Spahn 2019: 179). Reproduktive Wünsche, Entscheidungen und Möglichkeiten, die nicht der medizinischen oder gesellschaftlichen Norm entsprechen, werden von Medizin und Gesellschaft eingeschränkt. Biopolitik ist, wenn trans* Männer schwanger werden wollen und dabei auf Hürden und Gewalt treffen, die cis-geschlechtliche Menschen so nicht kennenlernen (Spahn 2019). Biopolitik ist auch, wenn Familie und vor allem Menschen mit Uterus Ziel von familienpolitischen Maßnahmen werden, die das Humankapital der Bevölkerung erhöhen sollen (Hajek 2020).

Auch auf globaler Ebene gibt es zahlreiche Beispiele für die Einschränkung reproduktiver Möglichkeiten als biopolitische Strategie. So gibt es in der heutigen Bevölkerungspolitik zwei Tendenzen: Auf der einen Seite wird häufig von der Gefahr der „Überbevölkerung“ gesprochen. Vor allem in Teilen Afrikas und Südasiens gebe zu viele junge Menschen (Kimari 2018). Viele politische Entscheidungsträger*innen sehen sich in der Verantwortung, die Fruchtbarkeit von jungen Menschen mit Uterus an dieser Stelle einzudämmen, um Auswirkungen des Klimawandels wie Mangelernährung, Armut und Kriege entgegenzuwirken. Die Reproduktion von Bewohner*innen dieser Länder wird in Folge dessen eingeschränkt und die Kriterien, welches Leben erwünscht ist und welches nicht, werden durch selektive Reproduktionspraktiken- und technologien unterstützt (Sama Resource Group for Women and Health 2021). Biopolitische Maßnahmen wie Geburtenkontrolle, restriktive Grenzregime,

Enteignung, Verhaftung und Freiheitsentzug werden als legitime Lösungsansätze für die Probleme – deren Ursachen an anderer Stelle liegen – angewendet (Kyere 2021: 89). Auch rechte Kreise machen sich diese Logik für ihre rassistisch motivierte Einwanderungspolitik zu Nutze. Die hohe Bevölkerungszahl in Gebieten, aus denen Menschen flüchten, wird als Ursache für eine grenzüberschreitende Migrationsbewegung gesehen. Bei den geforderten Maßnahmen, die die Einwanderung beschränken sollen, werden marginalisierte Gruppen, wie beispielsweise Migrant*innen, Geflüchtete, ethnische oder religiöse Minderheiten zum Ziel von Abschiebung, Verhaftung und Geburtenkontrolle (Kyere 2021: 65). An dieser Stelle lässt sich der von Loretta J. Ross geprägte Begriff des „reprocide“ (Ross 2017: 293) einbringen, um das Kumulativ an biopolitischen Strategien sprachlich besser zu fassen. Reprozid - ein Neologismus aus Reproduktion und Genozid - bedeutet die Auslöschung der reproduktiven Möglichkeiten einer marginalisierten Gruppe.

Auf der anderen Seite gibt es gleichzeitig in vielen Regionen der Welt den Trend einer alternden Bevölkerung, da die Geburtenraten rückläufig sind. Diese zwei Annahmen und die Idee der Optimierung der Bevölkerung veranlassen Diskussionen über selektive Kriterien, wer existieren soll und wer nicht (Sama Resource Group for Women and Health 2021).

Repronormativität

Welche Vorstellung von der „Familie“ ist im europäischen Raum hegemonial? Eine Familie besteht aus Mutter (cis-Frau), Vater (cis-Mann) und ihren leiblichen Kindern. Sie ist also zweigeschlechtlich, heterosexuell, nicht be_hindert und weiß. Zudem besteht die Annahme, Mutterschaft sei dem Frausein inhärent, nur durch Fortpflanzung können Menschen ein erfülltes Leben führen und leibliche Elternschaft sei die wertvollste. Diese Reihe an Normen rund um die Reproduktion, die Franke (2001: 183ff.) als „Repronormativität“ konzeptualisiert, sind dabei so naturalisiert, dass sie kaum als solche wahrgenommen oder hinterfragt werden. Dabei entlarvt sie den als natürlich erscheinenden Kinderwunsch als kulturelle Norm. Wer sich bewusst gegen Kinder entscheidet, muss sich erklären und gilt als egoistisch, wer aus medizinischen Gründen keine Kinder bekommen kann, wird stark bemitleidet (Franke 2001: 185). Doch gelten diese repronormativen Ansprüche nicht für alle Familien, sondern lediglich an weiße, „gesunde“, heterosexuelle cis-Frauen in einer Zweierbeziehungen (mit einem cis-Mann) (Nieder et al., 2022).

Auswirkungen von Diskriminierungsformen auf Reproduktion

Reproduktive Gerechtigkeit ist eine Antwort auf die oft intersektional verwobenen Herrschaftsverhältnisse in kapitalistischen Gesellschaften, die auf alle Fragen der Reproduktion wirken. Um nicht nur auf dieser Makroebene zu bleiben, sondern aufzuzeigen, welche Folgen dieser Umstand für die Lebensrealität von Individuen hat, gehen wir im Folgenden auf fünf Diskriminierungsformen im einzelnen ein. Subjektive Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem, insbesondere bei einem so emotional aufgeladenen Thema wie der

Reproduktion, beeinflussen zukünftige Gesundheitsentscheidungen. Personen, die bereits diskriminierende Erfahrungen während einer gesundheitlichen Versorgung gemacht haben, werden diese zukünftig nicht mehr in Anspruch nehmen (Winkler/Babac 2022). So verkörpern sich systemische Ungleichheiten.

Die Abschnitte über Ableismus, Queerfeindlichkeit, Sexismus, Armut, Klassismus und Rassismus im Rahmen der Reproduktion sollen einen Überblick über den aktuellen Stand der Forschung zu diesen Themen in Deutschland geben. Dieser Abschnitt richtet sich an Lehrkräfte, um die eher vereinfachten Materialien für Schüler*innen (weiter unter) verstehen und ergänzen zu können.

[Ableismus]Ableismus²

Eine der fünf Diskriminierungsformen und ihre Auswirkungen auf Reproduktion, mit denen sich diese Arbeit auseinandersetzt, ist Ableismus. Das Wort Ableismus ist die eingedeutschte Version des englischen Begriffs „ableism“. „Able“ kann mit „fähig“ übersetzt werden, „die Endung ‚-ismus‘ zeigt an, dass eine Wissensgestalt beschrieben werden soll“ (Buchner et al. 2015), also „ein in sich geschlossenes Gedankensystem“ (Arnade 2016: 3). Bei Ableismus handelt es sich um die Beurteilung von Menschen nach ihren Fähigkeiten oder auch die Reduzierung auf bestimmte Eigenschaften und Fähigkeiten, wie zum Beispiel eine Be_hinderung. Die Beurteilung kann in eine positive sowie negative Richtung ausfallen; Reaktionen wie überschwängliches Lob und Freundlichkeit, Mitleid oder offene Abwertung können alle ableistisch sein. Da es eine Vielzahl von Be_hinderungen gibt und die Definition dessen, was als Be_hinderung gilt, kulturell und historisch bedingt ist, fällt die Anzahl der verschiedenen Formen von Diskriminierung und ihren Ebenen ebenfalls sehr groß aus. Ihnen allen ist aber gemein, dass sie ein Anders-Sein konstituieren, eine Abweichung von der Norm, wodurch wiederum Normativität produziert wird.

„Ableismus gibt es überall, wo Menschen mit und ohne Behinderung aufeinandertreffen“ (Arnade 2016: 11). Vor allem aber auch im Gesundheitssystem (Ebd.: 5) und hier spielt auch das Thema Reproduktion eine Rolle. Das Recht auf Elternschaft, das prinzipiell jedem Menschen zusteht, wird in Teilen durch verschiedene ableistische Mechanismen verwehrt.

Sterilisation nach § 1905 Bürgerliches Gesetzbuch

So besteht nach § 1905 Bürgerliches Gesetzbuch (§ 1905 Absatz 1 BGB) die Möglichkeit, durch das Betreuungsgericht angeordnete Sterilisationen bei Betreuten durchzuführen, die nicht einwilligungsfähig sind. Die Einwilligung können Betreuer*innen treffen, wenn:

²Unter Berücksichtigung feministischer Wissenschaftskritik soll hier die gesellschaftliche Position der Person, aus deren Blickwinkel dieser Beitrag verfasst wurde, reflektiert werden. Die Autorin begreift sich in ihrem Begehren und ihrem Geschlechts als queer und bewegt sich in FLINTA* Communities. Als weiße, nicht-be_hinderte Person ohne Migrationsbiografie und Akademikerin ist sie in vielerlei Hinsicht gesellschaftlich privilegiert.

- (1) Die Sterilisation dem Willen des Betreuten nicht widerspricht, (2) der Betreute auf Dauer einwilligungsunfähig bleiben wird, (3) anzunehmen ist, dass es ohne die Sterilisation zu einer Schwangerschaft kommen würde, (4) infolge dieser Schwangerschaft eine Gefahr für das Leben oder die Gefahr einer schwerwiegenden Beeinträchtigung des körperlichen oder seelischen Gesundheitszustands der Schwangeren zu erwarten wäre, die nicht auf zumutbare Weise abgewendet werden könnte, und (5) die Schwangerschaft nicht durch andere zumutbare Mittel verhindert werden kann.

Nummer 3 sagt aus, dass ein Schwangerschaftsrisiko bestehen muss - die betroffene Person muss also sexuell aktiv sein. In Zusammenhang mit Nummer 4 lässt sich erschließen, dass das Gesetz nur in die Körper eingreifen kann, die überhaupt schwanger werden können. Eine mögliche Sterilisation betrifft demnach nur eine Person (meist cis-Frauen), wobei an der sexuellen Handlung (mindestens) eine weitere Person beteiligt sein muss (meist cis-Männer), damit die Möglichkeit einer Schwangerschaft überhaupt besteht.

Bei cis-Männern kann nach dem sogenannten Kastrationsgesetz auf freiwilliger Basis eine Kastration erfolgen. Anders als bei einer Vasektomie wird hier massiv in die hormonelle Steuerung der Sexualität eingegriffen. Alternativ können sich Betreuer*innen auf § 1904 BGB (Genehmigung des Betreuungsgerichts bei ärztlichen Maßnahmen) berufen, falls der Eingriff nicht freiwillig durchgeführt werden kann. Menschen mit Uterus erhalten demnach eine gesonderte Behandlung durch den Gesetzgeber. Eine mehrfache Diskriminierung wird deutlich, weil Sexismus und Ableismus an diesem Punkt aufeinandertreffen. Eine Statistik des Bundesamts für Justiz zeigt, dass im Jahr 2016 23 Sterilisationen nach § 1905 BGB genehmigt worden sind (2018: 3), ob diese tatsächlich durchgeführt worden sind, ist offen. Neuere Zahlen sind aufgrund einer Umstellung in der Betreuungsstatistik nicht vorliegend. Die Statistik zeigt zudem, dass die Zahlen seit 1992 insgesamt rückläufig sind, wenn auch nicht kontinuierlich.

Seit dem 26.03.2009 ist die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) geltendes Recht in Deutschland (Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen 2018: 4). Artikel 23 Absatz 1 Buchstabe c der UN-BRK sagt aus, dass die Vertragsstaaten gewährleisten sollen, dass "Menschen mit Behinderungen, einschließlich Kindern, gleichberechtigt mit anderen ihre Fruchtbarkeit behalten" (Ebd.: 20). Der § 1905 BGB verstößt gegen die UN-BRK, was 2015 auch der Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen der Vereinten Nationen (CRPD) beklagte und Deutschland empfahl, den besagten Paragraphen aufzuheben (2015: 7). Dies ist bis heute nicht geschehen. 2020 wurde eine Petition eingereicht, die die Streichung des Paragraphens fordert und dies mit dem erhöhten Risiko sexualisierter Gewalt für be_hinderte Menschen mit Uterus begründet (Deutscher Bundestag 2020). Das Argument wird auch im Kommentar des wissenschaftlichen Beirats zum Kapitel Sicherheit und Schutz der Person im Dritten Teilhabebericht der Bundesregierung aufgemacht: "In der Praxis sind folgenschwere Fehlanreize des § 1905 BGB zu beobachten, indem die Sterilisation behinderter Menschen als bequemer Ausweg aus der realen Missbrauchsgefahr in Einrichtungen angeführt und damit nicht nur Ursache und Wirkung verdreht, sondern Menschenrechtsverletzungen faktisch gedoppelt und auf Dauer gestellt werden" (Maetzel et al. 2021: 709). Weil für be_hinderte Menschen in Einrichtungen

eine Gefahr der sexualisierten Gewalt besteht und die Mechanismen zur Verhinderung dieser nicht ausreichend gut funktionieren, wird in manchen Fällen versucht, Sterilisationen zur Vertuschung und Abwendung von Schwangerschaften und ihren Folgen zu nutzen. Dass dieses Vorgehen nicht die strengen Voraussetzungen des § 1905 BGB erfüllt, zeigt ein Beschluss des Landgerichts (LG) Flensburg: “[...] Das Gericht hält es für nicht vertretbar, behinderte, nicht ausreichend abwehrfähige Menschen sehenden Auges der erhöhten Gefahr eines sexuellen Missbrauchs oder einer Vergewaltigung auszusetzen und mittels einer Sterilisation lediglich einen Teil der potentiellen Folgen auszuschließen [...]” (LG Flensburg 2019).

Der Fall der Zwangssterilisationen zeigt, dass die reproduktiven Rechte von Menschen mit Be_hinderung in Deutschland nicht in dem Maße geschützt werden, die sich der Gesetzgeber selbst auferlegt hat. Gerade vor dem Hintergrund der Euthanasie im nationalsozialistischen Deutschland, stellt sich die Frage, warum der § 1905 BGB noch Teil des Gesetzes ist.

Reproduktive Entscheidungen und Freiwilligkeit

Neben Zwangssterilisation dürfen derartige Eingriffe weiterhin auch auf freiwilliger Basis erfolgen. Voraussetzung für Sterilisationen, denen be_hinderte Menschen zustimmen, ist eine ausreichende Aufklärung über die Konsequenzen des Eingriffs. Dafür muss wiederum ein Verständnis von Sexualität vorhanden sein. In einer vom Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) veröffentlichten Studie geben 47 Prozent der Frauen mit Be_hinderung, die in einer Einrichtung leben an, verheiratet oder in einer festen Beziehung zu sein (Schröttle et al. 2014: 54). 52 Prozent der Befragten dieser Gruppe geben an, sexuell aufgeklärt worden zu sein (Ebd.: 55). 37 Prozent der in Einrichtungen lebenden Frauen, die in vereinfachter Sprache befragt wurden, sind in ihrem Leben mindestens einmal sexuell aktiv gewesen (Ebd.: 55). Trotzdem ist die Rate der Nutzung von Verhütungsmitteln, Sterilisationen und Schwangerschaftsabbrüchen in dieser Gruppe vergleichsweise hoch (Schröttle et al. 2013: 244f.).

All diese Entscheidungen beruhen auf den ersten Blick zwar auf Freiwilligkeit der Betroffenen, aber die geringe Aufklärungsquote und die im Vergleich vermehrte Anwendung, weisen darauf hin, dass Zwang oder Ausübung von Druck doch eine Rolle spielen könnten. Analysen von Interviews zeigen, dass be_hinderte Frauen, die in Einrichtungen leben und sterilisiert sind, nicht vollständig über ihre Rechte aufgeklärt, sowie von Familienmitgliedern oder medizinischem Personal gedrängt worden sind oder über die Hintergründe nicht sprechen wollen (Zinsmeister 2012: 231). Von Freiwilligkeit kann demnach nicht mehr die Rede sein. Zu ähnlichen Ergebnissen gelangt der Teil der Befragungen bezüglich der Verhütungsmittel. In Einrichtungen für Menschen mit Be_hinderung wird die sogenannte Drei-Monats-Spritze häufig zu Verhütungszwecken verschrieben, auch prophylaktisch (Schröttle et al. 2014: 55). Diese ist wegen ihrer starken Nebenwirkungen umstritten und wird vom Rest der Bevölkerung in nur einem sehr geringen Maße genutzt (Zinsmeister/Vogel 2018: 14). Auch hinsichtlich dieses Punktes kann nicht von selbstbestimmten Entscheidungen gesprochen werden, gerade in Einrichtungen werden Menschen mit Be_hinderung bevormundet.

Schrötle et al. kommen zu dem Schluss: „Offensichtlich scheinen Familiengründungen bei Frauen mit sogenannten geistigen Behinderungen in Einrichtungen weder vorgesehen noch erwünscht zu sein, geschweige denn gefördert zu werden“ (2013: 244). Einen möglichen zugrundeliegenden Mechanismus erläutern Zinsmeister und Vogel: „Weiblichkeit wird zwar meist mit Fürsorglichkeit assoziiert, eine Behinderung jedoch wird mit Fürsorgebedürftigkeit gleichgesetzt“ (2018: 14). Die genannten Beispiele der medizinischen Praktiken und juristischen Bestimmungen, die diese legitimieren, zeichnen ein klares Bild. Dass Menschen mit Behinderung Kinder bekommen, ist unerwünscht. Vor allem bei Lernschwierigkeiten und kognitiven Einschränkungen wird das Recht auf selbstbestimmte Reproduktion und Ausübung der Sexualität von Betreuer*innen, Familienmitglieder*innen und medizinischem Personal stark eingeschränkt.

Barrieren

Des Weiteren wird ersichtlich, dass eine Behinderung nicht an das Individuum gebunden ist. Eine weitere Dimension wird von der Gesellschaft eröffnet, in der das Individuum lebt. Man ist nicht nur behindert, man wird auch behindert. So können zum Beispiel in Praxen barrierefreie Untersuchungsmöbel fehlen oder die Anzahl der praxisnahen Parkplätze beschränkt sein. Laut dem Dritten Teilhabebericht der Bundesregierung hatten zum Stichtag des 31.12.2019 durchschnittlich nur 21 Prozent der Praxen einen uneingeschränkt barrierefreien Zugang für mobilitätsbeeinträchtigte Menschen (Maetzel et al. 2021: 433). Für gynäkologische Praxen lag der Anteil bei 24 Prozent (Ebd.: 435). 18 Prozent der gynäkologischen Praxen hatten zudem barrierefreie Sanitäranlagen und/oder höhenverstellbare Untersuchungsmöbel (Ebd.: 436). Eine Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit bestätigt die „defizitäre gynäkologische Versorgungssituation für Frauen mit Behinderungen aufgrund unzureichender wohnortnaher barrierefreier Praxen“ (Hornberg et al. 2019: 5). Weitere Barrieren umfassen zum Beispiel: zu hohe Tresen im Eingangsbereich der Praxis, fehlende Orientierungsmöglichkeiten für Menschen mit Sehbehinderung, fehlende Möglichkeit, Assistenzhunde mitzubringen, fehlende Alternativen der Terminvereinbarung für Menschen mit Hörbehinderung sowie fehlende Anzeigetafeln (Ebd.: 67).

Auch das Thema Aufklärung wurde bereits angerissen – Material in leichter Sprache, Brailleschrift, in digitaler Form für eine Screenreader oder Piktogramme sowie gegebenenfalls unterstützte Kommunikation mit Hilfe von Dolmetscher*innen sind nicht immer vorhanden.

Die geringen Anteile an barrierefreien Praxen haben zur Folge, dass nicht alle empfohlenen Untersuchungen wahrgenommen werden können. Die Suche nach einer geeigneten Praxis gestaltet sich mitunter sehr kompliziert, lange Warte- und Fahrzeiten erschweren die Situation zusätzlich. Wenn die erste gynäkologische Vorsorgeuntersuchung erst mit über 40 Jahren stattfindet (Ebd.: 27), können die reproduktive Gesundheit und Ziele wie eine Kinderwunschbehandlung nicht gewährleistet werden. Des Weiteren wird deutlich, dass ein Wohnort in der Stadt oder in Stadtnähe von Vorteil ist; die regionalen Versorgungsunterschiede sind hier - wie in allen gesundheitsbezogenen Bereichen - groß.

Elternschaft von Menschen mit Be_hinderung

Schwanger- und Elternschaft von be_hinderten Menschen geht häufig mit Vorurteilen und Diskriminierung einher. Eltern mit Be_hinderung berichten, wie zum Beispiel “Wheelymum” im Zitat weiter oben von ableistischen Reaktionen auf die Verkündung einer Schwangerschaft. Elternschaft wird Menschen mit Be_hinderung oft nicht zugetraut, vor allem Menschen mit sogenannten geistigen Be_hinderungen (z.B. Hermes 2004). Grund dafür ist die verbreitete Annahme, dass ein Mensch, der im alltäglichen Leben auf Hilfe angewiesen ist, nicht die Verantwortung für ein Kind übernehmen kann. Dabei hat Jeder *das Recht, eine Familie zu gründen und darf entscheiden, wie viele Kinder ersie haben möchte*.

Im Jahr 2017 leben sieben Prozent der Menschen mit Be_hinderung in einer Partner*inschaft mit Kind (zwei Prozent alleinerziehend), bei Menschen ohne Be_hinderung lag dieser Anteil bei 35 Prozent (Maetzel et al. 2021: 76). Mit der Ratifizierung der UN-BRK hat Deutschland sich verpflichtet, gleichberechtigte Teilhabe am Leben für Menschen mit Be_hinderung zu schaffen. Allerdings fehlt es gerade in Bezug auf sexuelle Aufklärung und Autonomie sowie Kinderwunsch und Elternschaft noch an adäquaten Angeboten und der passenden Infrastruktur (Michel et al. 2017: 20). Unterstützung für be_hinderte Eltern gibt es unter anderem von Jugend- und Sozialämtern sowie Vereinen. Die sind regional ebenfalls sehr ungleich verteilt, mit einer starken Verzerrung zugunsten von Städten (Ebd.: 55ff.). Wenn Zugang zu Ämtern vorhanden ist, können fehlendes Personal, mangelnde Kompetenzen und unzureichende Qualität der Beratungsangebote zum Problem werden. Wichtig scheint hierbei die fehlerhafte Auffassung der Ämter zu sein, eine Gleichbehandlung von Eltern mit und ohne Be_hinderung führe zu den gewünschten Zielen. Aber: “Gleichbehandlung bedeutet, die behinderungsspezifischen Bedarfe werden nicht oder nur unzureichend berücksichtigt, Gleichstellung heißt, die behinderungsbedingten Bedarfe werden durch entsprechende Angebote im Sinne des Nachteilsausgleichs gedeckt.” (Ebd.: 61).

Konkrete Unterstützungsleistungen, die be_hinderte Eltern in Anspruch nehmen können, sind vor allem die sogenannte Elternassistenz und die begleitete Elternschaft. Die gesetzlichen Regelungen hierzu sind im Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (§ 78 Absatz 3 SGB IX) verankert. Die Elternassistenz “hilft den Eltern bei der Betreuung und Versorgung ihrer Kinder, indem sie ihnen bei bestimmten alltäglichen Verrichtungen assistiert oder diese stellvertretend für die Eltern unter deren Anleitung und Aufsicht durchführt” (Rischer et al. 2020: 56). Sie richtet sich eher an Eltern mit Körper- oder Sinnesbe_hinderungen. Begleitete Elternschaft, auch qualifizierte Elternassistenz, “umfasst die ambulante, teilstationäre oder stationäre Förderung einer Familie mit dem Ziel, Eltern und Kindern ein möglichst selbstbestimmtes Familienleben zu ermöglichen, in dem das Wohl des Kindes gesichert ist. Sie richtet sich an Familien, in denen mindestens ein Elternteil aufgrund seiner Behinderung pädagogische Unterstützung benötigt, um seine Elternrolle zum Wohle des Kindes ausüben zu können” (Ebd.: 130f.). Begleitete Elternschaft wird eher von Menschen mit Lernschwierigkeiten in Anspruch genommen. Dies zeigt, dass Angebote sich nach Grad und Art der Be_hinderung richten, was wichtig ist, weil sich der Bedarf demnach auch unterscheidet (Michel et al. 2017: 187).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Unterstützungs- und Beratungsangebote für be_hinderte und chronisch kranke Eltern vorhanden sind, in Form von Ämtern, Projekten, Vereinen und Netzwerken. Probleme, die bei der Umsetzung noch auftreten, sind die Entfernung zum Wohnort, Fragen der Zuständigkeit, fehlende Finanzierung und Übersicht sowie fehlender Zugang (Michel et al. 2017: 126f.).

Des Weiteren wird ersichtlich, dass Elternschaft von be_hinderten Menschen in der Literatur häufig mit Mutterschaft gleichgesetzt wird (Lesko 2021: 44, 104). Die Perspektive von Vätern wird seltener oder weniger stark berücksichtigt, was die repronormativen Vorstellungen hinsichtlich be_hinderter Eltern nur noch verstärkt (Hermes 2004: 94). Queere oder migrantische Perspektiven sind noch seltener zu finden. Generell mangelt es an einer breiten Datenbasis zu Eltern mit Be_hinderung, was die Erfassung von Unterstützungsbedarf und die Entwicklung von Handlungsempfehlungen erschwert (Michel et al. 2017: 4). Es kann vermutet werden, dass sich hier die gesellschaftliche Norm, dass Eltern selbst keine Hilfe in Anspruch nehmen dürfen, wenn sie gute Eltern sein wollen, widerspiegelt wird.

