

Behandlungsdefizite, Barrieren, Bedarfe-

Die gynäkologische Versorgung von Frauen mit Behinderungen

in Deutschland mit besonderem Fokus auf
Nordrhein-Westfalen

Faktenblatt

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Barrierefreiheit – Was bedeutet das konkret?.....	2
3. Allgemeine Lage der gesundheitlichen Versorgung von Frauen mit Behinderung in Deutschland.	3
4. Situation der gynäkologischen Versorgung von Frauen mit Behinderung.....	5
5. Besondere Aspekte und Probleme in der gynäkologischen Behandlung von Frauen mit Behinderungen.....	7
5.1 Diskriminierung, Entmündigung und sexualisierte Gewalt	7
5.2. Schwangerschaft und Behinderungen	9
6. Bedarfe in der gynäkologischen Versorgung von Frauen und Mädchen mit Behinderungen	11
7. Handlungsempfehlungen	13
8. Beratungsstellen und Suchportale für barrierefreie ärztliche Praxen (für NRW)	14
9. Fazit	15
Literaturverzeichnis.....	17

1. Einleitung

Laut der UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, die im Jahr 2006 von den Vereinten Nationen verabschiedet wurde und seit 2009 von der Bundesrepublik Deutschland als innerstaatliches Recht anerkannt wird, steht allen Personen, unabhängig von Art und Schweregrad ihrer Behinderung, ein „*Höchstmaß an Gesundheit ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderung zu*“ (Artikel 25) (Vereinte Nationen, 2008). Im nationalen Aktionsplan zur Umsetzung der UN-BRK (NAP 2.0) ist der Ausbau der gynäkologischen Versorgung durch gynäkologische Praxen und Ambulanzen für Frauen und Mädchen mit Behinderungen als ein zentraler Handlungsschwerpunkt definiert. Derzeit wird die gynäkologische und geburtshilfliche Versorgung von Frauen mit körperlichen und geistigen Behinderungen hauptsächlich über die ambulanten gynäkologischen Praxen abgedeckt.

Eine schnelle und kompetente Gesundheitsversorgung ist für Menschen mit Behinderungen in Deutschland jedoch generell in vielen Fällen nicht möglich. Häufig scheitert bereits der Zugang zu medizinischen Einrichtungen; Barrieren erschweren oder verkomplizieren die medizinische Versorgung. Doch auch die gesundheitliche Behandlung selbst ist oftmals nicht bedarfsgerecht; es fehlt an Kompetenz, an speziellen Schulungen für Ärzt_innen, Pflegepersonal und Gesundheitsfachberufe, an ausreichender Zeit für die Untersuchungen, aber auch an Finanzierung durch die Krankenkassen (Rüger, 2013). Im Bereich der gynäkologischen Versorgung von Frauen und Mädchen mit Behinderungen ist die Situation noch problematischer. Zu den diversen beschriebenen Barrieren kommen strukturelle Defizite und gesellschaftliche Diskriminierungen und Ressentiments hinzu.

Das vorliegende Faktenblatt thematisiert die gynäkologische Versorgung von Frauen mit Behinderungen in Deutschland. Zunächst wird ein kurzer Abriss über die Voraussetzungen von Barrierefreiheit gegeben, bevor auf die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen im Allgemeinen und auf vorhandene Barrieren in der gynäkologischen Versorgung von Frauen und Mädchen mit Behinderungen im Besonderen eingegangen wird. Die besonderen Herausforderungen und Probleme der gynäkologischen Behandlung von Frauen und Mädchen mit Behinderungen und das sehr sensible Thema Schwangerschaft und Behinderung werden thematisiert. Bereits an dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass die Datenlage äußerst unzureichend ist: Der Bereich der gesundheitlichen Versorgungssituation beeinträchtigter

Menschen ist ohnehin nicht ausreichend wissenschaftlich untersucht, zur spezifischen Lage der gynäkologischen Versorgung wurden bisher keinerlei repräsentativen Daten erhoben. Daher wurden in die Recherchen zu diesem Faktenblatt, zusätzlich zu den Studien zur Lebenssituation und gesundheitlicher Versorgung von Frauen mit Behinderungen, weitere Quellen wie Zeitungs- und Blogartikel zu dem Thema miteinbezogen. Diese dienen dazu, die Betroffenenperspektive zu berücksichtigen und weitere Informationen zur Situation der gynäkologischen Versorgungslage für Frauen mit Behinderungen zu erhalten.