Pränatale Diagnostik

Unter den Begriff der pränatalen Diagnostik (PND) fallen Untersuchungen, die während einer Schwangerschaft durchgeführt werden, um etwaige Krankheiten und/oder Be_hinderungen des ungeborenen Kindes zu erkennen. Unterschieden wird zwischen nicht-invasiven und invasiven Untersuchungsmethoden. Seit Juli 2022 werden in Deutschland die Kosten für nicht-invasive Pränataltests (NIPT) zur Feststellung von Trisomie 21, 18 und 13 von den Krankenkassen übernommen. Voraussetzung sind Beratung und Begleitung von und durch medizinisches Personal (PND-Beratung 2022).

Die verbreitete Nutzung der pränatalen Diagnostik hat die Verbreitung und Vertiefung ableistischer Strukturen in unserer Gesellschaft zur Folge. In einer Studie der Charité Berlin entschieden sich 67,9 Prozent der schwangeren Personen, bei deren ungeborenem Kind eine Trisomie 21 nachgewiesen werden konnte, für einen Schwangerschaftsabbruch (Weichert et al. 2017). Diese Rate ist ein deutliches Zeichen dafür, dass be_hinderter Nachwuchs nicht erwünscht ist. Abtreibungen werden gesamtgesellschaftlich stark verurteilt, doch wenn der Embryo mit einer Be_hinderung zur Welt kommen würde, wird über die Möglichkeit der Abtreibung nach einer medizinischen Indikation informiert (BMFSFJ 2020: 17ff.). Dieses Vorgehen kann als Fortsetzung eugenischer Praktiken verstanden werden.

Diese Argumentation soll nicht dazu dienen, das Recht auf Selbstbestimmung von schwangeren Menschen anzugreifen oder einzuschränken. Die selbstbestimmte Entscheidungsmöglichkeit für oder gegen ein Kind muss erhalten bleiben und ausgebaut werden. Diese Entscheidungen können allerdings nicht wirklich frei sein, wenn ein gesellschaftlicher Druck herrscht, der nach nicht-be_hinderten Kindern verlangt (Hermes 2004: 39ff.). Deshalb ist es wichtig, auf die genannten Folgen der pränatalen Diagnostik hinzuweisen und die ableistischen Logiken hinter ihnen zu reflektieren.

Sexismus und Klassismus

„Unter Sexismus (oder Geschlechtervorurteil) fallen geschlechtsbezogene Stereotype, Affekte und Verhaltensweisen, die einen ungleichen sozialen Status von Frauen und Männern zur Folge haben“ (Eckes 2008: 172). Der Begriff „Sexismus“ hat sich seit Mitte der 1990er Jahre deutlich ausdifferenziert. Sein Ursprung markiert das Konzept des traditionellen Sexismus. (Eckes 2008: 176). Sexismus beschreibt demzufolge die strukturelle, individuelle und normative Diskriminierung von Menschen oder Gruppen aufgrund ihres Geschlechts (Meyer et al. 2022: 175). Es gibt dabei die Vorstellung, dass die Geschlechter einer natürlichen Ordnung unterliegen und das männliche Geschlecht dem weiblichen überlegen sei. Dieses biologistisch verankerte binäre Bild legitimiert die gesellschaftliche Abwertung, Benachteiligung und Unterdrückung von Frauen. Außerdem konstruiert es normative Rollen und unterschiedliche Erwartungen, die an Männer und Frauen gerichtet werden (Meyer et al. 2022). Dementsprechend besteht Sexismus vor allem aus drei Aspekten: der stereotypkonformen Akzentuierung von Geschlechterunterschieden, dem Glauben an die Minderwertigkeit von Frauen gegenüber Männern und die Zustimmung zu traditionellen Geschlechterrollen. Die strukturelle Macht der Männer bildet auf diese Weise den Sexismus und diskriminiert Frauen, indem sie weniger Rechte und weniger Raum als Männer haben (Eckes 2008: 177).

Klassismus meint die Diskriminierung auf Grund der sozialen Herkunft und Position eines Menschen. Dies kann entlang der vermuteten oder der tatsächlichen sozialen Umstände passieren. Menschen werden dabei in Kategorien, also „Klassen“, eingeteilt. Diese unterliegen Stigmata, was die gesellschaftliche Partizipation erschweren kann. In Deutschland zeigt sich das vor allem an Bildung und der Verfügung über materielle Ressourcen (Kemper 2016: 6)

Der Wohnort einer Familie hängt stark von den verfügbaren finanziellen Mitteln ab und auf welche Schule ein Kind geht, hängt davon ab, in welchem Viertel es wohnt. Welche Bildung es bekommt, was für Freund*innen es hat, welche Medien konsumiert werden - all das ist stark miteinander verknüpft. Schließlich kann auch die Berufswahl von Bildung und Sozialisation beeinflusst werden. Was wiederum zur Folge hat, dass Menschen mit niedriger Bildung eher in Berufen mit geringem Einkommen arbeiten und sich hier der Kreis schließt (Gast ArbeiterIn 2022).

Wichtig ist dabei, dass Sexismus und Klassismus, wie alle anderen Formen der Diskriminierung, intersektional gedacht werden müssen. So zeigt sich die Verbindung dieser beiden Strukturen beispielsweise bei alleinerziehenden Müttern besonders. Diese werden strukturell benachteiligt, unterliegen einer starken Rollenerwartung, werden einer bestimmten Klasse zugeordnet und leben häufig am Existenzminimum (Gast ArbeiterIn 2022).

Diskriminierung auf dem Arbeitsmarkt

Frauen sehen sich aufgrund ihres Geschlechts mit verschiedenen Diskriminierungen konfrontiert. Eine geringere Bezahlung und schlechtere Weiterentwicklungsmöglichkeiten

im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen, schlechte Voraussetzungen für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf und ein starkes Ungleichgewicht beim Übernehmen unbezahlter Care- und Pflegearbeit begünstigen das Problem. Für Frauen ist es im Vergleich zu Männern oftmals schwieriger, ihre Existenz unabhängig zu sichern und eine entsprechende Altersvorsorge zu treffen, da sie geringere Arbeitslöhne erhalten und häufiger in Teilzeit arbeiten. Auszeiten aufgrund von Geburten und Kindererziehung wirken zusätzlich negativ auf die Existenzsicherung (Frauenrat 2022). Frauen übernehmen mehr Care-Arbeit, werden schlechter bezahlt und diese Effekte werden durch die Geburt eines Kindes noch verstärkt. Daher kann die Entscheidung für ein Kind eine Entscheidung gegen die Karriere sein. Tatsächlich haben Frauen oft das Gefühl, sich zwischen Karriere und Kind entscheiden zu müssen, da sie wissen, dass sie als Mutter noch mehr diskriminiert werden als zuvor (Interview Jobcoach). Diese Umstände materialisieren sich dann beispielsweise im Gender Care Gap, welcher zeigt, dass Frauen in Deutschland 52,4 Prozent mehr unbezahlte Fürsorgearbeit leisten als Männer (BMFSFJ 2019). Unter Gender Care Gap, versteht man die Lücke des Arbeitsaufwandes, den Männer und Frauen für die Sorgearbeit für die Familie aufwenden (Destatis 2022). Im Jahr 2021 verdienen Frauen rund 18 Prozent weniger pro Stunde als Männer (Statistisches Bundesamt 2022). Im Vergleich dazu gibt es noch die Zahlen des bereinigten Gender Pay Gaps, bei welchem der Fakt herausgerechnet wird, dass Männer häufiger in Führungspositionen und besser bezahlten Branchen arbeiten. Der bereinigte Gender Pay Gap misst "den Verdienstunterschied zwischen Männern und Frauen mit vergleichbaren Qualifikationen, Tätigkeiten und Erwerbsbiografien" (Destatis 2022). Hier ist zu sehen, dass Frauen, welche vergleichbare Tätigkeiten ausführen wie ihre männlichen Kollegen, immer noch sechs Prozent weniger Lohn erhalten (Statistisches Bundesamt 2022). Der Gender Pension Gap - die Lücke zwischen den Geschlechtern in Bezug auf die Alterssicherung - beträgt 2019 in Deutschland 49 Prozent. Frauen bekommen also eine rund 49 Prozent geringere Rente als Männer (Hobler et al. 2020).

Sexismus am Arbeitsplatz ist ebenfalls ein Problem, mit dem viele Frauen konfrontiert sind. Vor allem für Frauen, die Leistungen vom Jobcenter beziehen, ist dies ein großes Problem. Sie können in diesem Fall nicht ihren Job kündigen, weil ihnen dann die Leistungen gekürzt werden. Wegen der sexuellen Belästigung können sie aber auch nicht weiterhin an diesem Platz arbeiten. Sie müssen einen Weg finden, eine Kündigung zu erhalten, ohne dass die Intention dahinter erkannt wird. Der Druck ist in diesem Fall für arme Frauen höher, aber die Ausweichmöglichkeiten sind viel geringer (BASTA-Aktivistin, Interview). Außerdem erleiden Frauen Diskriminierung am Arbeitsplatz. Viele Frauen haben befristete Arbeitsverhältnisse oder Teilzeitjobs, in denen sie nicht viele Rechte haben. Und wenn sie schwanger werden und ein Kind bekommen, kommt es sehr häufig vor, dass sie eine Mutterschutzfrist erhalten, aber nach Ablauf ihres Vertrags nicht verlängert werden. Was die Situation zusätzlich erschwert, sind fehlende gesetzliche Vorgaben für die Vertragsverlängerung nach dem Mutterschutz. Infolgedessen kommt der Verlust vom Arbeitsplatz häufig vor. Im Jobcenter sind diese Personen manchmal mit Mitarbeiter*innen konfrontiert, die sie diskriminieren und ihnen keine stabilen und einigermaßen zufriedenstellenden Angebote zeigen. Dies geschieht vor allem bei Migrant*innen, die bereits mehrere Kinder haben (BASTA- Aktivistin Interview).

Alleinerziehende Mütter

„Obwohl ich relativ viel arbeite und verbeamtet bin, ist das Geld knapp. Ich zahle den Abtrag unserer gemeinsamen Eigentumswohnung zu 2/3 allein, unsere Tochter ist privatversichert, die Ausgaben, die zuvor gemeinsam getätigt wurden, lasten nun allein auf meinen Schultern (...) Der Alltag ist schwer als Alleinerziehende ohne Familie in der näheren Umgebung“ (Interview alleinerziehende Mutter)

Im Jahr 2021 waren rund 2,15 Millionen Mütter alleinerziehend, wohingegen nur rund 462.000 Männer alleinerziehend waren (Statista Research Department 2022).

Für Alleinerziehende ist das Risiko, in Armut zu leben mit 43 Prozent deutlich höher als bei nicht-alleinerziehenden Familien mit einem Kind mit 9 Prozent. Die Wahrscheinlichkeit, in Armut zu leben, steigt mit jedem Kind. Armut ist zugleich auch mit geringerer gesellschaftlicher Teilhabe verbunden und mit geringeren Chancen für heranwachsende Kinder. Da alleinerziehende Frauen häufig in systemrelevanten Berufen im Niedriglohnsektor arbeiten, Schulen und Kitas geschlossen waren und sie sich häufig in beengten Wohnsituationen befinden, waren diese über die Covid-Pandemie zusätzlichen Belastungen ausgesetzt (Bertelsmann Stiftung 2021). Durch die Mehrfachbelastung aus Kinderbetreuung, Hausarbeit und Lohnarbeit fühlen sich alleinerziehende Mütter oft allein und von der Gesellschaft ausgegrenzt. Tatsächlich finden sie oft, dass die staatliche Unterstützung nicht ausreicht und dass die psychische Gesundheit von alleinerziehenden Müttern nicht genügend berücksichtigt und oft verschwiegen wird (Interview alleinerziehende Mutter).

Mehrkosten für Menschen mit Uterus

Es gibt viele Bereiche rund um die Reproduktion, in denen Menschen mit Uterus erhebliche Mehrkosten haben. Neben dem Kondom ist die Mehrheit der Verhütungsmethoden für Menschen mit Uterus konzipiert und muss auch von ihnen bezahlt werden. Genauso steht es um einige gynäkologischen Untersuchungen, Baby- und Kindersachen sowie Periodenprodukte. Menstruierende Personen geben im Laufe ihres Lebens im Durchschnitt bis zu 7.000 Euro für notwendige Periodenprodukte aus (Brandt 2021). Ein Schwangerschaftsabbruch kostet in Deutschland rund 200-570 € - bei einem Krankenhausaufenthalt kommen noch weitere Kosten hinzu, vorausgesetzt eine ungewollte schwangere Person hat ein oft unangenehmes Beratungsgespräch hinter sich gebracht und eine Praxis gefunden, die diesen Abbruch durchführt. Zwar können sich ‚sozial bedürftige‘ ungewollt schwangere Personen die Kosten erstatten lassen, jedoch ist dies mit dem Wissen darum und oft mit großer Scham verbunden. Zudem kann es vorkommen, dass ungewollt schwangere Menschen einen Weg von bis zu 200km auf sich nehmen müssen, da es keine flächendeckende Versorgung mit Praxen gibt, die Schwangerschaftsabbrüche anbieten (Theißl 2021).

Diskriminierung durch ungleiche staatliche Förderung

Ein Beispiel ist hier das 2007 eingeführte Elterngeld, welches die Förderung gutverdienender Eltern unterstützt, da es als einkommensabhängige Lohnersatzleistung fungiert. Es sollen explizit akademisierte Familien angesprochen werden, was unterstreicht, wessen Kinder erwünscht sind und wessen nicht, da Akademiker*innen häufiger kinderlos blieben als nicht-Akademiker*innen (Schultz/Kyere 2020: 213). Menschen, die vorher ALG II empfangen haben oder keine langfristigen Arbeits- oder Aufenthaltserlaubnisse haben, sind davon ausgeschlossen (Schutter/Zerle-Elsäßer 2012: 223). Auch kann es passieren, dass der Zugang zum Kindergeld verweigert wird. So berichtet eine Frau mit zwei Kindern, die promoviert hat und deren Aufenthaltsstatus ungeklärt ist, dass sie kein Kindergeld bekommt. Hier wird deutlich, wie der Zugang zu materiellen Ressourcen eingeschränkt wird und eine gute und sichere Versorgung der Familie eingeschränkt wird (Kyere 2021: 66).

Rassismus

Der Rassismus, der sich in Deutschland zeigt, beruht vor allem auf einem strukturellen Problem. Gemeint ist damit ein Phänomen, welches historisch gewachsen ist und sich gesamtgesellschaftlich verankert hat. Es drückt ein Macht- und Dominanzverhältnis aus, bei welchem der Zugriff auf gesellschaftliche Ressourcen eingeschränkt und Chancen ungleich verteilt werden. Wichtig ist, dass es verschiedene Rassismen gibt, die unter anderem nach Zeit, Raum, Inhalt und Bereich unterschieden werden. Für ein besseres Verständnis von Rassismus ergibt sich die weitere Unterscheidung nach biologistischem, kulturalistischem, alltäglichem und institutionellem Rassismus. Keinesfalls können diese Erscheinungsformen klar voneinander abgetrennt werden. Sie dienen lediglich für das bessere Erkennen (Barskanmaz 2019: 19ff.).

Was früher dem biologischen Rassismus zugeordnet werden konnte (Ungleichheit zwischen den „Rassen“), wird heute mehr durch einen Rassismus ersetzt, welcher kulturell argumentiert. Dabei werden die vermeintlich unüberwindbaren kulturellen Differenzen in den Fokus gestellt. Dem liegt ein egozentriertes Verständnis von Kultur zugrunde, welches zugleich andere Kulturen als defizitär darstellt. Bei diesem Prozess des Othering werden vermeintlich nicht-deutsche zu Fremden gemacht und damit ausgegrenzt (Barskanmaz 2019: 55).

Fremdheit ist allerdings aus sozialwissenschaftlicher Sicht kein Merkmal einer Person, sondern eine soziale Konstruktion, welche anhand von Definitionen auferlegt ist (Scherr et al. 2017: 311). Wichtig ist hierbei, dass es zum einen die Wahrnehmung des „Eigenen“ gibt und dem gegenübergestellt die Nichtzugehörigkeit des „Anderen“. Es wird nicht nur die Differenz festgestellt, sondern die Zugehörigkeit des „Eigenen“ auch als höherwertig eingestuft und das „Fremde“ wird abgewertet (Scherr et al. 2017: 310f.). In vielen Denkmustern und Philosophien wird der deutsche Imperialismus und die Herrschaft der weißen Menschen über People of Color durch eine ‚naturegegebene‘ Hierarchie gerechtfertigt, die sich an Begriffen wie beispielsweise „Rationalität“, „Moral“ oder „Erziehbarkeit“ entlang hangelt. Der Gruppe der nicht-weißen Menschen werden diese Eigenschaften abgesprochen und den weißen Menschen zugesprochen. Dieses ideologische Fundament des heutigen Rassismus wurde geschaffen, um die Ausbeutung

nicht-weißer Menschen durch Versklavung ab dem 15. Jahrhundert zu rechtfertigen (Ogette 2017).

Diese modernere Form des Rassismus ist „alltagsfähiger“ geworden und findet somit auch Einzug in den Institutionen der Bundesrepublik Deutschland. Durch das Wiederholen rassistischer Denk- und Handlungsmuster werden diese als normal angesehen und legitimiert. Wichtig ist hierbei, dass dies eine kollektive Handlung ist und nicht die rassistische Absicht entscheidend ist, sondern einzig die Wirkung (Barskanmaz 2019: 60).

Die Vorstellung, dass das Problem welches mit dem Begriff der „Rasse“ einhergeht, seit dem Ende des zweiten Weltkriegs abgeschafft wurde, macht ein Erkennen von rassistischen Strukturen sehr schwer. Denn fälschlicherweise wird davon ausgegangen, dass dieses Problem schon längst behoben sei.

Das Verhältnis von ‚Institution‘ und ‚Organisation‘ kann in zwei Richtungen gedacht werden. Organisationen sind als kulturelle Wirklichkeitskonstruktionen der Gesellschaft zu verstehen. Die Gesellschaft wirkt von außen auf die Organisation ein, z.B. durch gesellschaftlichen Rassismus. Institutionen haben die Wirkung, soziale Wirklichkeit zu suggerieren (‚taken-for-granted‘-Annahmen) und zudem trägt die Routine von Abläufen in den Institutionen dazu bei (Gomolla 2020: 11). Institutioneller Rassismus kann unterteilt werden in direkte und indirekte Diskriminierung. Erstere wird durch Gesetze oder Vorschriften legitimiert oder durch ungeschriebene Regeln und Routinen in den Institutionen aufrechterhalten. Indirekte Diskriminierung beinhaltet alle Ebenen der Institutionen, d.h. alle Vorkehrungen und Praktiken werden hier miteingeschlossen. Dabei muss keine Absicht dahinterstehen. Die Diskriminierung findet statt, da die zu erfüllenden Normen als vermeintlich neutral gelten, sie es aber nicht sind (Scherr et al. 2017: 145f.).

Medizinische Diskriminierung

Große Pharmakonzerne, wie z.B. der deutsche Pharmakonzern Bayer Health Care entwickeln in Zusammenarbeit mit der Bill & Melinda Gates Foundation langfristig wirkende Verhütungsmittel für Menschen mit Uterus (Schultz/Bendix 2015). Dabei kommt es vor, dass migrantischen Menschen auf der Flucht Hormonimplantate eingesetzt werden, um sie bei möglichen Vergewaltigungen vor ungewollter Schwangerschaft zu schützen. Diese lösen zum Teil gravierende Nebenwirkungen aus und es kommt zu hohen Abbruchraten (Bendix u.a. 2020). Wenn diese Menschen dann nach Deutschland kommen, wird ihnen die Entnahme häufig erschwert. Gründe dafür sind beispielsweise, dass Ärzt*innen nicht wissen, wie die Implantate zu entfernen sind oder die Kostenübernahme durch die Krankenkassen nicht geklärt werden kann, da die migrantischen Menschen teilweise einen ungeklärten Aufenthaltsstatus haben (Women in Exile 2017).

Bei der Erforschung dieser Verhütungsmittel kommt es außerdem zu ethisch fragwürdigen Maßnahmen. Zudem bleiben Fragen zu ethischen Verhaltensregeln im Rahmen der dazugehörigen ECHO-Studie offen. Dabei sollte beispielsweise herausgefunden werden, ob die Depo-Provera Spritze die HIV Übertragung fördert (Sathyamala 2019; Stevens/Law 2019). Ein weiterer Kritikpunkt ist, dass davon ausgegangen wird, dass die Körper Schwarzer

Menschen für diese klinischen Tests zur Verfügung stehen (Sama Resource Group for Women and Health 2021).

Gängige Praxis ist es, bei migrantischen Gebärenden schneller einen Kaiserschnitt durchzuführen, da dieser kostengünstiger ist. Auch Sprachbarrieren können dazu beitragen, dass dieser Eingriff von Ärzt*innen gewählt wird. Die Tatsache, dass ihnen oft keine Dolmetscher*innen zu Verfügung gestellt werden und sie dadurch eine schlechtere Versorgung erhalten, zeigt, an welchen Stellen Menschen, die Rassismuserfahrungen machen, in Deutschland in ihren reproduktiven Rechten beschnitten werden. Schwangere Menschen, Gebärende und Säuglinge erfahren mehr seelische und körperliche Gewalt bei körperlichen Untersuchungen, Untersuchungen Neugeborener oder im Rahmen von Pränataldiagnostik als nicht-Migrant*innen.

In der medizinischen Ausbildung war und ist es üblich, ausschließlich weiße Körper abzubilden wenn es darum geht, beispielsweise Hautkrankheiten von Neugeborenen zu diagnostizieren. Ein Bewusstsein für dieses rassistische Vorgehen kommt nur langsam und die Erweiterung um eine Abbildung Schwarzer Körper ist immer noch nicht verpflichtend.

In einer 2016 in den USA durchgeführten Studie kam heraus, dass Afroamerikaner*innen bis zu 57 Prozent weniger Schmerzmittel bekommen als andere Patient*innengruppen. Es hält sich der Mythos, dass Schwarze Menschen durch eine vermeintlich dickere Haut schmerzresistenter wären und sie diesen nur simulieren würden. Dies ist natürlich auch in Bezug auf die Geburt fatal für die gebärende Person (Impulse für Gesundheitsförderung 2021). Dies sind einige Beispiele, die die rassistische Struktur des Gesundheitssystems unterstreichen.

Geographische Diskriminierung

Eine bevölkerungstheoretische Denkweise, die gerne genutzt wird, ist die des Malthusianismus. Sie beruht auf der Annahme, dass die Armut einer Bevölkerung auf einer zu hohen Anzahl an Menschen einer Bevölkerung begründet ist. Dem entgegen steht die Annahme von Karl Marx, dass Armut eine Folge sozialer Ungleichheit im kapitalistischen System ist. Vertreter*innen des Malthusianismus fordern beispielsweise die Erhöhung des Heiratsalters, Heiratsbeschränkungen und sexuelle Enthaltensamkeit. Während der Neomalthusianismus bei der Familienplanung vermehrt auf Geburtenkontrolle setzt (Spektrum 2001).

Zu sehen sind außerdem völkisch-nationalistische Ansätze, in denen steigende Geburtenzahlen als wesentlicher Faktor für das Problem der Klimakrise gesehen werden. Vermutet wird, dass Parteien und Menschen aus dem rechten Spektrum in Zukunft das Leugnen des menschengemachten Klimawandels aufgeben werden und stattdessen ganz gegensätzlich die Umweltbelastung als Argument benutzen, einer vermeintlichen 'Überbevölkerung' oder einem 'Bevölkerungsaustausch' entgegenzuwirken (Fiedler/Kieser 2019). Die Neomalthusianische Perspektive wird allerdings auch vermehrt aus feministisch-aktivistischen Kreisen benutzt, bei der es darum geht, keine Kinder gebären zu wollen, um die Umwelt nicht noch mehr belasten zu wollen. Das alles sind Beispiele für eine antinatalistische Praktik mit starken Einschränkungen

der reproduktiven Selbstbestimmung, welche vor allem Schwarze Communitys trifft, sowohl im globalen Süden als auch in Deutschland. Auch hier wird der Rassismus deutlich, denn es unterstreicht, welche Gesellschaftsgruppen erwünscht sind, und welche nicht. Es stehen sich zwei Praktiken gegenüber: Zum einen die beschriebene Unterbindung von Reproduktion im globalen Süden, und zum anderen die Erfüllung des Kinderwunsches auf der anderen Seite im globalen Norden (Kyerere 2021: 66).

Historische Einordnung

Eine historische Betrachtung des Mechanismus der Bevölkerungskontrolle ist vor allem im US-amerikanischen Raum spannend: Bis ins 19. Jahrhundert sollten Schwarze Menschen mit Uterus möglichst viele Kinder gebären, um zu Zeiten der Sklaverei möglichst viele Arbeitskräfte auf den Plantagen der weißen zu haben. Im 20. und 21. Jahrhundert hingegen werden Kinder der Schwarzen Community dann als Bedrohung der weißen Bevölkerung inszeniert. Eine Folge davon waren und sind restriktive Sozialpolitiken (Roberts 2017). Auch in deutschen Kolonien gab es die pronatalistische Programmatik, Schwarze Menschen mit Uterus zum Gebären von Kindern zu bringen, um den Arbeitskräften Bestand zu sichern (Bendix 2017: 58).

Im Nationalsozialismus finden sich eine Vielzahl an Methoden der Bevölkerungskontrolle wieder. Hier sollte unter den Stichworten ‚Rassenhygiene‘ und ‚Erbgesundheit‘ eine Bevölkerung geschaffen werden, welche Schwarze Menschen, *Romnja*, *Jüdinnen* und *be_hinderte* Menschen auslöscht. Gängige Praktiken waren Zwangssterilisierung und Zwangsabtreibungen. Dem entgegen stand, dass es geburtsfördernde Effekte über sozialpolitische Anreize für weiße Menschen mit Uterus gab. Auch heute noch ist zu sehen, dass auf das Problem der ‚alternden Bevölkerung‘ in Deutschland mit dem Appell an weiße akademisierte, heterosexuelle Frauen, mehr Kinder zu bekommen, geantwortet wird. Diese Demografiepolitik unterstreicht den rassistischen Charakter, aus dem sich Politik und Gesellschaft historisch nicht befreien konnten. Dabei wird es marginalisierten Communitys erschwert, reproduktive Selbstbestimmung zu erlangen, was sich sowohl in Familien- und Sozialpolitik, als auch in Gesundheits- und Asylpolitik widerspiegelt (Kyerere 2021: 64).

Queerfeindlichkeit

Der Begriff der „Familie“ ist stark normativ geprägt. Dabei sind die Konstrukte der Hetero-, Cis- und Paarnormativität besonders wirksam. Als Heteronormativität bezeichnet Degele (2008: 89) das Wahrnehmungs-, Handlungs- und Denkschema, welches (cis-) Zweigeschlechtlichkeit und Heterosexualität als selbstverständlich und natürlich voraussetzt. In Institutionen und Beziehungen dient sie als gesellschaftliches Ordnungsprinzip und stattet Menschen, die in cis-heterosexuellen Zweierliebesbeziehungen leben, mit mehr Legitimität und Privilegien aus. Dies wird als Paarnormativität oder Paarprivileg bezeichnet. Zwar verbessern sich in vielen europäischen Ländern die rechtlichen Bedingungen für nicht cis-heterosexuelle Elternschaft, doch wirkt das Machtverhältnis repronormativer Vorstellungen von „der Familie“ weiterhin (Nieder et al. 2022, Teschlade et al. 2020). Regenbogenfamilien müssen

sich dementsprechend heterosexuellen Wertvorstellungen anpassen (Homonormativität), um gesellschaftlich akzeptiert zu werden. Queere Eltern stehen dadurch unter strenger Kontrolle und müssen immer wieder aufs Neue „beweisen“, dass sie gute Eltern sind (Weber 2018: 15).

Die Datenlage zur Reproduktion queerer Menschen in Deutschland ist sehr begrenzt und bildet auf keinen Fall die vielfältigen Diskriminierungserfahrungen ab, die queere Menschen erfahren. In diesem Text wird „queer“ als Oberbegriff für Menschen verwendet, die nicht cis-geschlechtlich sind und / oder nicht heterosexuell. Cis-geschlechtliche queere Menschen, erfahren andere Formen der Ausgrenzung und Abwertung, als trans* geschlechtliche. Bis auf „Queer und schwanger“, die die erste quantitative Studie zur gesundheitlichen Versorgung queerer schwangerer Menschen darstellt, wird sich in diesem Abschnitt vor allem auf eine Auswahl qualitativer Befragungen zu diesem Thema bezogen.

Rechtliche Diskriminierung

Seit Oktober 2017 gibt es in Deutschland die „Ehe für Alle“, gleichgeschlechtliche Paare dürfen demnach heiraten und Kinder adoptieren. Anders als bei verheirateten heterosexuellen Paaren werden nicht automatisch beide Personen als Eltern eingetragen. Die Frau ist demnach immer automatisch die Mutter und der Mann automatisch der Vater, auch wenn er das Kind nicht gezeugt hat. Homosexuelle Eltern müssen ein aufwändiges und als unangenehm empfundenes Prozedere der Stiefkindadoption durchlaufen, während es für Konstellationen mit mehr als zwei Elternteilen noch viel mehr rechtliche Unmöglichkeiten gibt (Salden & Netzwerk queere Schwangerschaften 2022: 18).

Das deutsche Abstammungsrecht ignoriert, dass auch lesbische und schwule Paare leibliche Kinder zeugen können, wenn ein Elternteil trans* ist (Weber 2018: 24). Diese Möglichkeit besteht allerdings auch erst seit der Änderung des Transsexuellengesetzes 2011. Zwischen 1981 und 2011 war eine Namens- und Personenstandsänderung nur unter der Voraussetzung möglich, dass die betreffenden Personen eine dauerhafte Fortpflanzungsunfähigkeit nachweisen konnten und sich einer, medizinisch nicht notwendigen, geschlechtsangleichenden Operation unterzogen (Hüpfner 2021: 12). Beides wurde 2011 als verfassungswidrig erklärt. Weiterhin wird allerdings eine Vornamens- und Personenstandsänderung als ungültig erklärt, wenn eine Person innerhalb von 300 Tagen (Dauer einer Schwangerschaft) nach der Änderung ein Kind gebärt (§ 7 Absatz 1 TSG). Das Gesetz schließt trans* Sein und Elternschaft aus. Außerdem ist rechtlich verankert, dass die gebärende Person als „Mutter“ und die zeugende Person als „Vater“ in die Geburtsurkunde eingetragen wird. Wenn das nicht dem aktuellen Personenstand des Menschen entspricht, wird dieser mit seinem*ihrem abgelegten Namen eingetragen. Die einzige Option dies zu umgehen ist die Adoption des leiblichen Kindes (§ 1591 BGB). Zeugende Mütter, gebärende Väter und nicht-binäre Elternteile werden hier rechtlich diskriminiert, weil sie aus der repronormativen Vorstellung von Elternschaft ausbrechen (Spahn 2017: 11).

Medizinische Diskriminierung

Medizinischem Personal fehlt es oft an Wissen über trans* Menschen, was zu einer schlechteren medizinischen Versorgung führt. In medizinischen Ausbildungen kommen queere Themen (wenn überhaupt) nur marginalisiert vor, wodurch es Ärzt*innen, Hebammen und Krankenpfleger*innen oft an inhaltlichem Wissen und dem Verständnis für die Lebenssituation queerer Menschen fehlt (Salden & Netzwerk queere Schwangerschaften, 2022: 13). Zu Beginn einer Transition empfehlen Ärzt*innen weiterhin beispielsweise eine Hysterektomie und eine Adnektomie durchführen zu lassen, um das Krebsrisiko durch die Testosteroneinnahme zu vermindern, obwohl dieser Zusammenhang wissenschaftlich nicht belegt ist (Spahn, 2019: 173). Auf diesem Weg wird trans* Menschen die Möglichkeit der leiblichen Elternschaft oft schon im jungen Alter genommen. Beratungen über die Wahrung der Fertilität über beispielsweise Kryokonservierung (Einfrieren von Spermien oder Eizellen) bleiben häufig aus (Nieder et al., 2022: 92). Intergeschlechtlichen Menschen wird oft schon kurz nach der Geburt die Möglichkeit der Reproduktion genommen, da es gängige Praxis ist, sie medizinisch unnötigen Operationen zu unterziehen, die ihr biologisches Geschlecht an eine medizinische Männlichkeits- oder Weiblichkeitsnorm anpassen. Im Mai 2021 wurde ein Gesetz zum Schutz der Kinder mit Varianten der Geschlechtsentwicklung (§1631e BGB-E) verabschiedet, das diese Operationen, wenn auch lückenhaft, verbietet (Salden & Netzwerk queere Schwangerschaften, 2022: 21). Ungeplante und unbewusste Schwangerschaften werden von medizinischem Personal bei Menschen mit männlichem Personenstand oft nicht erkannt. Mediziner*innen ignorieren dabei, dass trans* Männer und nicht-binäre Menschen, die Testosteron nehmen und keine Menstruation haben durch Vaginalverkehr auch ungewollt schwanger werden. Diese Wissenslücke kann gefährliche Folgen (z.B. Eileiterschwangerschaft) für deren sexuelle Gesundheit haben (Spahn, 2019: 174). Medizinische Institutionen sind strukturell nicht auf queere Menschen eingestellt. Geburtsvorbereitungskurse sind oft sehr heteronormativ, es gibt keine genderqueeren Toiletten und Menschen, die aus der cis-geschlechtlichen Norm fallen, werden häufig misgendert (Weber, 2018: 45). So fanden Salden und das Netzwerk queere Schwangerschaften (2022), dass bei nur einem Drittel der Befragten trans* und intergeschlechtlichen Personen, deren gewünschte Anrede (Name und Pronomen) vom medizinischen Personal verwendet wird. Dies führt bei den Befragten zu Stress, zusätzlicher Belastung und Angst in einer eh schon vulnerablen Situation. Fast die Hälfte (44,7 Prozent) der Befragten trans* und intergeschlechtlichen Personen hatten schon vor dem Besuch bei Ärzt*innen Angst vor Diskriminierung (Salden & Netzwerk queere Schwangerschaften, 2022: 11), 53,8 Prozent berichteten dann tatsächlich von Gewalt- bzw. Diskriminierungserfahrungen, allerdings machten auch 21,4 Prozent der cis-geschlechtlichen Personen diese Erfahrungen (Salden & Netzwerk queere Schwangerschaften, 2022: 9). Diese negativen Erfahrungen können dazu führen, dass queere Menschen den Kontakt mit dem Gesundheitssystem meiden oder eine Schwangerschaft gar nicht erst in Betracht ziehen. Die ungleiche Förderung von Schwangerschaften, die repronormativen Vorstellungen entsprechen, wird im Bereich der assistierten Reproduktion besonders deutlich. Diese könnte besonders für queere Eltern, die allein keine biologischen Kinder zeugen können, eine Möglichkeit sein, sich diesen Wunsch zu erfüllen. Die Kosten für eine assistierte Reproduktion werden in

Deutschland allerdings nur für verheiratete, cis-geschlechtliche heterosexuelle Paare von der Krankenkasse übernommen und nur in den seltensten Fällen für Queers (Salden & Netzwerk queere Schwangerschaften, 2022: 18).

Schwangerschaft bei trans* Menschen

Repronormative Vorstellungen rund um Schwangerschaft manifestieren ein sehr klares Bild: Schwangerschaft ist das cis-weibliche Ideal und der Höhepunkt des Frauseins (Weber, 2018: 38). Selbst, wenn sich Individuen dieser cis-heteronormativen Strukturen kritisch bewusst sind, hat deren Internalisierung einen starken Einfluss. Oft haben Menschen das Gefühl sich mit Beginn der Transition automatisch gegen Kinder oder eine Schwangerschaft entscheiden zu müssen (Rewald 2019: 191, Spahn 2017: 58). Schwangere trans* maskuline Menschen brechen stark mit cis-heteronormativen Körper- und Geschlechterbildern. Aufgrund dessen haben sie besonders viel Angst vor sozialen Sanktionen und Gewalt ihnen oder ihren Kindern gegenüber. Dass auf diese Weise trans* Schwangerschaften verhindert werden, kann als heteronormative biopolitische Strategie interpretiert werden (Spahn 2017: 58).

Schwangere trans* Menschen nehmen die Schwangerschaft als sehr vergeschlechtlicht wahr und erwarten schon im Vorhinein eine starke Dysphorie und psychischen Druck. Die Vorstellung, dass auch Männer oder nicht-binäre Menschen Kinder gebären, bricht so stark mit hegemonialen Biologismen, dass insbesondere schwangere trans* maskuline Menschen im Alltag einen Outing- und Rechtfertigungszwang erleben (Weber 2018: 43). Sie müssen dann, unter anderem auch ihren Ärzt*innen erklären und sich verteidigen, dass sie trotz der Schwangerschaft männlich sind. Viele berichten außerdem, dass ihnen unbekannte Personen plötzlich Fragen zu ihren Genitalien stellen, was sie als sehr übergriffig wahrnehmen (Spahn 2017: 58). Hier wird deutlich, dass es der Aufhebung der strengen Verknüpfung eines Parts der Reproduktion mit einem biologischen Geschlecht bedarf. Nicht alle Menschen, die Kinder gebären sind cis-Frauen und nicht alle Menschen die Kinder zeugen, sind cis-Männer.

„Das Recht, Kinder in einer sicheren und gesunden Umgebung frei von individueller oder staatlicher Gewalt aufzuziehen“

Aufgrund repronormativer Vorstellungen von Elternschaft wird trans* Eltern häufig die Kompetenz für ihr Elternsein abgesprochen oder Sorgen um das Wohlergehen des Kindes von trans* Eltern erhoben. Auch homosexuell gelesene Eltern werden mit der Vorstellung konfrontiert, Kinder bräuchten doch aber eine Mutterfigur und eine Vaterfigur (Weber 2018: 50). Auch an der Stelle treten wieder biopolitische Kontrollmechanismen zu Tage und ähnlich wie in Anti-Abtreibungsdebatten wird das vermeintliche Kindeswohl über das Selbstbestimmungsrecht der Individuen gestellt. Queere Eltern müssen sich ständig beweisen und stehen unter großem Druck, die „perfekten Eltern“ zu sein, um sich den gängigen Vorurteilen zu widersetzen (Weber 2018: 58). Besonders trans* Eltern werden oft mit der Sorge konfrontiert, dass ihr trans* Sein nicht zumutbar für ihre Kinder wäre (auch Menschen, die schon Kinder haben und dann transitionieren). Dabei schwingt das gängige

Stereotyp mit, trans* Sein wäre eine aktive Entscheidung, die abwendbar und umkehrbar sei und gender-nonkonformes Verhalten hätte einen schlechten Einfluss auf Kinder (Weber 2018: 51f.). In Kitas und Schulen sind Eltern dann oft auf eine wohlwollende Einstellung der Pädagog*innen angewiesen, um mögliches diskriminierendes Verhalten ihren Kindern gegenüber zu eliminieren (Rewald 2019: 195).

In Interviews mit queeren Eltern wird allerdings schnell klar: Durch die omnipräsente Anschuldigung sie würden ihren Kindern eine „Genderideologie“ aufzwingen, reflektieren und hinterfragen sie ihr Verhalten genau. Schon vor der Geburt der Kinder öffnet sich dann beispielsweise das Spannungsfeld zwischen dem Wunsch der Eltern ihrem Kind die Definitionsmacht über das eigene Geschlecht zu überlassen (durch z.B. einen nicht-binären Namen) und den Schwierigkeiten, die das in unserer binären Gesellschaft hervorruft (Weber 2018: 56). Kinder, die bei queeren Eltern aufwachsen, setzen sich viel früher mit sexueller und geschlechtlicher Vielfalt auseinander, als Kinder, die bei cis-heterosexuellen Eltern aufwachsen (Hümpfner 2021: 64).

Durch die strukturelle Unterrepräsentation queerer Lebensrealitäten in beispielsweise Kinder- und Schulbüchern, bedeutet dieser Lernprozess oft einen größeren Aufwand für queere Eltern. Auch das Material bei Gynäkolog*innen repräsentiert kaum eine Elternschaft jenseits von Heteronormativität und Zweigeschlechtlichkeit (Weber 2018: 57). Die schwere Zugänglichkeit von medizinischen Informationen führt dazu, dass queeren Personen grundlegendes Wissen fehlt. Queere Befragte fühlen sich von dem bei Ärzt*innen ausliegenden heteronormativen Material nur selten angesprochen, was sich negativ auf ihre geburtshilfliche Versorgung ausübt. Schon die Anamnesebögen mit beispielsweise nur zwei Geschlechtsoptionen und keiner Möglichkeit, das gewünschte Pronomen anzugeben, wird als diskriminierend empfunden (Salden & Netzwerk queere Schwangerschaften 2022: 15).

Weiterführendes Material

Portraits

Portrait 1 - Katharina

Datei als pdf zum download: [Portrait 1 - Katharina](#)

Portrait 2 - Antonia

Datei als pdf zum download: [Portrait 1 - Katharina](#)

Portrait 3 - Khadija

Datei als pdf zum download: [Portrait 3 - Khadija](#)

Portrait 1

Katharina



Katharina ist 32 Jahre alt und möchte gerne mit ihrem Freund Jonas, 33 Jahre alt, ein zweites Kind bekommen. Ihr Sohn Jakob ist vor drei Jahren auf die Welt gekommen und nun wünschen sich die beiden ein weiteres Kind. Die Familie lebt gemeinsam in einem kleinen Haus in einem Dorf in Brandenburg. Aufgrund ihrer **Erkrankung an Multipler Sklerose** ist Katharina seit ihrem 30. Lebensjahr auf einen Rollstuhl angewiesen. Sie arbeitet im Home-Office für ein IT-Unternehmen, während Jonas in Teilzeit Buchhalter ist und sich um Jakob sowie den Haushalt kümmert.

Nach einigen Monaten ist es soweit, Katharina ist schwanger. Das nächste Krankenhaus mit Schwangerschaftsambulanz ist zu weit entfernt, um es mit den öffentlichen Verkehrsmitteln zu erreichen, weshalb Katharina und Jonas das Auto nutzen, um zu den Untersuchungen zu fahren. Der behandelnde Arzt fragt Katharina, ob sie das Kind wirklich bekommen möchte. Auch von Nachbar*innen und Familienmitgliedern bekommt sie zu hören, eine Schwangerschaft im Rollstuhl sei verantwortungslos und mit ihrer **Be_hinderung** könne sie keine gute Mutter sein. Diese Aussagen sind für Katharina sehr verletzend. Sie ist bereits seit drei Jahren Mutter und kümmert sich immer um das Wohlbefinden ihres Sohnes, ob im Rollstuhl oder nicht. Auch wissen viele in ihrem Umfeld nicht, dass eine Schwangerschaft die Schubrate der **Multiplen Sklerose** häufig verringert.

Die Schwangerschaft verläuft ohne Komplikationen, allerdings sind die vielen Ärzt*innenbesuche nicht immer leicht. Oft sind alle **Be_hinderten**parkplätze besetzt, die Räumlichkeiten zu eng für den Rollstuhl und die Untersuchungsmöbel nicht **barrierefrei**. Auch von der Wunschklinik zur Entbindung erhält Katharina eine Absage: Die entsprechenden Zimmer sind nicht für Gebärende mit Rollstuhl ausgerichtet - "Für Eltern im Rollstuhl haben wir hier keinen Platz", sagt die Ärztin. Katharina und Jonas finden ein anderes Krankenhaus, es ist allerdings fast zwei Stunden mit dem Auto entfernt.

Die Ärzt*innen dort sagen Katharina, sie solle aufgrund der Erkrankung einen Kaiserschnitt mit Vollnarkose durchführen lassen. Den Termin darf sich die Familie nicht aussuchen. Er findet vor dem errechneten Geburtstermin statt und wird so gelegt, dass er die weiteren Abläufe im Krankenhausalltag nicht stört.

Abbildung 1: Portrait 1 - Katharina

Portrait 2

Antonia



Antonia ist 27 Jahre alt und studiert seit 2019 Rechtswissenschaften in Berlin. Seit 4 Jahren lebt sie mit ihrem Freund Max zusammen und arbeitet neben dem Studium als Kellnerin. Sie ist weder BAföG berechtigt, noch bekommt sie finanzielle Unterstützung durch ihre Mutter, die Antonia und ihre zwei kleinen Brüder allein aufgezogen hat.

Deshalb musste Antonia einen Studienkredit aufnehmen, was großen Druck auf sie ausübt. Sie will ihr Studium so schnell wie möglich abschließen, um das Geld zurückzahlen zu können. Das Jonglieren zwischen Studium, Arbeit und Sozialleben macht sie häufig müde. Erst kürzlich hat sie versucht, durch eine Gehaltsverhandlung ein höheres Gehalt zu bekommen, da all ihre männlichen Kollegen mehr Geld verdienen als sie. Leider war der Versuch erfolglos.

Seit Antonia 15 ist, nimmt sie die Pille, die sie direkt von ihrem Frauenarzt verschrieben bekommen hat, als sie ihren ersten Freund hatte. Zunächst war die Pille kostenlos, aber ab dem 22. Lebensjahr kostete sie etwa 15 Euro für drei Monate. Dazu kommen noch Periodenprodukte. Antonia hat schon oft darüber nachgedacht ihre Verhütungsmethode zu ändern, aber die meisten sind entweder sehr einschränkend oder noch teurer.

Im Jahr 2020 wird sie ungewollt schwanger und möchte das Kind eigentlich nicht behalten. Sie wusste erst nicht, an wen sie sich wenden kann und hatte Angst, es Max zu erzählen, weil er nie Kinder wollte. Bei einer Beratungsstelle wurde ihr dann ein schlechtes Gewissen eingeredet und schließlich hat sie das Kind behalten. Als sie Max von der Schwangerschaft erzählt, streiten sie sich und Max verlässt sie.

Antonia ist während der Schwangerschaft ziemlich auf sich selbst gestellt, weil ihre Mutter nicht in der gleichen Stadt wohnt und sie in Berlin noch nicht so viele Menschen kennt. Auf Antonia kommen durch die Babysachen viel höhere Kosten zu, als sie gedacht hätte und sie muss ihren Kredit erhöhen. Außerdem muss sie ihr Studium vorerst abbrechen, um sich um ihre Tochter kümmern zu können. Als alleinerziehende Mutter hält sie sich mit kleinen Nebenjobs über Wasser und hofft, dass sie ihrer Tochter eine bessere Zukunft bieten kann.

Abbildung 2: Portrait 2 - Antonia

Portrait 3

Khadija



Khadija, 28 Jahre Alt hat bis September 2021 als Rechtsanwältin für die nationale Menschenrechtsinstitution Afghanistan Independent Human Rights Commission (AIHRC) gearbeitet. Sie lebte mit ihrem Mann, Batur, und den zwei Kindern Amir (4) und Zahra (2) in der Afghanischen Hauptstadt Kabul. Nach der gewaltvollen Machtübernahme der Taliban wurde es Frauen verboten zu arbeiten, Menschenrechtsverteidiger*innen und speziell Frauen wurden massiv bedroht. Khadijas Mann, Batur, wurde nur wenige Tage nach der Machtübernahme durch die Taliban entführt.

Die Hintergründe und sein Verbleib sind bis heute unklar. Nach wahllosen Angriffen auf Zivilpersonen und Gebäude durch Sprengsätze, Luftangriffe und Bedrohungen sah sich Khadija gezwungen das Land mit ihren Kindern zu verlassen. Über den Iran, Türkei, Bulgarien, Serbien, Ungarn und Österreich schafft sie es nach 7 Wochen in Berlin anzukommen. Einen Asylantrag hat sie bereits gestellt. Hier wohnt sie gerade mit ihren zwei Kindern in einer Notunterkunft in Wedding. Sie schlafen in einem großen Schlafsaal mit Doppelstockbetten und teilen sich ein Bad mit 20 anderen Menschen.

Khadija braucht dringend eine Operation, da bei ihr der Verdacht auf Endometriose besteht. Die Behandlung muss sie allerdings mit dem Sozialamt abstimmen, da das Asylbewerbergesetz nur eine minimale ärztliche Versorgung sicherstellt und in diesem Fall das Sozialamt zustimmen muss. Dieser Prozess kann sehr lange dauern und Khadija weiß nicht, welche Rechte ihr zustehen. Als sie auf dem Weg zum Sozialamt einen Passanten nach dem Weg fragt, wird sie von diesem **rassistisch** beleidigt. Da sie kein Deutsch kann, versteht sie nicht, was er genau sagt.

Aber seine Mimik und Gestik lassen sie spüren, dass sie nicht willkommen ist. Aufgrund der Aussetzung des Familiennachzugs gibt es keine sichere Möglichkeit, dass ihre Schwester und deren Mann und Kinder ebenfalls nach Berlin kommen können, um hier gemeinsam zu leben. Im Moment fühlt sie sich sehr hilflos, hat regelmäßig starke Unterleibsschmerzen wegen ihrer **Endometriose-Erkrankung**. Zugleich tut sie alles dafür, dass es ihren Kindern gut geht und sie das Trauma der Flucht der letzten Wochen verarbeiten können und sich in der neuen Umgebung wohl fühlen.