Abschließend werden Handlungsempfehlungen und -bedarfe für die gynäkologische Versorgung aufgestellt, die notwendig sind, um das Recht auf gesundheitliche Versorgung für Frauen mit Behinderungen zu ermöglichen. Zudem werden vorhandene Suchportale für barrierefreie Praxen und Kliniken aufgelistet und Beratungsstellen in NRW genannt. Das Faktenblatt schließt mit einem Fazit.

2. Barrierefreiheit – Was bedeutet das konkret?

Barrierefreiheit ist ein Begriff, welcher häufig lediglich mit baulich (infra-)strukturellen Barrieren (z.B. Treppen, fehlende Aufzüge) in Verbindung gebracht wird, die der Barrierefreiheit entgegenstehen. Gerade im Bereich der gesundheitlichen, insbesondere bei der gynäkologischen Versorgung, werden spezielle Hilfsmittel für Menschen mit Mobilitätseinschränkung benötigt, um die Untersuchungen durchzuführen. Zu den notwendigen Hilfsmitteln oder baulich (infra-)strukturellen Gegebenheiten gehören u.a. eine Rampe oder ein ebenerdiger Zugang zum Gebäude, ggf. ein Aufzug (gemäß Empfehlung DIN EN 81-70), sowie Türen, die breit genug sind, um mit einem Rollstuhl hindurchzukommen (mindestens 90 cm Breite) und sich mittels eines Schalters elektrisch öffnen lassen. Um eine barrierefreie Untersuchung zu ermöglichen, werden Lifter zum Umsetzen aus dem Rollstuhl auf die Behandlungsliege, höhenverstellbare Behandlungsstühle und Röntgengeräte, sowie Umkleieräume und Toiletten mit Sitzmöglichkeit, Griffen und ausreichend Platz benötigt. Auch die Sanitärräume sollten den Richtlinien der DIN 18040-1 entsprechen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) gibt auf ihrer Website unverbindliche Informationsangebote und stellt ausführlich die jeweiligen DIN-Normen sowie Gesetze/Richtlinien dar. Zusätzlich vermittelt sie Anbietende und Produkte barrierefreier Baulösungen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2015).

Doch die Barrieren beginnen teilweise bereits vor der Vereinbarung eines Termins. Für gehörlose Personen oder Menschen mit einer Sprachbehinderung ist eine Terminvereinbarung per Telefon nicht möglich, viele Praxen bieten jedoch keine Anmeldung per E-Mail oder Fax an. Doch auch wenn

die Anmeldung funktioniert hat, bestehen weiterhin Kommunikationsbarrieren: die Ärzt_innen können im Regelfall keine Gebärdensprache und arbeiten nicht mit Dolmetscher_innen zusammen; für eine schriftliche Unterhaltung oder andere Kommunikationsmittel fehlt oftmals die Zeit. Auch Menschen mit Sehbehinderung oder blinde Personen sind durch diverse Barrieren eingeschränkt: Fehlende akustische, taktile Orientierungshilfen (wie z.B. Schilder und Klingel mit Braille-Schrift, Durchsagen im Aufzug, Bodenindikatoren etc.), sowie mangelnder Raum und Erlaubnis für einen Begleithund und nicht vorhandenes Infomaterial in *Braille*-Schrift können einen Ärzt_innenbesuch erschweren oder sogar verhindern (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2015).