Abbildung 3: Portrait 1 - Katharina

Portrait 4 - Mario

Datei als pdf zum download: [Portrait 4 - Mario](#)

Handlungsempfehlungen

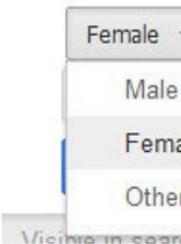
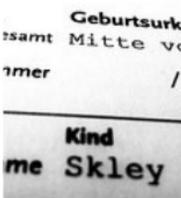
Die folgenden Handlungsempfehlungen in Verbindung mit dem Konzept der reproduktiven Gerechtigkeit können Anregung für Diskussion im Unterricht sein.

Handlungsempfehlungen für alle Diskriminierungsformen

- Infomaterialien, die mehr Diversität abbilden
- im Medizinstudium, Hebammenausbildung/-studium und Pflegeausbildung/-studium „Diversität“ verpflichtend lehren
- verpflichtende Weiter- und Fortbildungsangebote zu diesem Thema und der Förderung eines diskriminierungssensiblen Umgangs
- stärkere Förderung von Forschungsarbeit zu Diskriminierungen im Bereich von Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft
- mehr Stellen und bessere Bezahlung in der Geburtshilfe → mehr Zeit und Ressourcen für individuelle Beratung und Betreuung
- krankenhausunabhängige Beschwerdestelle, bei der sich Menschen melden können, die während ihrer Geburt diskriminierendem Verhalten ausgesetzt waren Lösungsvorschläge speziell gegen Ableismus im Bereich der Reproduktiven Gerechtigkeit:
- Umsetzung des Vorschlags des CRPDs: Aufhebung des § 1905 BGB bei gleichzeitigem Verbot der Sterilisierung ohne die informierte Einwilligung der betroffenen Person (2015: 7)
- Verbesserung der Datenerhebung vor allem in Bezug auf in Einrichtungen lebende Menschen mit Be_hinderungen, um Missbrauch und Druckausübung oder Zwang entgegenzuwirken
- ausreichende und verständliche Aufklärung über Verhütungsmittel, deren Nebenwirkungen und mögliche Alternativen
- verpflichtende Barrierefreiheit in gynäkologischen Praxen, die über den barrierefreien Zugang hinausgeht (Hornberg et al. 2019: 67)
- Vergütung für Gynäkolog*innen für den zeitlichen und medizinischen Mehraufwand bei gynäkologischen Untersuchungen (Hornberg et al. 2019: 5)
- Abbau von gesellschaftlichen Vorurteilen bezüglich be_hinderte Elternschaft durch Aufklärung und entsprechende Bildungsangebote
- Abbau der Barrieren bezüglich der Unterstützungsangebote zur Elternschaft
- Sensibilisierung für Ableismus in der pränatalen Diagnostik
- Beratungs- und Unterstützungsangebote für Eltern be_hinderter Kinder

Portrait 4

Mario



Mario ist 32 Jahre alt und wohnt zusammen mit seinem Partner Sam in Kreuzberg. Schon seit längerer Zeit haben sie den Wunsch, eine Familie zu gründen. Beide haben wenig Lust auf ein nervenaufreibendes Adoptionsverfahren und so entscheidet sich Mario nach langem Überlegen dafür, das Kind selbst auszutragen. Er hat große Angst vor der Schwangerschaft, weil sie als das Symbol für Weiblichkeit steht und er sich nicht sicher ist, wie er Männlichkeit und Schwangerschaft vereinen soll.

Außerdem hat er sich nicht getraut, seiner behandelnden Ärztin von seinem Kinderwunsch zu erzählen. Er hatte Angst, dass sie an seiner **trans*** Identität zweifeln würde, wenn er ihr gegenüber äußert, dass er selbst ein Kind austragen möchte. Da leibliche **trans*** Elternschaft erst seit der Abschaffung der Zwangssterilisation und verpflichtender geschlechtsangleichender Operationen als Voraussetzung für eine Vornamens- und Personenstandsänderung im Jahr 2011 möglich ist, sind viele Ärzt*innen demgegenüber immer noch skeptisch.

Mehr als skeptisch reagiert auch seine Umwelt, als er ein paar Monate später mit kugelrundem Bauch unterwegs ist. Immer wieder wird er gefragt, ob er "denn nun wieder eine Frau sei", schließlich ist er dabei ein Kind auszutragen und wird es auch gebären. Im Geburtsvorbereitungskurs und bei den Besuchen bei seiner Gynäkologin wurde Mario so oft **misgendert**, dass er nur noch die nötigsten Termine wahrnahm. Außerdem waren Sam und Mario total genervt von den Informationsmaterialien, die keinerlei für sie wichtige Information beinhalteten und sich eigentlich nur an die stereotype **weiße** deutsche **cis-heterosexuelle** Kleinfamilie richtete. Wie wird das später wohl für ihr Kind sein, die eigene Familienform in keinem Buch oder Film repräsentiert zu sehen?

Die Geburt war für Mario zwar mit einer Reihe von Schmerzen verbunden, allerdings nicht so schmerzhaft, wie das Ausstellen der Geburtsurkunde für Skley. Da Mario das Kind geboren hat, wird er dort als "Mutter" und mit seinem abgelegten Namen eingetragen. Eigentlich würden sich Sam und Mario noch ein weiteres Kind wünschen, für Mario ist die Vorstellung einer erneuten Schwangerschaft aber ausgeschlossen.

Abbildung 4: Portrait 4 - Mario

Handlungsempfehlungen speziell gegen Sexismus und Klassismus im Bereich der Reproduktiven Gerechtigkeit:

- existenzsichernde Mindestlöhne für alle
- Überwindung des Gender-Pay-Gap und gleicher Lohn für gleiche Arbeit
- leistungsgerechte Erhöhung von Einkommen: Aufwertung frauendominierter Berufe
- staatliche Unterstützung muss leicht zugänglich sein
- mehr qualifizierte Ansprechpartner*innen für Alleinerziehende in Jobcentern und in Familienplanungszentren
- mehr Zugang zu Information und Beratungsangeboten
- Sensibilisierung dafür, dass Diskriminierung intersektional verläuft und die Diskriminierung von armen Frauen entsprechend spezifisch geschieht Lösungsvorschläge speziell gegen Rassismus im Bereich der Reproduktiven Gerechtigkeit:
- 2020 eingeführtes Berliner Landesantidiskriminierungsgesetz (LADG) konsequent durchsetzen, damit Menschen nicht durch die Behörden diskriminiert werden können
- Sensibilisierung dafür, dass Diskriminierung intersektional verläuft und die Diskriminierung von Frauen of Color zum Beispiel entsprechend spezifisch geschieht
- Zugang zu Information und Bildungs- und Beratungsangeboten für Betroffene
- Aufbrechen von Stigma und Abwertung gegenüber Menschen, die in prekären Verhältnissen leben bzw. „mit Migrationshintergrund“ oder als BIPOC als defizitär markiert werden
- Familienzusammenführung für Menschen mit Migrationserfahrung erleichtern; westlich-bürgerliche und biologistische Kleinfamiliennormen nicht in den Mittelpunkt stellen
- kollektive Verantwortungsstrukturen für Sorgearbeit und Kindererziehung entwickeln, im Gegensatz zur bestehenden Norm der westlichen bürgerlichen Kleinfamilie mit klassischer Arbeitsteilung

Handlungsempfehlungen speziell gegen Queerfeindlichkeit im Bereich der Reproduktiven Gerechtigkeit:

- Reform des Familien- und Abstammungsrechts, sowie eine Ablösung des Transsexuellengesetzes (TSG) durch ein Selbstbestimmungsgesetz
- Ausweitung von Reproduktionstechnologien und deren Zugänge (erleichtern für queere Eltern)
- gleiches Adoptionsrecht für alle + das Sorgerecht für mehr als zwei Eltern, unabhängig von der Form ihrer Beziehung
- Entkopplung von Weiblichkeit und Schwangerschaft / Muttersein → Aufbrechen von binären Geschlechternormen/-rollen
- ausreichende Aufklärung über Fertilitätsbewahrung vor dem Beginn transitionsunterstützender Behandlungen (z. B. Hormontherapie, Genitalchirurgie)
- mehr Beratungsstellen für queere Eltern
- Anerkennung der Elternschaft unabhängig vom Geschlecht

- den richtigen Namen und Personenstand in die Geburtsurkunde des Kindes eintragen dürfen
- Einführen des rechtlichen Begriffs „Elternteil“ (als geschlechtsneutraler Begriff)

Interview mit einer Hebamme in Ausbildung

Um einen kleinen Einblick in die Alltäglichkeit der hier aufgezeigten Diskriminierungen in einem Berliner Krankenhaus zu gewähren, haben wir ein Interview mit einer Hebamme in Ausbildung geführt. Dieses Interview (oder auch nur Teile daraus) können im Unterricht genauso, wie die Portraits, in Kombination mit den Infotexten eingesetzt werden.

Interview vom 16.09.2022

CN: rassistische Beleidigungen, Transfeindlichkeit, Gewalt

Alex: Magst du dich einmal kurz vorstellen? Wer bist du und was machst du?

Julia: Ich bin Julia Schmidt, ich studiere in Berlin Hebammenkunde in einem Bachelor of Science, bei dem die Ausbildung ins Studium integriert ist. Das heißt, ich habe nach vier Jahren sowohl meine Berufszulassung als Hebamme als auch einen Bachelor in Hebammenkunde.

Alex: Wir stellen gerade ein Materialpaket für Unterrichtseinheiten zum Thema “reproduktive Gerechtigkeit” zusammen. Wir denken, dass es wichtig ist, möglichst viele Menschen für Ungerechtigkeiten, die sich im Bereich der Produktion fortsetzen, zu sensibilisieren. Welche Inhalte bezüglich reproduktiver Gerechtigkeit hast du in deiner Ausbildung oder auch neben deiner Ausbildung kennengelernt und wie bist du darauf aufmerksam geworden?

Julia: Im Studium bzw. in der Ausbildung war der Input hauptsächlich theoretisch. Wir hatten Vorlesungen an der Hochschule und nur einzelne Inputs zu psychologischen Themen oder ethischen Fragen, wo dann auch Gerechtigkeitsfragen gestellt wurden. Außerdem hatten wir ein Seminar zu Diversität und Komplexität in der Geburtshilfe bzw. in der Betreuung. Das war allerdings nicht so ganz ausgearbeitet und eher so ein “es muss halt stattfinden”, außerdem nicht prüfungsrelevant. Der größte Input kam von meinen Kommiliton*innen, die alle sehr interessiert waren. Das fand ich total cool, auch sehr sensibilisiert für verschiedene Diskriminierungsformen in Sprache, in Lehrmaterial, in der Praxis und natürlich das, was außerhalb passiert ist. Ansonsten habe ich selbst unterschiedliche Möglichkeiten der Wissensbeschaffung genutzt, wie Social Media, Podcasts, Bücher oder Texte.

Alex: Uns ist in unserer Recherche aufgefallen, dass Schwangerschaft und Geburt immer noch stark cis-weiblich und heterosexuell besetzt sind und die Schwangerschaft als das Sinnbild von Weiblichkeit steht. Hast du das Gefühl, dass sich daran langsam etwas ändert? Behandelt ihr auch queere Perspektiven? Und wie sieht es in der Praxis aus?

Julia: Ja und nein. Es passiert auf jeden Fall was. Ich habe das Gefühl, dass da wieder viele Impulse von Kommiliton*innen, gerade was Sprache und auch Abbildung von anderen Realitäten als cis-hetero weiblicher Schwangerschaft, Geburt und Wochenbettzeit angeht, kommen. Das fängt bei der Sprache an - eben nicht nur von "Frauen" zu sprechen, sondern geschlechtsneutrale Bezeichnungen zu finden, wie z.B. Gebärende. Es ist aber sehr, sehr langsam und es kommt nicht so schnell in die Praxis. Da ist das Aufbrechen der alten Strukturen sehr mühsam. Natürlich macht es einen Unterschied, wo man arbeitet. Ich war für meine Ausbildung in einem Krankenhaus in Spandau und habe das Gefühl, dass da noch ein anderes Verständnis herrscht als vielleicht in einer Klinik in Friedrichshain oder Kreuzberg, wo andere Lebensrealitäten mehr repräsentiert sind. In der Praxis sind Veränderungen schwierig. Es wird ausschließlich von Frauen gesprochen, ich habe es einmal erlebt, dass eine Person nicht mit einem weiblichen Pronomen angesprochen werden wollte. Das wurde dann abgetan mit: „Die kriegt doch ein Kind, die ist eine Frau. Punkt.“ Da war dann die Diskussion beendet. Die Schere zwischen Theorie und Praxis ist sehr groß. Ich habe aber große Hoffnung, dass das mit der neuen Generation besser wird. Die jüngeren Hebammen, die jetzt neu kommen, sind sensibilisierter und können das vielleicht mit der Zeit umwälzen, aber es dauert einfach, diese Muster aufzubrechen. Gerade die Medizin ist so festgefahren in Traditionen, Strukturen und Mustern.

Alex: Ja, auf jeden Fall, diese binären Vorstellungen von Geschlecht setzen sich ja in medizinischen Biologismen fort. Eine etwas andere Frage: Wie sind deine Erfahrungen mit nicht-weißen Babies und nicht-weißen Gebärenden? Gibt es da irgendwie eine personelle, institutionelle und/oder ungleiche Behandlung? Und hast du da Beispiele?

Julia: Das ist traurig, aber die Frage kann ich einfach nur mit „ja“ beantworten. Es ist wirklich extrem belastend. Das ist eine Sache, über die wir uns viel austauschen, weil es eine starke Form der Diskriminierung und des Rassismus ist, die so sichtbar wird in einer so vulnerablen Situation wie der Geburt. Das ist einfach wahnsinnig gewaltvoll, das ist Gewalt. Es ist wirklich schwierig, das mit anzusehen, mitzuerleben. Also für mich als weiße Person natürlich nicht mal annähernd so viel, wie für die betroffene Person. Aber es gibt viele Beispiele, wo vor allem die Sprachbarriere eine riesige Rolle spielt, wodurch die Betreuung schlechter und das dann noch abgetan wird. Ich weiß nicht, ob ich jetzt ein konkretes Beispiel auch mit dem Wording bringen soll, das reproduziere ich ungern, kann es aber machen.

Alex: Also, wie du dich wohlfühlst.

Julia: Wenn es eine Sprachbarriere gibt, merke ich bei einigen Hebammen oder auch Ärzt*innen, die dort arbeiten, dass der Wille einer respektvollen Betreuung nicht mehr da ist. Es fallen dann Sätze wie: „Die versteht eh nichts, die kannst du allein lassen...“, „Geh mal zu der deutsch sprechenden Gebärenden im Kreißsaal nebenan und betreue die mal schön. Die nebenan kann eh nicht mit dir sprechen, oder?“, „Ja, das ist eine Vietnamesin, die weiß, wie das geht“ oder bei einer Mehrgebärenden mit arabischem Background, die „das ja eh schon alleine schafft! In ihrer Kultur kriegen die das eh alleine hin.“ Und wirklich krass

viele rassistische Stereotypen, die immer wieder reproduziert werden und unkommentiert bleiben. Das ist echt ein Problem. Für mich ist besonders problematisch, dass ich in meiner Ausbildung in so einem starken Machtverhältnis stehe. Wenn ich mich dagegen auflehne, muss ich befürchten, dass meine Ausbildung in Gefahr ist. Die Leute, gegen die ich mich auflehne, bewerten am Ende meine Praxis und können dafür sorgen, dass ich durchfalle und gegebenenfalls meinen Ausbildungsplatz verliere. Das macht es sehr schwierig, sich dagegen auszusprechen. Das einzige, was man natürlich immer machen kann, ist die Betreuung besser zu gestalten und das eben nicht weiter zu reproduzieren. Aber auch das ist wahnsinnig schwierig, weil auch die Ressourcen natürlich ein riesiger Punkt sind. Aber ich glaube keine Ressourcenknappheit entschuldigt Rassismus und Diskriminierung. Wenn ich Zeit habe, um rassistisch zu sein, dann habe ich auch Zeit, die Person vernünftig zu betreuen. Lässt sich wahrscheinlich einfach sagen, aber dann sage ich lieber gar nichts, bevor ich eine Person diskriminiere oder rassistisch beleidige.

In der Theorie gibt es auch rassistische Probleme, was zum Beispiel Hauterkrankungen angeht. Diese werden immer nur an weißen Personen dargestellt. Ich weiß nicht, wie ein neugeborenes Kind, das nicht-weiß ist, mit einer Gelbsucht aussieht, woran erkenne ich das? Muss ich erst warten, bis die Augen gelb werden? Es gibt beispielsweise Geräte, die über die Haut den Bilirubinwert bestimmen, also den Gelbwert. Das ist nicht invasiv. Das könnte man einfach immer bei jedem nicht-weißen Kind machen und so Krankheiten frühzeitig erkennen. Wir haben nicht gelernt, Krankheiten an nicht-weißer Haut zu erkennen und das kann wahnsinnig gefährlich werden. Wenn dann Rötungen oder andere Verfärbungen der Haut übersehen werden, weil wir nicht gelernt haben, wie diese aussehen. Darüber gibt es mittlerweile total gute Literatur, die wir uns auch mal gegenseitig zugeschickt haben, wo wir wieder dabei sind: Woher bekommen wir die Inhalte? Nicht von der Hochschule, die eigentlich den Bildungsauftrag hat, sondern wir beschaffen sie uns selbst.

Der Rassismus und die Diskriminierung von nicht-deutschen und nicht-weißen Menschen im Krankenhaus ist schon sehr deutlich spürbar. Angefangen mit der Sprachbarriere, mit Wörtern wie dem N-Wort, Z-Wort, P-Wort, alle möglichen rassistischen Beleidigungen werden weiterhin, teilweise täglich, verwendet. Ja, das ist kein schöner Ort. Ich kann natürlich auch nur von der Erfahrung aus dem Krankenhaus sprechen, wo ich bin. Ich denke, es gibt auf jeden Fall auch bessere Ansätze in anderen Krankenhäusern und Kreißsälen. Ich habe da auch schon von sensiblerer Betreuung gehört und habe es jetzt auch erlebt, dass das Team, in dem ich bin, zum Ende der Ausbildung deutlich diverser wurde. Ich habe auch einmal eine Auseinandersetzung mitbekommen, wo eine Person sich rassistisch geäußert hat, woraufhin eine Kollegin interveniert, das als rassistisch artikuliert hat und in die Diskussion gegangen ist. Sie selbst war nicht-weiß. Sie konnte gut erklären, warum der Kommentar rassistisch war und wurde aufgrund ihrer Position ernst genommen. Genau so verändern sich die Dinge.

Alex: Aber halt sehr langsam. Wir setzen die Hoffnung auf die neue Generation, so wie dich.

Julia: Ja, aber auch die neue Generation, auch da ist das Problem, dass der Hebammenberuf

sehr cis-weiblich ist. Ich glaube, Veränderung passiert nur, wenn in der Berufsgruppe mehr Diversität herrscht. Ich erlebe das auch, aber halt nie aus der Betroffenenperspektive und werde halt einfach nie die gleiche Erfahrung machen und dadurch weniger verändern können.

Alex: Ich weiß, was du meinst. Ihr seid schon hauptsächlich cis-Frauen? Der Studiengang ist doch aber eigentlich für all gender gedacht, oder? Wie sieht es so unter den Studierenden aus?

Julia: Alle in unserem Kurs benutzen weibliche Pronomen und sind auch, as far as i know, cis-weiblich. Ich glaube, es gibt eine Handvoll nicht-weibliche bzw. männliche Hebammen. Statistiken über andere Geschlechtsidentitäten gibt es gar nicht. Es ist ein weiblicher Beruf mit Frauen. Frauen kriegen Kinder und Frauen arbeiten mit Frauen und das ist auch das Ende der Geschlechterdiskussion. Der Arzt darf dann männlich sein. Der ist ja auch der Arzt.

Alex: Oh, Mann. Ja. Okay. Ich habe noch drei weitere Fragen. Ist die Elternschaft von Menschen mit Be_hinderung ein Thema in deiner Ausbildung? Und wie sieht es bei euch in der Praxis mit der Barrierefreiheit aus? Also z.B. in Bezug auf das Infomaterial?

Julia: Also ich habe tatsächlich auch gerade nochmal geschaut und auch darüber mit meiner Freundin gesprochen. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett mit Be_hinderung waren nie ein Thema. Also wirklich in keinster Form. Das ist schon ganz schön hart, die Erkenntnis zu haben, dass wir dazu nie etwas gelernt haben. Ich wüsste auch keine Anlaufstelle für verschiedene Be_hinderungen. Barrierefreiheit, was vielleicht Gehbe_hinderung und Fahrstühle im Krankenhaus angeht, ist gegeben, aber das wars dann auch. Ich bin mal über eine Fortbildung von einem kleinen Kollektiv zu dem Thema gestoßen. Die haben Gebärdensprache für Hebammen als Seminar angeboten, war aber unbezahlbar. Und das gabs auch nur alle zwei Jahre einmal. Also nichts, was irgendwie Teil der Ausbildung ist. Es gibt auch kein Verzeichnis oder ich weiß einfach nichts davon. Das wäre auf jeden Fall was, wo ich mich gerne mal schlau machen würde, was es da vielleicht für ein Verzeichnis gibt, welche Hebamme kann z.B. Gebärdensprache sprechen (das gibt es tatsächlich für viele andere Sprachen, da haben wir so Listen in den Krankenhäusern mit Dolmetschservices, die werden natürlich nie genutzt, weil das viel zu aufwändig ist). Für Be_hinderung und Barrierefreiheit wüsste ich davon nichts. Leider.

Alex: Eine Abtreibung ist ein sensibles Thema. Viele angehende Ärzt*innen werden in ihrem Studium nicht ausreichend darauf vorbereitet und organisieren sogenannte Papaya-Übungen selbstständig. Wie war das in deinem Studium und wie würdest du den Umgang mit Menschen, die sich für den Abbruch einer Schwangerschaft entscheiden, beschreiben?

Julia: Also Abtreibung ist ein Thema, was wirklich gut behandelt wurde. Vielleicht nicht gut, aber ausreichend. Wir haben ja nicht so viel mit Schwangerschaftsabbrüchen zu tun. Nur bei späten Schwangerschaftsabbrüchen muss auch eine Hebammenbetreuung gewährleistet sein.

Aber wir wurden relativ gut informiert darüber, über die Rechtslage, was wichtig ist (auf so einer zwischenmenschlichen Ebene), über die Entscheidungsfindung und Beratungsstellen. Ich habe auch das Gefühl, dass wir da sehr objektiv aufgeklärt worden sind. Und was war der zweite Teil der Frage? Sorry.

Alex: Wie würdest du da den Umgang beschreiben mit Menschen, die bei euch in der Klinik einen Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen?

Julia: Ich hatte so einen OP-Einsatz, der dauerte ungefähr zwei Wochen und da gab es „Schwangerschaftsabbruch-Tage“. Da war ein niedergelassener Arzt, der hatte seine Abtreibungen quasi durchgetaktet, also einen Tag nur Abtreibungen in dem einen OP-Saal. Ich hatte schon das Gefühl, dass die Menschen dort nicht so gut behandelt worden sind. Wenn die Narkose eingeleitet wurde, wurden sie weniger nett behandelt als andere Patient*innen. Das kommt natürlich auf das Personal an. Es gibt auch tolle Betreuung, die die Menschen einfach ganz neutral behandelt, als würden sie jetzt ihre Gallenblase rausgenommen bekommen. Grundsätzlich ist es mega gut, dass es solche Tage gibt. Dass da wirklich unter Vollnarkose von geschultem Personal, so viele Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt werden. Auch den Umgang mit früheren Schwangerschaftsabbrüchen nehme ich als sehr positiv wahr. Wenn eine Gebärende in den Kreißsaal kommt, sehen wir im Mutterpass die Anzahl der vergangenen Schwangerschaften und da werden Schwangerschaftsabbrüche auch mitgezählt. Das wird dann einfach zur Kenntnis genommen. Man fragt natürlich nach: Wann war das? War das medikamentös oder operativ? Einfach für die medizinische Anamnese. Aber das danach gefragt wird, wieso, weshalb, warum oder da irgendwelche Verurteilungen stattfinden, habe ich noch nie erlebt. Es ist einfach ein Parameter in der Anamnese. Also das geht schon ganz gut in eine selbstbestimmte Richtung, ist ja auch das bare minimum irgendwie, dass Leute nicht für ihre Entscheidungen, die gegebenenfalls Jahre zurückliegen, verurteilt werden. Aber auch das wäre irgendwie vorstellbar.

Alex: Schön zu hören. Kommen wir zu unserer letzten Frage. Wir haben jetzt über viele, viele Missstände gesprochen. Was siehst du denn so für Lösungsmöglichkeiten? Was müsste sich ändern, damit Menschen eine gerechtere reproduktive Gesundheitsversorgung erhalten?

Julia: Also zum einen müssen die behandelnden Personen einfach diverser werden und verschiedene Lebensrealitäten abbilden. Selbsterfahrung und Verständnis, dafür, dass eben nicht alles so ist, wie es im Lehrbuch beschrieben wird, würde schon viel ändern. Generell müssten mehr unterschiedliche Perspektiven in der Lehre vertreten sein. Es ist eigentlich eine grundlegende Voraussetzung, dass die Lehrinhalte viel diverser ausgestaltet werden, wenn es um Lehrbücher geht oder Abbildungen. „Diversität“ als Seminar sollte keine Wahlveranstaltung sein, die irgendwann im fünften Semester stattfindet. Gerechte Reproduktion sollte einfach omnipräsent sein, in allem, was wir lernen und nicht als einzelnes Seminar. Auch wenn ich gesagt habe, dass fehlende Ressourcen nicht der Grund für Rassismus sein können. Natürlich ist es leichter, mit besseren Arbeitsbedingungen und mehr Ressourcen, mehr Verständnis und mehr Empathie für verschiedene Menschen mitzubringen und mehr Zeit, um sich auf verschiedene Umstände einzulassen. Ein Problem generell im Gesundheitswesen

ist natürlich das fehlende Personal und der zu knappe Personalschlüssel. Der führt dann dazu, dass Aussagen getroffen werden, wie „ja okay, dann betreuen wir die nicht deutsch sprechende Person nicht, sondern lieber die deutsch sprechende“. Die Frage sollte gar nicht gestellt werden müssen. Wen betreuen wir jetzt gerade lieber? Für alle Menschen, egal welche Sprache sie sprechen oder wo sie herkommen, muss eine gute Betreuung stattfinden, auch wenn sie mehr Aufwand bedeutet. Bei Sprachbarrieren wird dann eben mal das Triaphon verwendet oder es wird gegebenenfalls eine Person dazu geholt oder was auch immer. Aber der Wille muss halt auch da sein. Und wenn eine schlechte Betreuung stattfindet, braucht es vielleicht eine Kommission oder eine...

Alex: Beschwerdestelle oder so was? Gibt es sowas bei euch?

Julia: Es gibt eine, ja. Aber da geht es viel um technische Sachen. Da werden dann Schadensfälle besprochen und behandelt und es gibt auch Seelsorge und eben Beschwerden. Die wenigsten, die Rassismus- oder Diskriminierungserfahrungen machen, werden sich beschweren, weil sie ja eh schon nicht in der Position sind, sich da gehört zu fühlen. Es bräuchte Mechanismen, die sowas aufdecken, das besprechen und nachbesprechen. Ja, und ich weiß auch nicht, ob das so gut ist, wenn das immer von den Krankenhäusern selber gestellt wird, lieber von unabhängigen. Viele Krankenhäuser haben außerdem kirchliche Träger und ja ... Kirche und Diskriminierung, denen dann die Aufgabe zu überlassen... Da scheint mir eine unabhängige Beschwerdestelle sinnvoller.

In der Lehre muss genau so viel passieren, zum Beispiel bräuchte es viel mehr Zusammenarbeit. Natürlich ist es wichtig, dass wir von medizinischem Personal gelehrt werden, an manchen Stellen würde ich mir aber einen stärker interdisziplinären Ansatz wünschen. Zum Beispiel hatten wir ein Seminar mit einer Soziologin und da kamen ganz andere Ansätze, die nicht so geprägt sind wie die Medizin.

Alex: Ja. Ja.

Julia: Aber es ist ein langer Prozess und irgendwie zermürend das mitzuerleben, trotz der Hoffnung darauf, dass es irgendwann besser wird. Ein kleiner Hoffnungsschimmer ist für mich, dass ich mit meiner Arbeit als Hebamme ziemlich unmittelbar an den Personen dran bin. Ich kann den Großteil der Betreuung mitgestalten und für mich entscheiden, wie ich Personen behandeln möchte. Ich habe dann zwar auch nicht immer die Ressourcen alle so zu behandeln, wie ich mir das wünschen würde und sehe natürlich auch, wenn Kolleg*innen Gebärende behandeln, die damit nicht einverstanden sind. Aber dann nehme ich mir immer vor, es bei der nächsten Person, die ich selbst behandle, besser zu machen. Ich habe es in der Hand, aber es erfordert auch häufige Reflexionsarbeit. Ich habe meine Ausbildung jetzt abgeschlossen, ich muss später Fortbildungen machen und am besten nicht immer irgendwelche fachlichen Fortbildungen. Alles was darüber hinausgeht, müsste ich selbst bezahlen und organisieren. Da bräuchte es mehr Angebote für Fortbildungen, über diskriminierungsfreies und gerechtes Arbeiten.

Alex: Vielleicht ist unser Materialpaket ein Schritt in die richtige Richtung. Ich kann mir gut vorstellen, dass einige Schüler*innen der Oberstufe mal im medizinischen Bereich arbeiten und mithilfe unseres Materialpakets schon früh für die Auswirkungen verschiedener Diskriminierungsformen auf Reproduktion sensibilisiert werden.

Julia: Die Verantwortung liegt natürlich bei den behandelnden Personen, aber eine frühe Aufklärung über Gerechtigkeit in der Geburtshilfe wäre total wichtig. Gebärende müssen wissen, dass sie Rechte haben und Selbstbestimmung nicht aufhört, nur weil sie ein Kind bekommen. In so einer vulnerablen Situation ist es natürlich nicht ihre Aufgabe, auf ihre Grundrechte zu pochen, aber sie müssen sich eben auch nicht alles gefallen lassen. Nur so wird die Beschwerdekette dann irgendwann losgetreten. In Geburtsvorbereitungskursen liegt der Fokus mittlerweile zum Glück immer mehr auf der Selbstbestimmung der Gebärenden. Gebärende dürfen auch Nein sagen. Sie dürfen Schmerzerleichterung fordern und das auch zweimal oder dreimal einfordern, wenn sie es nicht gleich bekommen. Das sollte viel mehr in den Vordergrund rücken.

Alex: Dann sind wir schon am Ende angekommen. Vielen Dank für deine Perspektive und das tolle Interview.

Anlaufstellen in Berlin und Brandenburg

Schwangerschaftsabbrüche in Berlin und Brandenburg

Im Folgenden sind zwei Karten zu sehen, die die Orte in Berlin und Brandenburg angeben, an denen Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt werden. Die Einrichtungen und ihre Adressen werden auf der Liste der Bundesärztekammer von Ärzt*innen, Krankenhäusern und medizinischen Einrichtungen nach § 13 Abs. 3 Schwangerschaftskonfliktgesetz veröffentlicht. Die Aufnahme in diese Liste erfolgt freiwillig, weshalb nicht davon ausgegangen werden kann, dass die vollständige Anzahl abgebildet wird. Es erfolgen Angaben zur Adresse, E-Mail, Telefon, Website, gesprochenen Sprachen und den möglichen Methoden des Abbruchs. Zusätzlich ist eine Suche nach Postleitzahl möglich.

Neben den Einrichtungen, die Abtreibungen durchführen, ist auch der Anteil von Frauen im gebärfähigen Alter an der Gesamtbevölkerung abgebildet. Schüler*innen kann die Aufgabe gestellt werden, den Zusammenhang zwischen diesen beiden Parametern zu analysieren. Die Annahme hierbei ist, dass in Regionen, in denen der Anteil von Frauen im gebärfähigen Alter höher ist, auch mehr Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen, vorhanden sind. Dies kann für Berlin in großen Teilen bestätigt werden, dort gibt es nur in einem Planungsraum mit einem Anteil von unter 15 Prozent eine Einrichtung. In Brandenburg hingegen ist dies in fünf Gemeinden der Fall.

Was bei der Betrachtung ebenfalls auffällt, ist die geringe Anzahl an Einrichtungen und die große regionale Streuung in Brandenburg. Schüler*innen können mögliche Gründe dafür

sammeln. So können zum Beispiel konservative Einstellungen in ländlichen Regionen zur stärkeren Verurteilung und Tabuisierung von Abtreibung führen. Deshalb wollen manche Ärzt*innen auch nicht öffentlich machen, dass sie Schwangerschaftsabbrüche durchführen. Auch der geringere Anteil von jungen Menschen kann zu einem geringeren Bedarf an Abtreibungen führen.

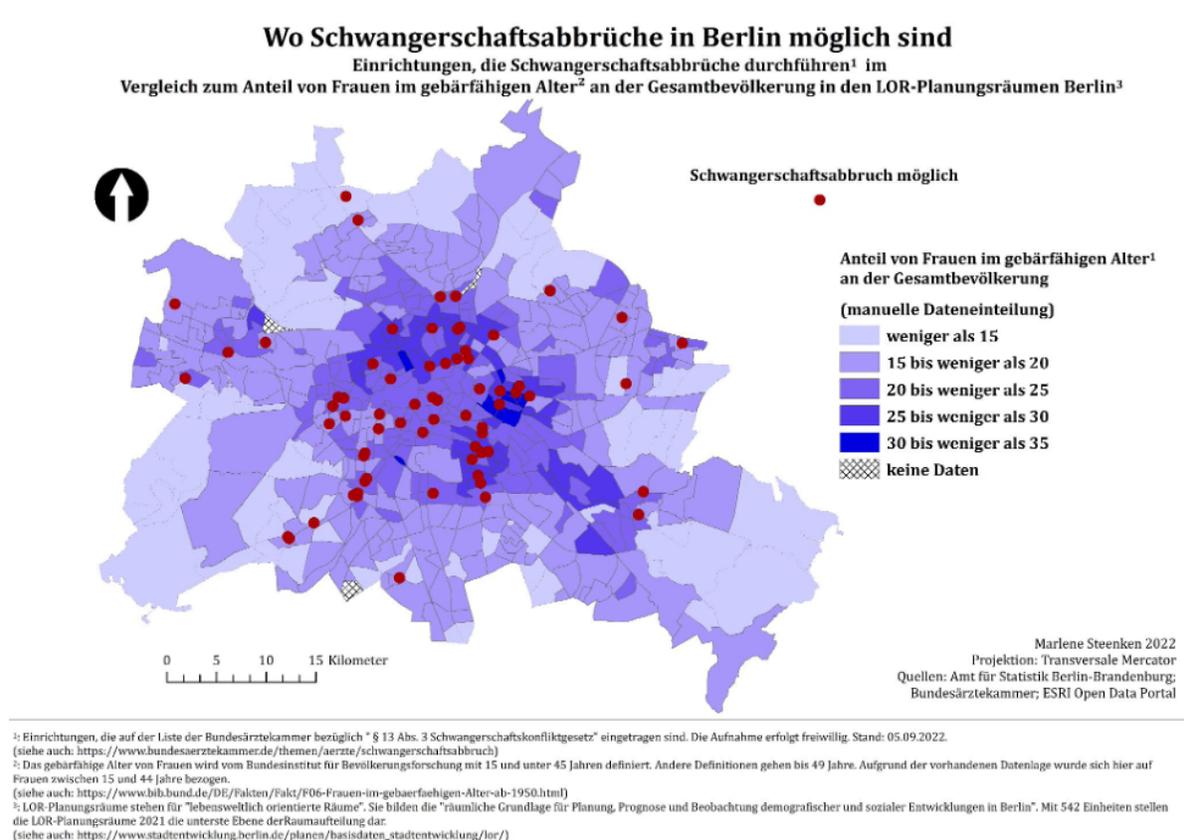
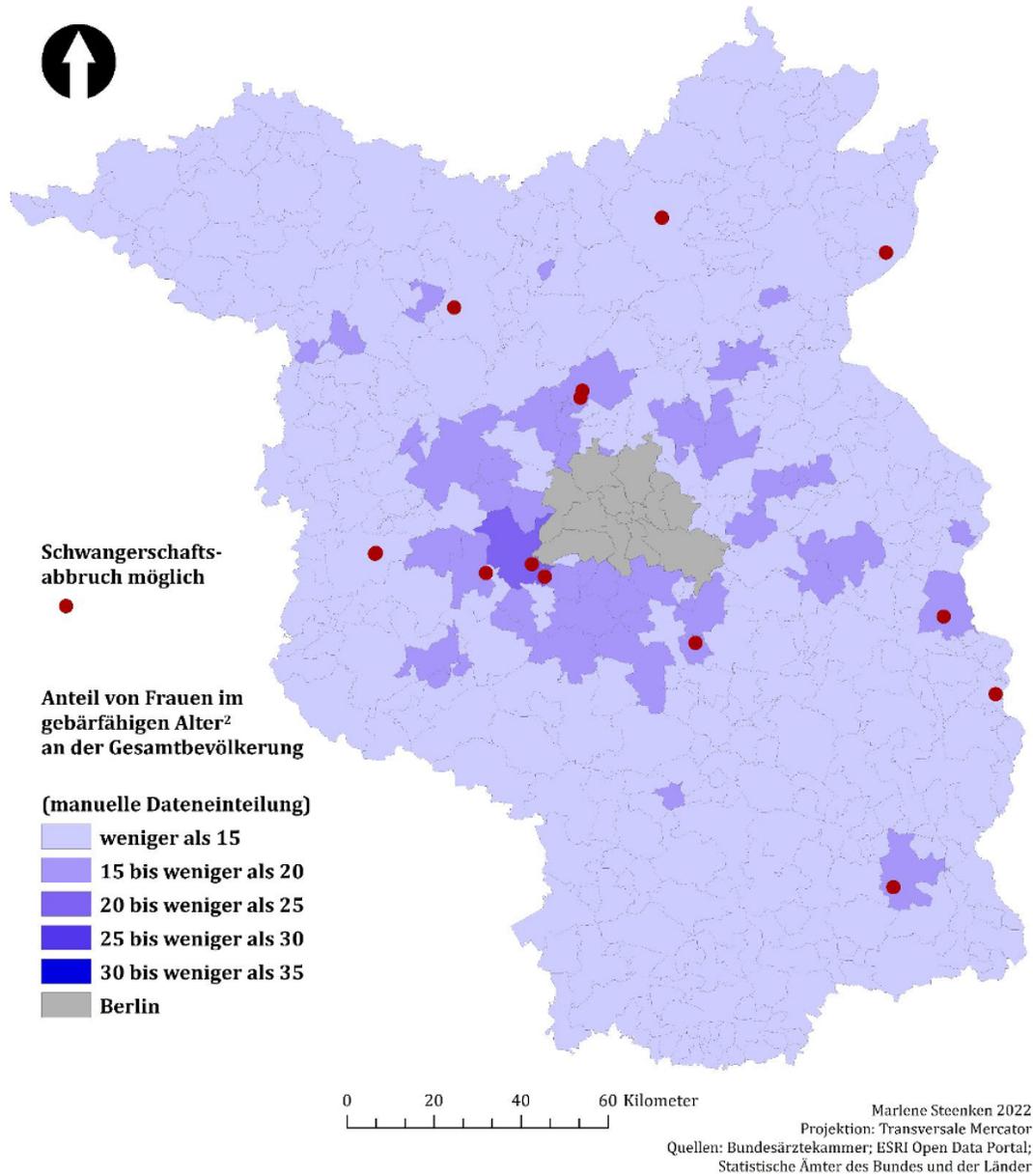


Abbildung 5: Schwangerschaftsabbrüche - Kartierung von Einrichtungen in Berlin

Schlussendlich kann Kritik an der Erhebung von Einwohner*innenstatistiken geübt werden. Der Anteil von Frauen im gebärfähigen Alter an der Gesamtbevölkerung wird deshalb genutzt, weil die Erhebung in Berlin und Brandenburg nur in binären Geschlechterkategorien erfolgt. Es können aber nicht alle Frauen schwanger werden und nicht alle Menschen, die schwanger werden, sind Frauen. Natürlich sind Aussagen über die eigene Fertilität sehr persönlich und sollten nicht mit Mitmenschen geteilt werden müssen. Nichtsdestotrotz reproduziert die Erhebung in binären Geschlechterkategorien ein System, das queerfeindlich ist und Menschen, deren Geschlecht sich außerhalb dieser Kategorien befindet, ausschließt. Diese Strukturen zu erkennen und zu benennen, kann mit Hilfe der zur Verfügung gestellten Karten ebenfalls geübt werden.

Wo Schwangerschaftsabbrüche in Brandenburg möglich sind

Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche durchführen¹ im Vergleich zum Anteil von Frauen im gebärfähigen Alter² an der Gesamtbevölkerung in den Gemeinden Brandenburgs



¹: Einrichtungen, die auf der Liste der Bundesärztekammer bezüglich " § 13 Abs. 3 Schwangerschaftskonfliktgesetz" eingetragen sind. Die Aufnahme erfolgt freiwillig. Stand: 05.09.2022.

[siehe auch: <https://www.bundesaeztekammer.de/themen/aerzte/schwangerschaftsabbruch>]

²: Das gebärfähige Alter von Frauen wird vom Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung mit 15 und unter 45 Jahren definiert. Andere Definitionen gehen bis 49 Jahre. Aufgrund der vorhandenen Datenlage wurde sich hier auf Frauen zwischen 15 und 44 Jahre bezogen. (siehe auch: <https://www.bib.bund.de/DE/Fakten/Fakt/F06-Frauen-im-gebaerfaehigen-Alter-ab-1950.html>)

Abbildung 6: Schwangerschaftsabbrüche - Kartierung von Einrichtungen in Berlin

Kinderwunschzentren und Beratungsangebote in Berlin und Brandenburg

Die folgenden zwei Karten zeigen die regionale Verteilung von Kinderwunschzentren und Beratungsangeboten in Berlin und Brandenburg. Die Adressliste der Einrichtungen wurde in eigener Recherche erstellt, weshalb auch hier nicht für Vollständigkeit garantiert werden kann. Aber es ist möglich den Schüler*innen einen Überblick zu verschaffen, gerade in Verbindung mit der Tabelle weiter unten. Kinderwunschzentren und Beratungsangebote sind für ein vereinfachtes Verständnis auf der Karte definiert. Auch hier können Schüler*innen über die regionale Verteilung diskutieren und sich Gedanken machen, welche Angebote Menschen in ihrem Umfeld oder sie selbst nutzen (könnten). Auffällig ist, dass es in Brandenburg nur zwei Kinderwunschzentren gibt, die sich beide in Potsdam befinden. Grund für die geringe Anzahl ist der Stopp des Förderprogramms des Landes Brandenburg im Jahr 2022 (s. Karte). Die Folgen dieser Entscheidung können von Schüler*innen ebenfalls diskutiert werden.

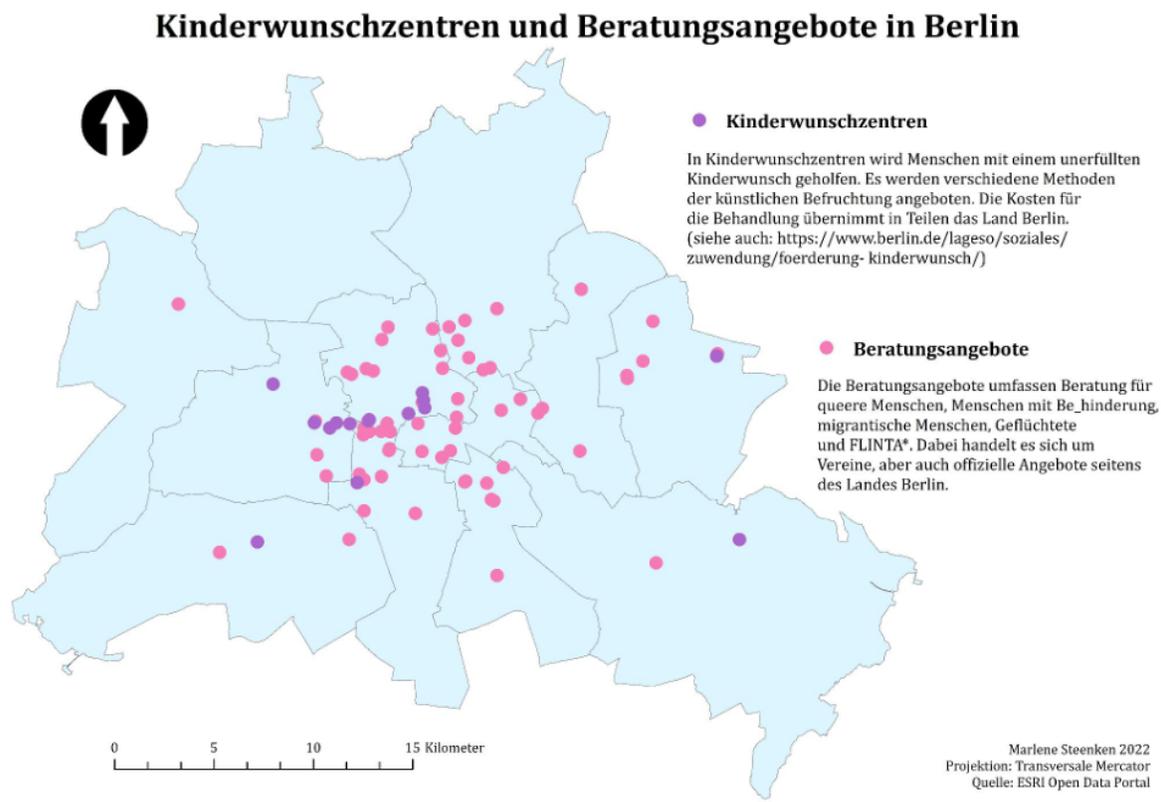


Abbildung 7: Kinderwunschzentren - Kartierung von Einrichtungen in Berlin

Anlauf- und Beratungsstellen

Kinderwunschzentren und Beratungsangebote in Brandenburg

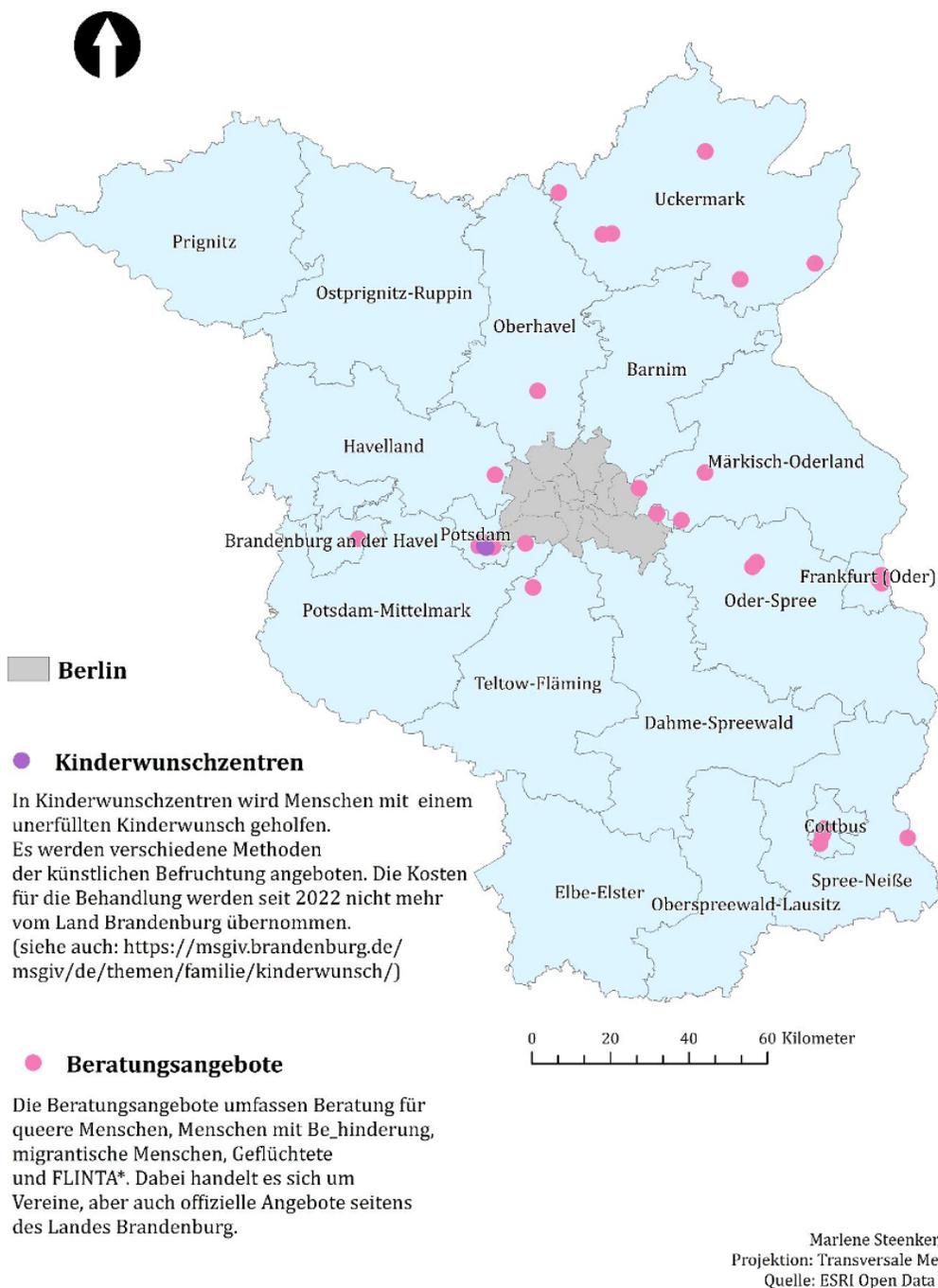


Abbildung 8: Kinderwunschzentren - Kartierung von Einrichtungen in Berlin

Anlauf-	Websites	Bereich
Sonntags-Club	https://www.sonntags-club.de/	Veranstaltungs-, Informations- und Beratungszentrum für Lesben, Schwule, Bisexuelle, trans*- und inter*-Personen
Beratungsstellen		Unterstützung bei vielen Fragen, die das Leben als schwuler oder bisexueller Mann, lesbische Frau, trans- oder intergeschlechtlicher Mensch mit sich bringt
Schwulen Beratungsstellen für queere Menschen in Berlin	https://schwulenberatungberlin.de/	Netzwerk von Vereinen und Initiativen in Berlin, die sich zum Ziel gesetzt haben, Hilfsangebote für junge Menschen verschiedener sexueller und geschlechtlicher Identitäten zu schaffen und sie zu vernetzen
Queere Jugend Hilfe	https://www.queere-jugend-hilfe.de/	Ein Projekt für Lesben, Schwule, Bisexuelle und trans*-Personen mit Kindern und Kinderwunsch
Regenbogenfamilienzentrum	https://berlin.lsvd.de/projekte/regenbogenfamilien-berlin/	Beratung für Lesben, bisexuelle Frauen, trans*, inter*, nicht-binäre und queere Menschen
Lesbenberatung	https://lesbenberatung-berlin.de/	Selbstorganisation von Schwarzen und of Color Lesben, Schwulen, Bisexuellen, trans*, inter* und Queere Menschen
Glادت	https://gladt.de /	Für Homo-, Bi und trans*, inter* und queere Menschen. Gegen Gewalt, Fremdenfeindlichkeit, Ausgrenzung und Diskriminierung
AndersARTIG	https://andersartig.info/	Bildungsangebote zu geschlechtlicher und sexueller Vielfalt
ABqueer	https://abqueer.de/	soziales Zentrum und eine Selbstvertretungsorganisation von und für trans*, inter* und nicht-binäre Personen
Transinterqueer	https://www.transinterqueer.org/	psychosoziale Beratung für lesbische, schwule, bisexuelle, transgeschlechtliche oder intergeschlechtliche Geflüchtete, Menschen mit Migrationsbiographie und deren Angehörige
MILES	https://berlin.lsvd.de/projekte/miles/	

Quarteera e.V.	http://www.quarteera.de/	Das Projekt vernetzt, unterstützt und berät LSBTI-Russische Geflüchtete in Berlin
gleich&gleich e.V.	https://www.gleich-und-gleich.de/	Beratung für junge LGBT*I*Q Menschen
Projekt Trans*Sexworks	http://transsexworks.com/transsexworks/	Peer-to-Peer-Unterstützungsstruktur und ein Netzwerk für und von trans*Sex-Arbeitenden
BiBerlin e.V.	https://biberlin.de/	Der Verein setzt sich für bisexuelle bzw. nicht-monosexuelle Menschen ein
Checkpoint BLN	https://checkpoint-bln.de/	Führung von HIV-Tests, Syphilis-, Chlamydien- und Tripper- Tests, sowie medizinische Behandlung dieser Infektionen, und Beratung zur sexuellen Gesundheit, Substanzkonsum oder queeren Themen
In&Out	https://www.comingout.de/	Beratung für junge lesbische, schwule, bi, pansexuelle, asexuelle, inter*, trans* und nicht-binäre Personen für Jugendliche und junge Erwachsene ehrenamtlich Beratungen
Jugendnetzwerk Lambda	https://www.lambda-bb.de/	Verein, der die Interessen junger lsbtqi* Personen in der Öffentlichkeit und Politik vertritt und sich für die Belange Bildung, Aufklärung, Beratung und Freizeitgestaltung für lsbtqi* Jugendliche engagiert
Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung	https://www.berlin.de/ba-mitte/politik-und-verwaltung/aemter/gesundheitsamtsvermittlung/sexuelle-gesundheit	Beratung für Familien über Schwangerschaft, Infektionen, Verhütung, sexuelle Bildung usw.
TriQ-TransInterQueer	www.transinterqueer.org	Soziales Zentrum von und für trans*, inter* und nicht-binäre Personen. Beratung, Gruppentreffen, Fort- und Weiterbildungen, Freizeit- und Unterstützungsangebote, Kunst- und Kulturveranstaltungen, usw.
Anlaufstelle für Islam und Diversity	www.ibn-rushd-goethemoschee.de	Anlaufstelle für Islam und Diversity, die queeren Muslim*innen einen Ort der sozialen und spirituellen Geborgenheit anbieten

LesLeFam - Treffpunkt	www.leslefam.de	gemeinnütziger und eingetragener Verein, der die Interessen von lesbischen und queeren Frauen in unterschiedlichen Lebensphasen in Politik und Gesellschaft vertritt und ist aktiver Teil der queeren Community
Beratungsstellen für queere Menschen in Brandenburg		
Queeres Brandenburg	http://www.queeres-brandenburg.info/	allgemeine Beratung und Orientierung zu Fragen über geschlechtliche Vielfalt, sexuelle Identität und sexuelle Gesundheit und Fragen zur sozialen Integration von und für LSBTTIQ*
LSVD Berlin-Brandenburg	https://www.lsvd.de/de/	Bürgerrechtsverband, der Interessen und Belange von Lesben, Schwulen, Bisexuellen, trans+- und intergeschlechtlichen Menschen vertritt
RAT + TAT - Beratungsstelle von und für LSBTTIQ*	http://www.love-sex-safe.de/index.php/lss-boy-girl/katte-ev.html	Beratungsstelle von und für LSBTTIQ*
andersARTiG e. V. für Brandenburg	https://andersartig.info/	Beratung und Unterstützung zu Themen wie Beziehungen, Liebe oder sexuelle Gesundheit
Regenbogenkombinat Potsdam	https://www.csd-cottbus.info/index.php/regenbogenkombinat-potsdam/581-regenbogenkombinat-potsdam	Veranstaltungs- und Begegnungsort, an dem eine Vielzahl von Veranstaltungen und Angeboten zu lesbischen, schwulen, bisexuellen, trans*, inter* und queeren Themen stattfinden.
Regenbogenkombinat Cottbus	www.csd-cottbus.de	Veranstaltungs- und Begegnungsort, an dem eine Vielzahl von Veranstaltungen und Angeboten zu lesbischen, schwulen, bisexuellen, trans*, inter* und queeren Themen stattfinden.

Transistor Queerfamily Potsdam	http://www.gaybrandenburg.de/index.php/leben/peoplestammtische-veranstaltungen-treffs/potsdam-landeshauptstadt/980-transistor-stammtisch.html?fbclid=IwAR1krKsIYJp6LWqmaEf8m2j38-pNPIFkwdd2Xs_uOIqnFwgtf-uSqJqR-4	Treffpunkt für alle trans*-Menschen, Interessierte, Angehörige und Partner*innen.
Metamorphose	https://www.lukiss-ev.de/seite/459584/shg-metamorphose-transgender.html	Selbsthilfegruppe zum Erfahrungsaustausch und als Hilfestellung ; Schwerpunkte sind die Transition von Mann zu Frau (MzF), Frau zu Mann (FzM) und Intergeschlechtlichkeit. Hilfe zum Leben, beim Outing, bei Anträgen aller Art (z.B. zu den Themen Epilation, Hormone, GaOP, etc.).
MIKADO	https://www.mikado-ffo.de/	Begegnung, Beratung, Information, Bildungs- und Medienkompetenz, der offenen facebookJugend-, Kultur- und Freizeitarbeit, des Ehrenamtlichen Engagements sowie der Praxisausbildung und Netzwerkarbeit
Familienhaus Cottbus	http://familienhaus-cottbus.de/	Beratung für Erziehung, Familienplanung, Treffpunkte für Eltern usw.
B84 offener Begegnungsort	https://willkommen-in-falkensee.org/b89/	Treffpunkt für Eltern. Beratung, Diskussionen zu Themen Familie, Kinder usw.

**Beratungsstellen
für
be_hinderte
Menschen in
Berlin**

Behindertenberatung
im BZSL e.V. <http://www.bzsl.de/bns.html>

Beratung und Unterstützung für
Geflüchtete, und Orientierungsgespräch
zur Klärung des
behinderungsspezifischen
Unterstützungsbedarfs

RuT - Rat und Tat	www.rut-berlin.de	Veranstaltung, Beratung, Kultur für lesbische Frauen jeden Alters mit und ohne Behinderung
Lebenshilfe Assistenz und Pflege GmbH	https://aktivverbund.de/2021/09/	Gemeinnützige Organisation, die Menschen mit verschiedenen Behinderungen und ihre Familien unterstützt
Beratungsstelle für Menschen mit Behinderung, Krebs- und AIDS-Erkrankung	https://www.berlin.de/ba-tempelhof-schoeneberg/politik-und-verwaltung/aemter/gesundheitsamt/beratungsstelle-fuer-menschen-mit-behinderung-aids-und-krebserkrankung/	Unterstützung für Menschen ab dem 18. Lebensjahr mit einer Körper- und/oder Sinnesbehinderung, chronischen Erkrankung, Krebs- oder AIDS-Erkrankung und deren Angehörige
Berliner Assistenz Verein e.V.	https://www.berliner-assistenzverein.de/	Gemeinnütziger Verein, der persönlicher Assistenz für behinderte Personen anbietet
Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V.	http://lebenshilfe-berlin.de/	Die Lebensqualität und die Teilhabechancen von Menschen mit Behinderung und ihre Angehörigen zu verbessern
Behindertenzentrum Berlin e.V. - Zentrum zur Förderung geistig behinderter Menschen	https://behindertenzentrum-berlin.de/	Tagesbetreuung und Förderung von Erwachsenen mit geistiger Behinderung
Selbsthilfe Kontaktstelle HORIZONT Einhorn	https://sites.google.com/kiezspinnlichtenberg/startseite	Selbsthilfekontaktstelle für mentale Gesundheit
Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung	http://deineinhorn.de/	individuelle Hilfestellung für Kinder, Jugendliche und Familien bei der Gestaltung ihrer Zukunft
	https://www.lebenshilfe.de/	Die Lebensqualität und die Teilhabechancen von Menschen mit Behinderung und ihre Angehörigen zu verbessern

Berliner Zentrum für Selbstbestimmtes Leben behinderter Menschen e.V.	http://bzsl-schuelerpraktikum.de/	Beratung für be_hinderte Menschen
Lebenshilfe BAB gGmbH	https://www.lebenshilfe-berlin.de/de/kinder-jugendliche/familienunterstuetzung/index.php	Unterstützung und Beratung für Kinder mit Be_hinderungen
Beratungsstellen für be_hinderte Menschen in Brandenburg		
Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung Landesverband Brandenburg e.V.	http://www.lebenshilfe-brandenburg.de/	Die Lebensqualität und die Teilhabechancen von Menschen mit Behinderung und ihre Angehörigen verbessern
Lebenshilfe für Menschen mit Geistiger Behinderung e.V. Oberhavel Süd	http://lebenshilfe-oberhavel-sued.de/	Die Lebensqualität und die Teilhabechancen von Menschen mit Behinderung und ihre Angehörigen verbessern
Lebenshilfe f.Menschen mit geist. Behinderung e.V. Gesch.St.	https://www.lebenshilfe-oder-spree.de/verzeichnis/visitenkarte.php?mandat=160168	Die Lebensqualität und die Teilhabechancen von Menschen mit Behinderung und ihre Angehörigen verbessern
Landes-Arbeits-Gemeinschaft Begleitete Elternschaft Brandenburg-Berlin	http://begleitete-elternschaft-bb.org/	Begleitung und Kurse für Eltern

**Beratungsstellen
für Frauen
und
Mädchen in
Berlin**

LARA - Fachstelle gegen sexualisierte Gewalt an Frauen	https://lara-berlin.de/home	Hilfe für Frauen* nach dem 14. Lebensjahr, die eine Vergewaltigung, sexuelle An- und Übergriffe und sexuelle Belästigung in der Partnerschaft, am Arbeitsplatz durch Freunde, KunzbeKanntschafTen oder Fremde erfahren haben
Frauentreffpunkt	https://skf-berlin.de/offene-sozialarbeit/anti-gewaltbereich/frauentreffpunkt-gegen-haeusliche-gewalt	Unterstützung und Beratung für Mütter und ihre Kinder, die von häuslicher Gewalt in der Familie direkt oder indirekt betroffen sind
Beratungsstelle für Frauen und Familien Berlin-Verein für Gleichstellungsfragen	https://www.firmenwissen.de/az/firmeneintrag/10117/2010433599/ BERATUNGSSTELLE_FUER_FRAUEN_U_FAMILIEN_BERLIN_VEREIN_F_GLEICHSTELLUNGSFRAGEN.html	Beratungsstelle für Frauen und Familien
Frauen für Frauen in Konflikt & Gewaltsituationen e. V	http://www.frauenberatung-tara.de/	Fachberatungs- und Interventionsstelle bei häuslicher Gewalt und Unterstützung bei der Entwicklung von neuen Wegen und der Klärung von Entscheidungen in dieser Lebenssituation
Frauen- und Mädchenberatungsstelle	https://frauenzentrum-stellam.de/frauenberatung/	Unterstützung und Begleitung in einer Lebenskrise (z.B. Trennung, Konflikte in der Familie oder im Beruf, körperliche und/oder psychische Erkrankung) oder bei Schwierigkeiten im alltäglichen Leben
Frieda Frauenzentrum	https://www.frieda-frauenzentrum.de/	offener Raum für Frauen*

Frauengesundheit	https://www.frauengesundheit-berlin.de/	fordert Recht auf eine selbstbestimmte und frauenfreundliche Gesundheitsversorgung ein, damit Frauen Sexualität, Schwangerschaft und Geburt im Sinne der UN-Definition (1994) angstfrei erleben können
Medibüro	https://medibuero.de/	Beratung und Betreuung von schwangeren Menschen ohne Krankenversicherung (und ohne regulären Aufenthaltsstatus) sowie bei Fragen der Schwangerschaftsverhütung und sexuell übertragbaren Krankheiten
Flamingo – KuB Frauenberatung	https://www.flamingo-berlin.org/	Beratung für Frauen, die besonderen Schutz brauchen (Schwangere, Alleinerziehende, Betroffene von häuslicher Gewalt, Betroffene von sexualisierter Gewalt)
Beratungsstellen für Frauen und Mädchen in Brandenburg		
Beratungsstelle für Frauen und Mädchen	http://www.frauenzentrum-potsdam.de/	Sensibilisierung und Schutzräume für verfolgte und bedrohte Frauen und deren Kinder. Engagement gegen Sexismus und gegen Gewalt an Frauen und Mädchen
Beratungsstellen für Migrant*innen in Berlin		
FPZ	https://www.fpz-berlin.de/Migration-und-Flucht-898224.html https://lara-berlin.de/home	Verein mit Gesundheitsversorgung für jede Person, unabhängig von Alter, Herkunft, religiöser Ausrichtung, Status, Behinderung, Geschlechtsidentität und sexueller Orientierung
LesMigras	https://lesmigras.de/de/	Antigewalt-, Antidiskriminierungs- und Empowerment-Bereich der Lesbenberatung Berlin e.V
A'ILA - Beratung für schwangere Geflüchtete	https://www.drk-berlin-nordost.de/angebote/beratung-fuer-schwangere.html	Information und Beratung bei Fragen rund um Familie, Geburt, Schwangerschaft und Familienplanung.

Afrikaherz	https://www.via-in-berlin.de/projekt/afrikaherz/	Verbesserung der primären und sekundären Prävention von HIV, AIDS und andere sexuell übertragbare Infektionen (STIs), durch die psychosoziale Beratung, Information und Aufklärung
Arbeit und Leben E.V / Beratungsstelle für Migrant*innen	https://www.bema.berlin/	Beratung für eingewanderte Menschen und mobile Arbeitnehmer*innen (Arbeits- und Sozialrechte)
Zentrum für Familienplanung Steglitz-Zehlendorf	https://www.berlin.de/ba-steglitz-zehlendorf/politik-und-verwaltung/aemter/gesundheitsamt/zentrum-fuer-familienplanung/artikel.29766.php	Beratung zum Thema Familienplanung
Zentrum für sexuelle Gesundheit und Familienplanung Charlottenburg-Wilmersdorf	https://www.berlin.de/ba-charlottenburg-wilmersdorf/verwaltung/aemter/gesundheit/zentrum-fuer-sexuelle-gesundheit-und-familienplanung/	Das Zentrum arbeitet überregional und hat mehrere Standorte in Berlin (Friedrichshain-Kreuzberg , Marzahn-Hellersdorf , Mitte und Steglitz-Zehlendorf)
Desert Flower Center Waldfriede	https://www.dfc-waldfriede.de/	Medizinische Hilfe und psychosoziale Betreuung für mehr Lebensqualität nach Genitalverstümmelung. Ganzheitliches Angebot und Selbsthilfegruppe für Frauen mit FGM im Krankenhaus Waldfriede
Malteser Migranten Medizin (MMM)	https://www.malteser-berlin.de/angebote-und-leistungen/medizin-fuer-menschen-ohne-krankenversicherung.html	Menschen ohne Krankenversicherung ohne gültigen Aufenthaltsstatus und ohne Krankenversicherung können einen Arzt finden, der die Erstuntersuchung und Notfallversorgung bei plötzlicher Erkrankung, Verletzung oder einer Schwangerschaft übernimmt.
Şifahane	https://www.xn-awo-sdost-u9a.de/beratung-und-hilfe/gesundheit-und-migration-sifahane	Das Projekt Şifahane unterstützt die Integration und Teilhabe von sozial und wirtschaftlich benachteiligten Menschen an den Schnittstellen Gesundheit und Migration

Kontakt- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und Migrant*innen e.V.	https://kub-berlin.org/de/kontakt	Beratung zu Asyl und Aufenthalt für geflüchtete Frauen, außerdem psychologische Beratung
BBZ Beratungs- und Betreuungszentrum für junge Flüchtlinge & Migrant*innen	https://www.bbzberlin.de/de/portfolio/amif/	Beratungs- und Betreuungszentrum für minderjährige Geflüchtete
Women in Exile and Friends	https://www.women-in-exile.net	Netzwerk und Beratungsstelle für geflüchtete Frauen
Casa Kúa	https://casa-kua.com	Zentrum für Trans*, Inter* und Queer* Personen, die aus der Ukraine geflüchtet sind
Beratungsstellen für Migrant*innen in Brandenburg		
Beratung für Flüchtlinge Frankfurt (Oder)/Landkreis Oder-Spree/Landkreis Märkisch-Oderland/Cottbus	https://www.caritas-brandenburg.de/beratung-hilfe/flucht-und-migration/erwachsene-zuwanderer/fluechtlingsberatung	Unterstützt Asylsuchende durch bedarfsgerechte Beratung und Begleitung in gesellschaftlicher, rechtlicher und sozialer Hinsicht bei dem Prozess der Integration.
AWO RV Brandenburg Süd e.V.	https://www.fluechtlingsrat-brandenburg.de/organisationen/awo-rv-brandenburg-sued-e-v-2/	Beratungsstellen: Migrationsberatung für erwachsene Zuwanderinnen und Zuwanderer
Migrationsfachdienst Unfall-Hilfe e.V.	https://www.fluechtlingsrat-brandenburg.de/organisationen/migrationsfachdienst-johanniter-unfall-hilfe-e-v-3/	Beratungsstellen: Migrationsberatung für erwachsene Zuwanderinnen und Zuwanderer

Glossar

* (Gendersternchen, aber auch „:“ „_“ oder Binnen-I)

wird zwischen die männliche und die weibliche Endung eines Wortes eingesetzt, um Frauen, nicht-binäre, inter und trans Personen sprachlich mit einzubeziehen (Beispiel: Leser*innen). (Atasayar et al. 2020: 10)

Able-bodied

meint Körper, die gesellschaftlich als psychisch und physisch gesund gelten. (Atasayar et al. 2020: 10)

Ableismus

beschreibt die individuelle, institutionelle und strukturelle Diskriminierung von Menschen mit Be_hinderungen. (Atasayar et al. 2020: 10)

Afrikanische Diaspora

bezeichnet die Gesamtheit der Menschen afrikanischer Herkunft, die außerhalb des afrikanischen Kontinents leben, wie z.B. die afroamerikanische, afrokolumbianische, afrokanadische, afrokaribische, afrodeutsche Bevölkerung, afrodiasporische Menschen in der restlichen Welt sowie Migrant*innen afrikanischer Herkunft und ihre Nachkommen (Gropius Bau Glossar zur Ausstellung Zanele Muholi).

Alltagsrassismus

meint wiederholten Rassismus im täglichen Leben. Beispiele für Alltagsrassismen können etwa die Frage nach der vermeintlichen Herkunft, abwertende Blicke im Bus, lieb gemeinte Exotisierungen oder auch die Zurückweisung an der Diskotür sein. (Atasayar et al. 2020: 10)

Ally/Verbündete*r

ist eine Person, die nicht selbst Teil einer Community ist, diese aber aktiv unterstützt. (Atasayar et al. 2020: 10)

assistierte Reproduktion

auch künstliche Befruchtung genannt, bedeutet, dass die Schwangerschaft durch einen medizinischen Eingriff herbeigeführt wird. (Fertila Glossar zur Reproduktionsmedizin)

Barrierefreiheit

heißt, dass Gebäude und öffentliche Plätze, Arbeitsstätten und Wohnungen, Verkehrsmittel und Gebrauchsgegenstände, Dienstleistungen und Freizeitangebote so gestaltet werden, dass sie für alle ohne fremde Hilfe zugänglich sind. (Aktion Mensch)

Be_hindert werden

macht deutlich, dass Menschen nicht aufgrund ihrer individuellen Körper be_hindert sind, sondern durch Barrieren und gesellschaftliche Ausschlüsse be_hindert werden. (Atasayar et al. 2020: 10) Um auf die Be_hinderung von außen aufmerksam zu machen, kann die Schreibweise mit dem Unterstrich genutzt werden.

Black, Indigenous, and People of Color (kurz: BIPoC)

ist ein politischer und solidarischer Sammelbegriff für alle Schwarzen, indigenen und nicht-weißen Menschen, die von Rassismus betroffen sind. (Atasayar et al. 2020: 10)

Care-Arbeit/Sorgearbeit

meint Tätigkeiten des Kümmerns wie Pflege, Kindererziehung, Waschen, Putzen oder Essenszubereitung. (Atasayar et al. 2020: 11)

Cis/Cis-Gender

steht für Menschen, deren Geschlechtsidentität mit dem bei Geburt zugewiesenen Geschlecht in Einklang steht oder noch nie hinterfragt wurde. (Atasayar et al. 2020: 11)

Diskriminierung

bezeichnet die ungleiche, benachteiligende und ausgrenzende Behandlung von einzelnen Menschen oder Gruppen aufgrund tatsächlicher oder zugeschriebener gruppenspezifischer Merkmale. Diskriminieren können sowohl einzelne Personen (individuelle Diskriminierung) als auch strukturelle Gegebenheiten (institutionelle Diskriminierung). (Atasayar et al. 2020: 11)

Divers

ist seit dem 1.1.2019 ein juristischer Geschlechtseintrag in Deutschland, der vor allem von intergeschlechtlichen und nicht- binären Personen benutzt wird. Es handelt sich dabei nicht um ein eigenes Geschlecht , sondern um einen Oberbegriff für das vielfältige Geschlechterspektrum. (Atasayar et al. 2020: 12)

Dominanzgesellschaft/Mehrheitsgesellschaft

bezeichnet eine Gruppe, die meint, die Mehrheit der Gesellschaft (in Deutschland: weiß , Mittelschicht, heterosexuell, cisgender) zu verkörpern und ihre Prinzipien und Normen deswegen für alle geltend zu machen. (Atasayar et al. 2020: 12)

Endometriose

ist eine zwar gutartige, aber oft sehr schmerzhaft chronische Erkrankung von Menschen mit Gebärmutter. Dabei kommt Gebärmutter Schleimhaut außerhalb der Gebärmutterhöhle vor. Die meisten Betroffenen haben starke Menstruationsbeschwerden sowie Unterbauchschmerzen auch nach der Periode. Die Erkrankung kann zu Organveränderungen und Unfruchtbarkeit führen. (Fertila Glossar zur Reproduktionsmedizin)

Essentialisierung

ist die (Über-)Betonung physiognomischer Merkmale (z.B. Hautfarbe oder körperliche Behinderung), Geschlechtszugehörigkeit und religiöser oder sexueller Orientierungen, die mit einer Reduzierung der jeweiligen Person auf dieses eine Merkmal einhergeht. (Atasayar et al. 2020: 12)

Exotisierung

ist eine Form des “Othering”, also der bewussten Abgrenzung einer sozialen Gruppe zu einer anderen. Andere “fremde” Kulturen werden somit nur durch voreingenommene, stereotypisierende Ansichten wahrgenommen. Der frühe eurozentrische Exotismus zeichnet sich durch seine Verbindung zur Kolonialzeit aus. Durch den Exotismus wurde eine klare Abgrenzung zwischen der “fremden” Kultur und der eigenen hergestellt. Somit wurde die Machtüberlegenheit der Europäer:innen gerechtfertigt. Explizit werden Betroffene als “unzivilisiert” dargestellt. (Gast ArbeiterIn 2022)

Feminismus

strebt nach einer Gesellschaft, in der alle Menschen gleiche Rechte, Wertschätzung und Chancen erhalten (Atasayar et al. 2020: 12) , unabhängig von ihrem Geschlecht.

Gender/soziales Geschlecht

verweist im Gegensatz zum biologisch zugewiesenen Geschlecht auf das gesellschaftlich konstruierte Geschlecht, beziehungsweise die Vorstellung davon, was ein „Mann“ und eine „Frau“ sein soll. Diese Vorstellungen werden durch gesellschaftliche Verhaltensweisen, Rollenbilder und Erwartungen durchgesetzt und zwingen Menschen dazu, sich für das Geschlecht zu entscheiden, das ihnen zugewiesen wurde. Dieser Logik folgend ist männlich = Mann = maskulin und weiblich = Frau = feminin. Gender oder das soziale Geschlecht einer Person ist eine Kombination daraus, was sich im Inneren richtig anfühlt und was nach Außen zum Ausdruck kommt. Biologisches Geschlecht ist vom gesellschaftlichen Geschlecht bzw. Gender zu unterscheiden. Das biologische Geschlecht wird auf Basis von reproduktiven Organen (Genitalien) bei der Geburt zugewiesen. (Gropius Bau Glossar zur Ausstellung Zanele Muholi)

Gender-Pay-Gap

bezeichnet das geschlechtsspezifische Lohngefälle, oder Lohnlücke, d. h. den Unterschied in der durchschnittlichen Bezahlung von Männern und Frauen. Der Gender Pay Gap ergibt sich gewöhnlich aus der durchschnittlichen Differenz zwischen den Bruttostundenlöhnen aller beschäftigten Männer und denen aller beschäftigten Frauen und wird berechnet als prozentualer Anteil am Verdienst der Männer. (DIW Glossar)

Geschlechtsidentität

bezeichnet, mit welchem Geschlecht oder welchen Geschlechtern sich ein Mensch selbst identifiziert. Die Geschlechtsidentität eines Menschen muss nicht mit dem Geschlecht übereinstimmen, dem die Person bei der Geburt zugewiesen wurde. (Queeres Glossar des Queeren Lexikons)

Geschlechtszuweisung

beschreibt den Prozess, bei dem in der westlichen Mehrheitsgesellschaft und ihrer Wissenschaft Geschlecht aufgrund von biologischen Geschlechtsmerkmalen (Genitalien) in männlich und weiblich zweigeteilt wird. Diese zweigeschlechtliche Logik wird Kindern bei der Geburt zugewiesen. Typischerweise werden Kinder mit Vulva und Vagina nach der Geburt Mädchen bzw. Frau genannt (Assigned Female At Birth = AFAB) und Kinder mit Penis Junge bzw. Mann (Assigned Male At Birth = AMAB). AFAB und AMAB sind Begriffe, die trans*, gender nonkonforme und nicht-binäre Menschen verwenden. Sie zeigen, dass sich die Einteilung in männlich und weiblich bei der Geburt nicht immer mit der tatsächlichen Genderidentität deckt. (Gropius Bau Glossar zur Ausstellung Zanele Muholi)

Global Care Chains

deutsch: Globale Betreuungsketten, ist ein von der kalifornischen Soziologin Arlie Russell Hochschild geprägter Begriff, der beschreibt, dass Arbeitsmigrant*innen - meistens Frauen - in den Zielländern Care-Aufgaben übernehmen und in ihren eigenen Familien eine Lücke hinterlassen, die oft von weiblichen Verwandten wie ihren eigenen Müttern oder ältesten Töchtern geschlossen wird. An diesem Globalisierungseffekt wird besonders deutlich, dass die Sorgearbeit nicht geschlechtergerecht neu verteilt, sondern länderübergreifend unter Frauen weitergegeben wird: von wohlhabenden Frauen an ärmere Frauen und von diesen Frauen an weibliche Verwandte. (Engartner, Nölke 2021: 30)

Globaler Süden

und Globaler Norden: Diese Begriffe sind der Versuch, früher verwendete Begriffe wie »Entwicklungsländer«, »Dritte Welt« bzw. »Industrieländer« durch weniger wertende Bezeichnungen, die möglichst kein Machtgefälle bzw. eine Abwertung transportieren, abzulösen. Dabei geht es zwar auch, aber nicht ausschließlich, um eine geographische Verortung: Es gibt sowohl im Süden Länder, die zum Globalen Norden gehören (z. B. Australien), als auch im Norden Länder, die zum Globalen Süden gerechnet werden (z. B. die Ukraine). Länder des Globalen Südens sind gesellschaftlich, politisch und ökonomisch benachteiligt. Sie wurden oft durch Kolonialismus ausgebeutet bzw. werden das durch Strukturen, die man als neokolonial bezeichnet, bis heute. Länder des Globalen Nordens haben von dieser Ausbeutung profitiert bzw. profitieren nach wie vor davon und sind dadurch in einer privilegierten Position. (claudius Schülerlexikon)

Habitus (+ kulturelles Kapital)

bezeichnet routinemäßige Denk-, Wahrnehmungs- und Darstellungsmuster, mit denen Menschen ihr Handeln in der Praxis gestalten. Der Begriff umfasst also das gesamte Verhalten einer Person, welches von Normen aus Erziehung und Sozialisation geprägt ist. Deshalb ist der Habitus auch nur schwer veränderbar. Kulturelles Kapital ist in diesem Zusammenhang eine von vier Kapitalsorten und beschreibt die Bildung und Bildungstitel (z.B. das Abitur) eines Menschen. (Kulturvermittlung Schweiz Glossar)

Heteronormativität

ist ein gesellschaftspolitisches System, das auf Zweigeschlechtlichkeit beruht und Heterosexualität als die normale, ursprüngliche sexuelle Orientierung ansieht. Heteronormativität steht für die Überzeugung, dass Menschen in gegensätzliche und sich ergänzende Geschlechter (Mann und Frau) eingeteilt sind, die vermeintlich „natürliche“ Rollen im Leben haben. Sie geht davon aus, dass am ehesten ein cis-Mann und eine cis-Frau für die Ehe, sexuelle oder romantische Beziehung gemacht sind. Alle anderen Formen der Beziehung und Anziehung werden zur „Abweichung“. (Gropius Bau Glossar zur Ausstellung Zanele Muholi)

Heterosexismus

bezeichnet die Diskriminierung von Menschen, die nicht in ein heteronormatives Weltbild passen. (Atasayar et al. 2020: 13)

Homofeindlichkeit

auch Homophobie genannt, bezeichnet die Ablehnung von Menschen aufgrund von Vorurteilen, negativen Meinungen, Glaubenssätzen oder Ansichten über Menschen, die LSBTIQA+ sind oder denen dies zugeschrieben wird. (Gropius Bau Glossar zur Ausstellung Zanele Muholi)

Homosexuelle*r

ist eine Person, die sich sexuell oder romantisch zu einer Person desselben Geschlechts hingezogen fühlt. „Homosexuelle*r“ ist ein eher technischer bzw. medizinischer Begriff. Heute werden eher die Begriffe schwul und lesbisch verwendet. (Gropius Bau Glossar zur Ausstellung Zanele Muholi)

Hormonimplantate

auch Hormonstäbchen, ist ein ein weiches, biegsames Kunststoff-Stäbchen, das am Oberarm unter die Haut geschoben wird. Es ist 4 cm lang und 2 mm dick. Aus dem Stäbchen wird permanent das Gestagen Etonogestrel freigesetzt. Dieser Wirkstoff ist auch in einigen Verhütungspillen enthalten. Das Gestagen aus dem Stäbchen gelangt ins Blut. Als Hauptwirkung verhindert es den monatlichen Eisprung, außerdem verdickt es den Schleim im Gebärmutterhals. Die Wirkung hält für drei Jahre an. (ProFamilia)

institutionalisieren

bedeutet, dass etwas in eine gesellschaftlich anerkannte feste Form gebracht und zu einer Institution gemacht wird. (Duden)

Institutioneller Rassismus

bezeichnet Rassismen, die von der Gesellschaft und ihren ungeschriebenen Gesetzen, Regeln, Vorschriften, Normen und Verfahren ausgehen und den Betroffenen Zugang zu Ressourcen, Partizipation und Anerkennung verwehren. (Atasayar et al. 2020: 13)

Intergeschlechtlichkeit

auch: Inter, Intersex, Intergeschlechtlichkeit. Inter Menschen sind Menschen, deren körperliches Geschlecht (beispielsweise die Genitalien oder die Chromosomen) nicht der medizinischen

Norm von 'eindeutig' männlichen oder weiblichen Körpern zugeordnet werden kann, sondern sich in einem Spektrum dazwischen bewegt. Bis heute werden die Genitalien von inter Kindern nach der Diagnose operativ einem der beiden der medizinischen Norm entsprechenden Geschlechter, meist dem weiblichen, angeglichen. Dies geht teilweise mit erheblichen gesundheitlichen Einschränkungen und psychischen Problemen einher. (Queeres Glossar des Queeren Lexikons)

Internalisierung

tritt häufig ein, wenn das dauerhafte Abwerten und Diskriminieren zur Selbstabwertung bei Betroffenen führt. (Atasayar et al. 2020: 13)

Intersektionalität

ist eine Theorie aus der Critical Race Theory, dem Womanism und der Schwarzen Feministischen Schule. Diese beschreibt die sich überlappenden und in sich verstrickten Ebenen sozialer Identität. Im Fokus stehen hierbei Unterdrückungssysteme und Diskriminierung. Die Juristin Kimberlé Crenshaw hat diesen Begriff im Jahr 1989 geprägt, um die Situation auf dem Arbeitsmarkt von Schwarzen Frauen in den USA zu beschreiben. Intersektionalität beschreibt, wie die eigene race, Klasse, Herkunft, Alter, Behinderung, Sexualität, Nationalität und Religion die Erfahrung von „Frausein“ und Gender beeinflussen, statt diese als universal zu betrachten. Dabei geht es auch darum, wie diese sozialen Ungleichheiten sich gegenseitig beeinflussen und verwoben sind. (Gropius Bau Glossar zur Ausstellung Zanele Muholi)

Klassismus

bezeichnet die Diskriminierung aufgrund der sozialen Herkunft und/oder der sozialen und ökonomischen Position. (Atasayar et al. 2020: 13)

Kolonialismus

beschreibt, dass europäische Kolonialmächte seit dem 15. Jh. Territorien anderer Kontinente eingenommen und eine Kolonialherrschaft errichtet haben. Viele Regionen und ihre Bewohner*innen wurden in Besitz genommen, ausgebeutet und verdrängt. Die kolonialisierte Bevölkerung in Afrika, Asien oder den Amerikas wurde unterdrückt, versklavt oder getötet. Legitimiert wurde dies mit pseudo-wissenschaftlichen Rassentheorien und dem Glauben an die eigene kulturelle Überlegenheit. Eine einheitliche Definition von Kolonialismus ist ungenau, weil die Kolonialmächte unterschiedlich herrschten. Konkreter lassen sich beispielsweise der deutsche oder französische Kolonialismus fassen. Der Begriff Kolonialismus beschreibt außerdem historisch das Zeitalter des Kolonialismus, das mit Christoph Kolumbus 1492 begann und bis ins 20. Jh. reichte. Ab den 1950er Jahren setzte die sogenannte Dekolonialisierung ein, in der die kolonialisierten Nationen ihre Unabhängigkeit erkämpften. Kritiker*innen sprechen jedoch von einem bis heute wirksamen Neokolonialismus. (Neue Deutsche Medienmacher*inne Glossar)

LSBTQIA+

ist ein Kurzwort, das aus den Anfangsbuchstaben der Wörter lesbisch, schwul, bisexuell, trans*, queer, inter*, asexuell und agender gebildet wird und für diese als Sammelbegriff steht. Das Pluszeichen deutet auf die vielfältigen Begriffe hin, die es weltweit für sexuelle Orientierung und Gender gibt. Diese Auflistung ist nicht vollständig. (Gropius Bau Glossar zur Ausstellung Zanele Muholi)

Marginalisierung

bezeichnet die Verdrängung von Individuen oder Bevölkerungsgruppen, an den Rand der Gesellschaft. Die Verdrängung kann auf einer oder mehreren Ebenen erfolgen: auf geografischer, wirtschaftlicher, sozialer oder kultureller Ebene. (Atasayar et al. 2020: 14)

Mensch mit Uterus

ist eine Bezeichnung, die häufig im Zusammenhang mit Schwangerschaften genutzt wird. Nicht nur Frauen können schwanger werden, und nicht alle Frauen können schwanger werden. Medizinisch korrekt ist: Die meisten Menschen, die eine Gebärmutter haben, können schwanger werden. Sie können cis Frauen, trans* Männer, non-binäre oder intersex Personen sein. Manche werden ungewollt schwanger, andere greifen auf Methoden der künstlichen Befruchtung zurück, manchmal klappt es aus unterschiedlichen Gründen gar nicht und wiederum andere entscheiden sich bewusst für die Kinderlosigkeit. Eines ist jedoch sicher: Wer schwanger ist, ob gewollt oder ungewollt, hat mit 100%iger Sicherheit eine Gebärmutter. (Doctors for Choice Germany)

Misgendering

bedeutet, dass eine Person einem falschen Geschlecht zugeordnet und/oder über sie mit dem falschen Pronomen geredet wird. Das kann manchmal unabsichtlich passieren. Es kann aber auch absichtlich, z.B. als Abwertung oder Ablehnung, gemeint sein. (Queeres Glossar des Queeren Lexikons)

Multiple Sklerose

abgekürzt MS, ist eine fortschreitende, chronische Erkrankung der Nervenzellen im Gehirn und Rückenmark. Die Symptome können unterschiedlich stark ausgeprägt sein und hängen vom Ort der Schädigung ab. Sehstörungen, Blasen- und Mastdarmstörungen, Koordinationsstörungen, Gangunsicherheit und Lähmungen bis zu Bettlägerigkeit können die Folge sein. Dabei bilden sich die Beschwerden zwischenzeitlich auch wieder zurück (Remission) bis es zu erneuten Krankheitsschüben kommt. (Lungenärzte im Netz Glossar)

Nicht-binär

Nicht-binär (auch oft synonym mit dem Wort genderqueer verwendet) ist ein Sammelbegriff für Menschen, die sich weder mit der Bezeichnung „Mann“ noch „Frau“ identifizieren können. Die Selbstbezeichnung nicht-binär kann bedeuten, sich mit Teilen von „männlich“ oder „weiblich“ zu identifizieren oder auch beides komplett abzulehnen. (Gropius Bau Glossar zur Ausstellung Zanele Muholi)

Norm/Normen

ist/sind allgemein anerkannte, als verbindlich geltende Regel/n für das Zusammenleben der Menschen. (Duden)

Paarnormativität

meint, dass Paarbeziehungen gesellschaftlich als "richtige" Lebensform vermittelt werden, mit der Glück und Erfolg im Privaten assoziiert werden, während andere Lebensformen als Abweichung erscheinen. (Wimbauer, Motakef 2018: 1)

Patriarchat/patriarchal

beschreibt eine Gesellschafts- bzw. Herrschaftsform, die Menschen in zwei Geschlechter einteilt, die in einer hierarchischen Beziehung zueinander stehen: Männer sind dominant, Frauen untergeordnet, andere Gender nicht vorgesehen bzw. marginalisiert. Die männliche Dominanz ist dabei Teil gesellschaftlicher Institutionen und Praktiken, in denen Frauen und andere Genderidentitäten prinzipiell benachteiligt werden. (Gropius Bau Glossar zur Ausstellung Zanele Muholi)

Queer/Queerness

ist ein Sammelbegriff für Personen, deren geschlechtliche Identität und/oder sexuelle Orientierung nicht der heteronormativen Norm entspricht (Atasayar et al. 2020: 15).

Race

bezieht sich auf ein System, in dem Menschen in eine begrenzte Anzahl von (ursprünglich geografisch definierten) Gruppen anhand vermeintlich inhärenter biologischer Unterschiede, die auf körperlichen Merkmalen (z.B. Hautfarbe) beruhen, eingeteilt werden, die von Generation zu Generation weitervererbt werden. Um die soziale Konstruiertheit dieser Kategorie zu betonen, verwenden wir den englischen Begriff race und nicht den deutschen Begriff „Rasse“, da sich dieser im deutschsprachigen Kontext oft nur auf seine Verwendung im Nationalsozialismus bezieht und damit meist nur die wissenschaftlich nicht haltbare biologische Konstruktion gemeint wird. (Gropius Bau Glossar zur Ausstellung Zanele Muholi)

Rassismus

ist, wenn strukturell benachteiligte Gruppen oder einzelne Menschen aufgrund tatsächlicher oder vermeintlicher körperlicher oder kultureller Merkmale (z. B. Hautfarbe, Herkunft, Sprache, Religion) pauschal abgewertet und ausgegrenzt werden (Neue Deutsche Medienmacher*innen Glossar). Rassismus ist die Summe aller Verhaltensweisen, Gesetze, Bestimmungen und Anschauungen, die den Prozess der Hierarchisierung und Ausgrenzung unterstützen (Atasayar et al. 2020: 15).

Reproduktion

ist eine Mischung aus biologisch motivierten und sozialen Verhaltensweisen, die sich gegenseitig beeinflussen. Üblicherweise werden im täglichen Leben wegen des Zusammenhangs biologischer und sozialer Vorgänge Fortpflanzung und Elternschaft gedanklich miteinander verbunden oder synonym verwendet. (Cromm 1988)

Schwarz

wird oft als Selbstbezeichnung von Menschen afrikanischer und afrodiasporischer Herkunft, Schwarzen Menschen und People of Color gewählt. Schwarz wird groß geschrieben, um zu verdeutlichen, dass es sich um ein konstruiertes Zuordnungsmuster handelt und keine reale Eigenschaft, die auf die Farbe der Haut zurückzuführen ist. (Atasayar et al. 2020: 15)

Selbstbezeichnung

heißt, dass die marginalisierte Gruppe für sich selbst einen oder mehrere Namen wählen (Atasayar et al. 2020: 15).

Sexismus

bezeichnet die Diskriminierung aufgrund des Geschlechts. In einer männlich dominierten Gesellschaft zeigt sich Sexismus jedoch vor allem in der Abwertung und Marginalisierung von Frauen, nicht-binären Menschen und Weiblichkeit im Allgemeinen. (Atasayar et al. 2020: 16)

sexuelle Orientierung

beschreibt, zu Menschen welches Geschlechts bzw. welcher Geschlechter sich ein Mensch emotional, körperlich und/oder sexuell hingezogen fühlt. (Queeres Glossar des Queeren Lexikons)

Stigmatisierung

bedeutet, eine Person oder eine Gruppe in diskriminierender Weise zu kennzeichnen, indem ihr von der Gesellschaft als negativ bewertete Merkmale zugeschrieben werden. (Atasayar et al. 2020: 16)

Transgender/trans*

ist ein Sammelbegriff für Menschen, deren Geschlecht nicht mit dem Geschlecht übereinstimmt, das ihnen bei der Geburt zugewiesen wurde. Manche trans* Menschen identifizieren sich selbst als Mann und Frau, also entlang der Zweigeschlechtlichkeit, andere wiederum nicht. (Gropius Bau Glossar zur Ausstellung Zanele Muholi)

Transfeindlichkeit

bezeichnet die Ablehnung und Feindlichkeit gegenüber trans* Personen. Das beinhaltet auch das Ablehnen und Verdrängen ihrer Genderidentität und Selbstbezeichnungen. (Gropius Bau Glossar zur Ausstellung Zanele Muholi)

weiß

ist ebenso wie Schwarzsein keine biologische Eigenschaft und keine reelle Hautfarbe, sondern eine politische und soziale Konstruktion. Es bedeutet in diesem Sinne die dominante und privilegierte Position, die weiße Personen innerhalb des Machtverhältnisses, das Rassismus darstellt, innehaben und die sehr oft ignoriert und nicht benannt wird. Weiß-sein ist ein

unbewusstes Selbst- und Identitätskonzept, das weiße Menschen in ihrer Selbstwahrnehmung und ihrem Verhalten prägt und sie auf eine privilegierte Stellung in der Gesellschaft verweist, z. B. was den Zugang zu Ressourcen betrifft. (Amnesty International Glossar für diskriminierungssensible Sprache)

Zweigeschlechtlichkeit

ist die in unserer Gesellschaft vorherrschende Kultur, in der nur zwei Geschlechter als „normal“ oder „natürlich“ angesehen werden. Andere Geschlechter werden als „krank“ oder „unnatürlich“ abgewertet und diskriminiert – das betrifft unter anderem trans* und inter* Personen. (gender_dings Wörterbuch)

Quellen der Abbildungen

Portrait 1 - Katharina

Bild 1 “1305-07~055 [N] - exchange ability” by Erasmus Student Network is licensed under CC BY-NC 2.0. Bild 2 “pregnant belly” by Rob Hernandez is licensed under CC BY-NC-ND 2.0. Bild 3 “Hospital - Dottore phoning” by digital cat is licensed under CC BY 2.0. Bild 4 “Hospital de Cruces - Escalera de caracol” by chalo84 is licensed under CC BY-NC-ND 2.0. Bild 5 “Newborn Baby in Hospital - Baby Photo” by weiss_paarz_photos is licensed under CC BY-SA 2.0.

Portrait 2 - Antonia

- Bild 1 “Closeup of woman studying at home” by shixart1985 is licensed under CC BY 2.0.
- Bild 2 “The Pill” by starbooze is licensed under CC BY-ND 2.0.
- Bild 3 “restaurant interior” by zoetnet is licensed under CC BY 2.0.
- Bild 4 “Young woman picking up sanitary napkin from her hand bag” by wuestenigel is licensed under CC BY 2.0.
- Bild 5 “Berlin Marzahn Solaris Gelenkbus B-V 4174, Linie 195 to Kaulsdorf, Myslowitzer Straße” by sludgegulper is licensed under CC BY-SA 2.0.

Portrait 3 - Khadija

- Bild 1 “The most important thing is that all the children are in school” by DFID UK Department for International Development is licensed under CC BY 2.0.
- Bild 2 “Justice Gavel” by toridawnrector is licensed under CC BY-SA 2.0.
- Bild 3 “Failed insurgent attack” by ResoluteSupportMedia is licensed under CC BY 2.0.
- Bild 4 “Erstaufnahmelager Zirndorf 2012-0187.jpg” by Piratenpartei Bayern is licensed under CC BY-SA 2.0.

- Bild 5 “Schriftlicher Asylantrag” by Tim Reckmann | a59.de is licensed under CC BY-NC 2.0.

Portrait 4 - Mario

- Bild 1 “How To Decorate a Baby’s Room” by decor8 is licensed under CC BY 2.0.
- Bild 2 “C.d. Kirven with the Trans Pride Flag while Get Equal flies the Bisexual & Rainbow Pride Flags” by Bisexual News and Views is licensed under CC BY-NC-SA 2.0.
- Bild 3 “Cardiac operating room” by Ruhrfisch is licensed under CC BY-SA 2.0.
- Bild 4 “Amtlich 292/365” by Skley is licensed under CC BY-ND 2.0.
- Bild 5 “Gender Menu on Google+” by tengrrl is licensed under CC BY-SA 2.0.

Literatur

Aktion Mensch: Barrierefreiheit - Was heißt das? In: <https://www.aktion-mensch.de/dafuer-stehen-wir/was-ist-inklusion/barrierefreiheit-bedeutung> (letzter Zugriff: 27.09.2022).

Arnade, S. (2016): Ableismus erkennen und begegnen - Strategien zur Stärkung von Selbsthilfepotenzialen. o.O.: Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V. (Hrg.).

Atasayar, D./Böttcher, S./Brenner, K./Knilli, L. J./Herbst, L. (Hrsg.) (2020): Eine Krise bekommen. Berlin: UdK Verlag.

ain-red: Lungenärzte im Netz - Glossar Multiple Sklerose. In: <https://www.lungenaerzte-im-netz.de/nc/glossar/source/default/term/multiple-sklerose/> (letzter Zugriff: 27.09.2022).

Baier, Dr. A./Behnke A./Schäfer Dr. P. (2019): Zwischen Tabu, Passivität und Pragmatismus. Medizinerinnen zum Schwangerschaftsabbruch. In: <https://www.gwi-boell.de/de/2019/01/18/zwischen-tabu-passivitaet-und-pragmatismus-medizinerinnen-zum-schwangerschaftsabbruch> (letzter Zugriff: 30.09.2022).

Barskanmaz, C. (2019): Recht und Rassismus - Das menschenrechtliche Verbot der Diskriminierung aufgrund der Rasse. Halle (Saale): Springer.

Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen (2018): Die UN-Behindertenrechtskonvention. Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. Berlin.

Bendix, D. (2017): Impossible to get to Know these Secret Means.” Colonial Anxiety and the Quest for Controlling Reproduction in “German East Africa. In: Shannon, Stettner/Katrina, Ackermann/Kristin, Burnett/Travis, Hay (Hg.): Transcending Borders. Abortion in the Past and Present. Cham: Palgrave Macmillan, S. 53-67.

Bendix, D./Foley, E./Hendrixson, A./Schultz, S. (2020): Targets and Technologies: Sayana Press and Jadelle in Contemporary Population Policies. In: *Gender, Place & Culture* 27(3), S. 351-369.

Berlin Muslim Feminists (2019): Interview mit Saboura Naqshband. In: <https://repro-gerechtigkeit.de/de/interviews/interview-mit-saboura-naqshband/> (letzter Zugriff: 27.09.2022).

Bertelsmann Stiftung (2021): TROTZ ARBEIT ABGEHÄNGT: ARMUTSRISIKO VON ALLEINERZIEHENDEN VERHARRT AUF HOHEM NIVEAU. In: <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/themen/aktuelle-meldungen/2021/juli/armutsrisiko-von-alleinerziehenden-verharrt-auf-hohem-niveau> (letzter Zugriff: 02.10.2022).

Boll, C./Hüning, H./Puckelwald, J. (2017): Potenzielle Auswirkungen des Mindestlohnes auf den Gender Pay Gap in Deutschland: Eine Simulationsstudie Auf Basis des SOEP 2014." In: *Sozialer Fortschritt* 66/2, S. 123–53.

Bourgeois, V./Leythienne, D. (2016): Eurostat Pressemitteilung. Verdienststrukturerhebung. Jeder sechste Arbeitnehmer ist Niedriglohnempfänger. Große Unterschiede zwischen den Mitgliedstaaten. Eurostat Press Office.

Brandt, M. (2021): Die Kosten eines Periodenlebens. In: <https://de.statista.com/infografik/24622/ausgaben-fuer-menstruationsprodukte-und-verhuetungsmittel/> (letzter Zugriff: 02.10.2022).

Buchner, T./Pfahl, L./Traue, B. (2015): Zur Kritik der Fähigkeiten: Ableism als neue Forschungsperspektive der Disability Studies und ihrer Partner_innen. In: *Zeitschrift für Inklusion* 2.

Bundesamt für Justiz. Referat III 3 (2018): Betreuungsverfahren - Zusammenstellung der Bundesergebnisse für die Jahre 1992 bis 2017). In: <https://www.bundesjustizamt.de/SharedDocs/Downloads/DE> (letzter Zugriff: 03.09.2022)

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2011): Gender Pension Gap – Entwicklung eines Indikators für faire Einkommensperspektiven für Frauen und Männern. In: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/93950/422daf61f3dd6d0b08b06dd44d2a7fb7/gender-pension-gap-data.pdf> (letzter Zugriff: 27.09.2022).

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2020): Schwangerschaftsberatung § 218. Informationen über das Schwangerschaftskonfliktgesetz und gesetzliche Regelungen im Kontext des § 218 Strafgesetzbuch. Berlin.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2019): Die Pille (Kombi-Pille). In: <https://www.familienplanung.de/verhuetung/verhuetungsmethoden/pille-und-minipille/pille/#c276> (letzter Zugriff: 27.09.2022).

Bürgergeld. Verein für soziales Leben e.V. (2022): Bürgergeld. In: <https://www.buergergeld.org/> (letzter Zugriff: 01.10.2022).

Claudius Schülerlexikon. In: <https://www.claudius.de/schueler/lexikon/globaler-sueden-globaler-norden> (letzter Zugriff: 27.09.2022).

Committee on the Rights of Persons with Disabilities (2015): Concluding Observations on the Initial Report of Germany CRPD / C / DEU /CO/.

CROMM, Jürgen (1988): Bevölkerung, Individuum, Gesellschaft - Theorien und soziale Dimensionen der Fortpflanzung; 1988, S. 23.

Dankwa, O. S./Naguib, T./Purtschert, P./Schilliger, S./Wa Baile, M. (Hsgb.) (2019): Racial Profiling- Struktureller Rassismus und antirassistischer Widerstand. In: Postcolonial Studies, 31. Bielefeld: transcript Verlag.

Degele, N. (2008). Gender/Queer Studies: Eine Einführung. Paderborn: utb GmbH.

Degele, N. (Hrsg.). (2008): Gender/Queer Studies. Eine Einführung. Paderborn: W. Fink (UTB).

Destatis (2021): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Haushalte und Familien. Ergebnisse des Mikrozensus. . In: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Haushalte-Familien/Publikationen/Downloads-Haushalte/haushalte-familien-2010300217004.pdf?__blob=publicationFile (S. 77) (letzter Zugriff: 27.09.2022).

Destatis. Statistisches Bundesamt (2022): Gender Pay Gap 2021: Frauen verdienen pro Stunde weiterhin 18 % weniger als Männer. In: <https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/03/PD22> (letzter Zugriff: 02.10.2022).

Deutscher Bundestag (Hrsg.) (2020): Paragraf 1905 BGB soll überprüft werden. Petitionen/Ausschuss - 09.09.2020 (hib 917/2020). https://www.bundestag.de/webarchiv/presse/hib/2020_09/791010-791010 (letzter Zugriff: 04.10.2022).

DIW Glossar. In: https://www.diw.de/de/diw_01.c.622127.de/presse/diw_glossar.html#G (letzter Zugriff: 27.09.2022).

Doctors for Choice Germany e.V. (2022): „Menschen mit Uterus“, „gebärfähige Menschen“, oder „Frauen“? In: <https://doctorsforchoice.de/ueber/begriffe/menschen-mit-uterus/> (letzter Zugriff: 05.10.2022).

Duden (2022): institutionalisieren. Berlin: Cornelsen Verlag GmbH. In: <https://www.duden.de/rechtschreibung/i> (letzter Zugriff: 06.10.2022).

Duden (2022): institutionalisieren. Berlin: Cornelsen Verlag GmbH. In: <https://www.duden.de/rechtschreibung/l> (letzter Zugriff: 06.10.2022).

Eckes, T. (2008): Geschlechterstereotype: Von Rollen, Identitäten und Vorurteilen. In: Becker, R./Kortendiek, B. (eds) Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-91972-0_20.

Engartner, T./Nölke, A. (2021): Themenheft Globalisierung ab Klasse 9 mit didaktischem Kommentar. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.

- European Parliament (2021): COVID-19 and its economic impact on women and women's poverty, S.10f. In: [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2021/693183/IPOL_STU\(2021\)693183_01_01_DE.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2021/693183/IPOL_STU(2021)693183_01_01_DE.pdf) (letzter Zugriff: 27.09.2022).
- Familien Planung (2013): Verhütung, Verhütungsmethoden, Pille und Minipille. In: <https://www.familienplanung.de/verhuetung/verhuetungsmethoden/pille-und-minipille/pille/#c276> (letzter Zugriff: 27.09.2022).
- Fertila Glossar. In: <https://fertila.de/glossar/#h> (letzter Zugriff: 27.09.2022).
- Fiedler, M./Kieser, R. (2019): AfD-Jugend entdeckt das Klima. In: Der Tagesspiegel, 28.05.2018.
- Foissner, F./Glassner, V./Theurl, S. (2021): Krisengewinner Patriarchat? Wie die COVID-Arbeitsmarktkrise Frauen trifft. In: Ein Jahr Corona: Ausblick Zukunft der Arbeit. Arbeiterkammer Wien (Hrsg.). Wien: ÖGB-Verlag, S. 56-68.
- Foucault, M. (2014 [1976]): Recht über den Tod und Macht zum Leben. A. Folkers, T. Lemke (Hg.). In: Biopolitik. Ein Reader. Berlin: Suhrkamp, S. 65-87.
- Foucault, M. (1977): Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Franke, K. M. (2001). Theorizing yes: An essay on feminism, law, and desire. In: Colum. l. rev., 101, S. 181.
- Frauenrat (2021): Beschlüsse. In: <https://www.frauenrat.de/schwerpunktthema-raus-aus-der-armut-teilhabe-fuer-frauen-sichern/> (letzter Zugriff: 27.09.2022).
- Frauenrat (2022): Armut. Raus aus der Armut. Teilhabe für Frauen sichern. In: <https://www.frauenrat.de/themen/armut/> (letzter Zugriff: 02.10.2022).
- Gast ArbeiterIn (2022): Der Exotismus. Formen des Othering. In: <https://renk-magazin.de/der-exotismus/> (letzter Zugriff: 06.10.2022).
- Gast ArbeiterIn (2022): Klassismus. Das Problem von Ausgrenzung und Armut. In: <https://renk-magazin.de/klassismus/> (letzter Zugriff: 01.10.2022).
- Genderdings (2022): Wörterbuch. In: <https://genderdings.de/gender-woerterbuch/> (letzter Zugriff: 07.10.2022).
- Gillen, G. (2005): Hartz IV: Eine Abrechnung. In: Orig.-Ausg., 2. Aufl. ed. Reinbek bei Hamburg: Rororo Sachbuch.
- Glossar Zur Ausstellung Zanele Muholi (2021). In: <https://www.berlinerfestspiele.de/de/gropiusbau/programm/muholi/glossar-zanele-muholi.html> (letzter Zugriff: 27.09.2022).
- Gomolla, M.(2016): Direkte und indirekte, institutionelle und strukturelle. In: Handbuch Diskriminierung. Hamburg: Springer Fachmedien Wiesbaden.

Hardt, M./Negri, A. (2002): Empire. Die neue Weltordnung. Frankfurt am Main: Campus 2002.

Heinrich-Böll-Stiftung (2019): Endlich Online Petition zur Besteuerung von Periodenprodukten liegt dem Bundestag vor. In: <https://www.gwi-boell.de/de/2019/06/14/endlich-onlinepetition-zur-besteuerung-von-periodenprodukten-liegt-dem-bundestag-vor> (letzter Zugriff: 28.09.2022).

Hendrixson, A. (2019): Unanswered conundrums: Questions that remain after the ECHO trial – What should health providers know? In: <https://sites.hampshire.edu/popdev/unanswered-conundrums-questions-that-remain-after-the-echo-trial-what-should-health-providers-know/> (letzter Zugriff: 10.08.2022).

Hermes, G. (2004): Zur Situation behinderter Eltern. Unter besonderer Berücksichtigung des Unterstützungsbedarfs bei Eltern mit Körper- und Sinnesbehinderungen. Marburg/Lahn. o.V.

Hobler, D./Pfahl, S./Schubert L. (2020): WSI GenderDatenPortal:Einkommen. GENDER PENSION GAP BEI EIGENEN ALTERSSICHERUNGSLEISTUNGEN 1992–2019. In: <https://www.wsi.de/de/einkommen-14619-gender-pension-gap-bei-eigenen-alterssicherungsleistungen-14920.htm> (letzter Zugriff: 02.10.2022).

Hornberg, C./Hagemann, A./Peters, M./Gillitzer, S./Lätzsich, R./Wattenberg, I./Duda, A./Liedtke, T./Niggemann, R. (2019): Abschlussbericht zum Vorhaben “Evaluation von Spezialambulanzen und gynäkologischen Sprechstundenangeboten zur gynäkologischen und geburtshilflichen Versorgung von Frauen mit Behinderung”. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Universität Bielefeld. Fakultät für Gesundheitswissenschaften.

Hümpfner, K. (2021). trans* mit Kind Bundesverband Trans*. In: https://www.google.com/url?q=https://www.trans.de/wp-content/uploads/2021/12/BroschuereDigital_LowRes_Trans-mit-Kind.pdf&sa=D&source=docs& (letzter Zugriff: 07.10.2022).

Impulse für Gesundheitsförderung (2021): Rassismus 110/2021. In: https://assets.ctfassets.net/fclxf7o732gj/71A9Zeitschrift-Nr110-Web_Rassismus_im_Gesundheitswesen.pdf (letzter Zugriff: 07.10.2022).

Kaps, P./Oschmiansky, F./Mosley, H. (2008): Experimenteller Wettbewerb: Evaluation zeigt problematische Strukturen bei Hartz IV. In: WZB-Mitteilungen 119, S. 35-37.

Katharina H. (2020): Familie und Biopolitik. Campus Frankfurt/New York. Frankfurt/Main.

Kimari, W. (2018): Africa Needs to Drop the ‘Youth Bulge’ Discourse, In: <https://www.google.com/url?q=https://bulge&sa=D&source=docs&ust=1665159137560759&usg=AOvVaw2HZ5xuPkCxMRbcGM3XNxIt> (letzter Zugriff: 07.10.2022).

Kitchen Politics (Hg.) (2021): Mehr als Selbstbestimmung! Kämpfe für reproduktive Gerechtigkeit. Münster: edition assemblage.

Kyere, A. (2021): Kämpfe verbinden. Reproductive Justice auf deutsche Verhältnisse übertragen. In: Kitchen Politics. Münster: edition assemblage.

Lesko, S. (2021): Begleitete Elternschaft von Menschen mit einer geistigen Behinderung - Bedingungen für eine gelingende Assistenz. Oldenburg.

LG Flensburg (Landgericht Flensburg) (2019): Zu den Voraussetzungen der Bestellung eines Sterilisations-Betreuer (Beschluss vom 14. November 2019, 5 T 100/19). In: <https://rabüro.de/zuden-voraussetzungen-der-bestellung-eines-sterilisations-betreuer/> (letzter Zugriff: 05.10.2022).

Maetzel, J./Heimer, A./Braukmann, J./Frankenbach, P./Ludwig, L./Schmutz, S./Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.) (2021): Dritter Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung. Bonn. Prognos AG.

Meyer, D./Schüller-Ruhl, T./Vock, R. (2022): Sexismus. In: <https://www.bpb.de/kurzknapp/lexika/lexikon-in-einfacher-sprache/331402/sexismus/> (letzter Zugriff: 01.10.2022).

Michel, M./Conrad, I./Müller, M./Patenburg, B. (2017): Unterstützte Elternschaft – Angebote für behinderte und chronisch kranke Eltern – Analyse zur Umsetzung des Artikels 23 der UN-BRK. Abschlussbericht. Leipzig. o.V.

NdM-Glossar (2022): Wörterverzeichnis der neuen deutschen medienmacher*innen (NdM) mit Formulierungshilfen, Erläuterungen und alternativen Begriffen für die Berichterstattung in der Einwanderungsgesellschaft. In: <https://glossar.neuemedienmacher.de/glossar/prefix:a/> (letzter Zugriff: 27.09.2022).

Nieder, T. O./Schneider, F./Bauer, R. (2022): Repronormativität und reproduktive Gerechtigkeit – eine interdisziplinäre Analyse zur Fortpflanzung im Kontext von Trans. In: Zeitschrift für Sexualforschung 35/2, S. 88-96.

Nijole B./Feagin, J.R. (1995): Modern Sexism : Blatant Subtle and Covert Discrimination (version 2nd ed). 2nd ed. Englewood Cliffs N.J: Prentice Hall. <http://books.google.com/books?id=JE7aAAAAM>.

#Ogette, T. (2017): exit RACISM - rassismuskritisch denken lernen. Münster: UNRAST-Verlag.

Peukert, A./Teschlade, J./Wimbauer, C./Motakef, M./Holzleithner, E. (2020): Elternschaft und Familie jenseits von Heteronormativität und Zweigeschlechtlichkeit. Opladen/Berlin/Toronto: Barbara Budrich.

PND-Beratung. Informations- und Vernetzungsstellen Pränataldiagnostik in Baden-Württemberg (2022): Was ist Pränataldiagnostik? In: <https://www.pnd-beratung.de/was-ist-praenataldiagnostik/> (letzter Zugriff: 06.10.2022).

Pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V. Bundesverband (2013): Langzeitverhütung mit Hormonen. Verhütungsmethoden. Frankfurt a.M.: pro familia.

Pro Familia (2013): Themen - Schwangerschaftsabbruch. In: <https://www.profamilia.de/themen/schwangerschaftsabbruch/> (letzter Zugriff: 30.09.2022).

Profeta, Paola/Caló, Ximena/Occhiuzzi, Roberto (2021): COVID-19 and its economic impact on women and women's poverty. Insights from 5 European Countries. Brüssel: European Parliament.

Queer Lexikon (2019). In: <https://queer-lexikon.net/glossar/> (letzter Zugriff: 27.09.2022).

Rewald, S. (2019): Elternschaften von trans Personen. Trans Eltern zwischen rechtlicher Diskriminierung, gesundheitlicher Unterversorgung und alltäglicher Herausforderung. In Max Nicolai Appenroth & María do Mar Castro Varela (Hrsg.), Trans & Care. Trans Personen zwischen Selbstsorge, Fürsorge und Versorgung (S. 187–199). Bielefeld: transcript.

Rischer, C./Riesberg, U./Rothenberg, B./Zinsmeister, J./Windisch, M./Koordinierungsstelle der Kompetenzzentren Selbstbestimmt Leben (KSL) NRW (Hrsg.) (2020): KSL Konkret #3. Eltern mit Behinderung. Gelsenkirchen. Roberts, Dorothy (2017): Killing the Black Body. Race, Reproduction, and the meaning of Liberty. New York: Vintage Books.

Ross, L. J. (2017): Reproductive justice as intersectional feminist activism. In: Souls 19/3, S. 286-314.

Ross, L. J. (2021): Reproductive Justice. Ein Rahmen für eine anti-essentialistische und intersektionale Politik. In: Kitchen Politics. Münster: edition assemblage.

Salden, S./Netzwerk Queere Schwangerschaften (2022): Queer und schwanger - Diskriminierungserfahrungen und Verbesserungsbedarfe in der geburtshilffichen Versorgung. In: https://www.google.com/url?q=https://www.02/E-Paper_Queer_und_schwanger.pdf&sa=D&source=docs&ust=1665174492001979&usg=AOvVaw3DR27Z (letzter Zugriff: 07.10.2022).

Spahn, A. (2017): Subversion oder Assimilation? Trans* und Schwangerschaft in einer heteronormativen Gesellschaft. Masterarbeit. (Zugriff am 07.10.2022 unter <https://freidok.uni-freiburg.de/data/12314>).

Sama. Resource Group for Women and Health. Medical and Reproductive Technologies including Commercial Surrogacy (2021) In: <https://samawomenshealth.in/medical-and-reproductive-technologies/> (letzter Zugriff: 10.07.2022).

Sathyamala, C. (2019): In the Name of Science: Ethical Violations in the ECHO Randomised Trial, In: Global Public Health, S. 1-16.

Scherr, A./El-Mafaalani, A./Yüksel, G. (Hrsg.) (2020): Handbuch Diskriminierung. Freiburg/Münster: Springer VS.

Schrötte/Hornberg et al./ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrg.) (2013): Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland. Ergebnisse der quantitativen Befragung. Endbericht. Berlin.

Schrötte, M./Glammeier, S./Sellach, B./Hornberg, C./Kavemann, B./Puhe, H./Zinsmeister, J./ Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrg.) (2014): Gewalterfahrungen

von in Einrichtungen lebenden Frauen mit Behinderungen. Ausmaß, Risikofaktoren, Prävention. Endbericht. Berlin.

Schultz, S./Bendix, D. (2015): A Revival of Explicit Population Policy in Development Cooperation: The German Government, Bayer, and the Gates Foundation. In: *Different Takes* 89, S. 1-6.

Schultz, S./Kyere, A. (2020): Humanvermögen und Zeitpolitik als Familienpolitische Konzepte in Deutschland. Eine Kritik aus der Perspektive der Reproductive Justice. In: Regina-Maria Dackweiler/Alexandra Rau/Reinhild Schäfer (Hg.): *Frauen und Armut - Feministische Perspektiven*. Opladen: Barbara Budich, S. 201-215.

Schutter, S./Zerle-Elsäßer, Claudia (2012): Das Elterngeld: Wahlfreiheit und Existenzsicherung für (alle) Eltern? In: *WSI Mitteilungen* 3/2012, S. 216-225.

Schweiger, J. (2022): Karriere und Führung als Mutter - Interview mit Jobcoach Anke Hennigs . In: <https://www.jasmin-schweiger.de/2022/01/13/karriere-und-fuehrung-als-mutter-interview-mit-jobcoach-anke-hennigs/> (letzter Zugriff: 07.10.2022).

Seefranz, Catrin (2009): Glossar Kulturvermittlung. In: <https://www.kultur-vermittlung.ch/zeit-fuer-vermittlung/v1/?m=10&m2=3&lang=d> (letzter Zugriff: 27.09.2022).

Solo Mütter (2022): Interview mit Susanne Mierau. In: <https://solomuetter.de/2022/07/07/interview-mit-susanne-mierau/> (letzter Zugriff: 06.10.2022).

Spahn, A. (2019): Heteronormative Biopolitik und die Verhinderung von trans Schwangerschaften. In: Max Nicolai Appenroth & María do Mar Castro Varela (Hrsg.), *Trans & Care. Trans Personen zwischen Selbstsorge, Fürsorge und Versorgung* (S. 167–185). Bielefeld: transcript. Spektrum (2001): *Lexikon der Geographie. Malthusianismus*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.

Spence, J./Helmreich, R. (1972): The Attitudes toward Women Scale: An objective instrument to measure attitudes toward the rights and roles of women in contemporary society. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 1972a, 2, 66.

Statista Research Department (2022): Alleinerziehende in Deutschland. In: https://de.statista.com/themen/5182/in-deutschland/#topicHeader__wrapper (letzter Zugriff: 02.10.2022).

Statista Research Department (2022): Menstruation. In: <https://de.statista.com/themen/8624/menstruation/#t> (letzter Zugriff: 27.09.2022).

Stevens, M./ Law, K. (2019): Unanswered Conundrums: Questions that Remain After the ECHO Trial - What Should Health Providers Know?, In: *Population and Development Program (PopDev)*.

Teschlade, J./Peukert, A./Wimbauer, C./Motakef, M./Holzleithner, E. (2020): Elternschaft und Familie jenseits von Heteronormativität und Zweigeschlechtlichkeit. Eine Einleitung. In: *Elternschaft und Familie jenseits von Heteronormativität und Zweigeschlechtlichkeit* 8.

Theißl, B. (2021): Klassenkampf im Uterus. In: <https://www.gwi-boell.de/de/2021/05/06/klassenkampf-im-uterus> (letzter Zugriff: 02.10.2022). Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2019): Gender Care Gap - ein Indikator für die Gleichstellung. In: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/gleichstellung/gender-care-gap/indikator-fuer-die-gleichstellung/gender-care-gap-ein-indikator-fuer-die-gleichstellung-137294> (letzter Zugriff: 02.10.2022).

Weber, R. (2018): Trans* und Elternschaft. Wie trans*Eltern normative Vorstellungen von Familie und Geschlecht verhandeln. Masterarbeit. Universität Göttingen (Zugriff am 07.10.2022 unter <http://hdl.handle.net/11858/00-1735-0000-002E-E50C-3>).

Weichert, A./Braun, T./Deutinger, C./Henrich, W./Kalache, K. D./Neymeyer, J. (2017): Prenatal decision-making in the second and third trimester in trisomy 21-affected pregnancies. In: *Journal of Perinatal Medicine*. Vol. 45 (Issue 2), S. 205-211. Wimbauer, C./Motakef, M. (2018): Paar/Partnerbeziehung. In: https://www.google.com/url?q=https://www.gender-glossar.de/post/_paar&sa=D&source=docs&ust=1665159137385688&usg=AOvVaw1wxtg98nqWSawi0TKOs-OA (letzter Zugriff: 04.10.2022)

Winkler, C./Babac, E. (2022): Birth Justice. Die Bedeutung von Intersektionalität für die Begleitung von Schwangerschaft, Geburt und früher Elternschaft. In: *Österreichische Zeitschrift für Soziologie*, 47 (1), S. 31-58. Women in Exile (2017): The Effects of Ignoring our Situation. In: dies. (Hg.): *campaign Newsletter #12. Break Down the Borders*, S.6.

Zinsmeister, J. (2012): Zur Einflussnahme rechtlicher Betreuerinnen und Betreuer auf die Verhütung und Familienplanung der Betreuten. In: *BtPrax - Betreuungsrechtliche Praxis*. Ausgabe 6/2012, S. 227-232. Zinsmeister, J./Vogel, A. (2018): Mehrdimensionale Diskriminierungen. Intersektionale Perspektiven auf Behinderung, Geschlecht und Sexualität. In: *Vierteljahrszeitschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete* 1/2018, S. 10-26. 85/8/EWG: Beschluß des Europäischen Rates vom 19. Dezember 1984 über gezielte Maßnahmen zur Bekämpfung der Armut auf Gemeinschaftsebene (OJ L 2 03.01.1985, p. 24, ELI: <http://data.europa.eu/eli/dec/1985/8/oj>).