Für Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen, Lernschwierigkeiten oder psychischen Erkrankungen ist ein empathischer, in Kommunikation geschulter Umgang des medizinischen Personals notwendig. Informationsmaterialien in Leichter Sprache werden ebenfalls benötigt, sowie auch Informationen in anderen Sprachen für behinderte Frauen mit Migrationshintergrund. Fortbildungen und Sensibilisierung der Mediziner_innen für die spezifische Situation von Frauen und Mädchen mit Behinderungen sind eine Grundvoraussetzung für eine barrierefreie gesundheitliche Versorgung, besonders im gynäkologischen Bereich. Viele Frauen und Mädchen haben bereits aufgrund ihrer Behinderung Diskriminierungen erlebt, auf welche bei der gynäkologischen Behandlung Rücksicht genommen werden sollte.

Eine zusammengefasste Liste über Barrieren in gynäkologischen Praxen findet sich am Ende dieses Faktenblatts.

3. Allgemeine Lage der gesundheitlichen Versorgung von Frauen mit Behinderung in Deutschland

Die allgemeine Lage der gesundheitlichen Versorgung von Frauen mit Behinderung in Deutschland wurde erstmals in repräsentativem Umfang im Jahre 2011 durch die Studie „Lebenssituation und Belastung von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland“ im Auftrag des Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMSFSJ) erhoben (Schröttle & Hornberg C., 2012). Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) gab zudem eine Haushaltsbefragung zur „Lebenssituation und Belastung von Männern mit Behinderungen und Beeinträchtigungen in Deutschland“ in Auftrag (Puchert et al., 2013). Bezogen auf die Zufriedenheit mit dem eigenen Gesundheitszustand konnten die Befragten auf einer Skala von 1 (sehr zufrieden) bis 6 (sehr unzufrieden) auswählen. Die Ergebnisse von Frauen und Männern mit Behinderungen sind sehr ähnlich: 26% der Frauen und 29% der Männer sind eher zufrieden mit ihrem Gesundheitszustand, knapp über 50% der Befragten mäßig zufrieden und ca. 20% eher unzufrieden.

Die Vergleichsgruppe der Menschen ohne Behinderungen weist hingegen ein deutlich höheres Level an Zufriedenheit auf: 59-62% der Befragten bezeichnen ihren Gesundheitszustand als gut bis sehr gut (Puchert et al., 2013). 55% der Frauen mit Behinderungen waren mit der gesundheitlichen Versorgung zufrieden bis sehr zufrieden, 10% der Frauen sind unzufrieden bis sehr unzufrieden. Bei den Männern mit Beeinträchtigungen ist das Level der Zufriedenheit deutlich höher, es liegt bei 65%. (Schröttle & Müller, 2004), (Puchert et al., 2013).

In Bezug auf Zugänglichkeit und Barrierefreiheit steht bei den meisten Praxen lediglich ein rollstuhlgerechter Zugang zu ambulanten Praxen zur Verfügung. Jede fünfte Praxis der Allgemeinmedizin verfügt über einen solchen Zugang (Schülle, 2016). Behindertengerechte Parkplätze sind nur in 4% der Praxen vorhanden, eine barrierefreie Toilette nur in 2% und angepasste Untersuchungsmöbel waren ebenfalls nur in 2% der ambulanten Praxisräume verfügbar. Eine Zugänglichkeit z.B. für Menschen mit Seh- oder Hörbeeinträchtigungen oder für Menschen mit kognitiven Schwierigkeiten, wie sie im Folgenden noch erläutert werden, ist in den meisten Praxen nicht gegeben. Bauliche Gegebenheiten sind jedoch nur *ein* wichtiger Aspekt in Bezug auf die gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen (ebd.). In einer Evaluation des Behindertengleichstellungsgesetzes des Bundes (BGG), in denen Behördenmitarbeiter_innen und Mitglieder von Verbänden und Vereinen behinderter Menschen zur Barrierefreiheit befragt wurden, bezogen sich 44,5% der Beschwerden auf bauliche Gegebenheiten. Doch Kommunikationsschwierigkeiten (56%) und fehlende Wahlfreiheit der ärztlichen Versorgung (46,7%) stellten die Hauptbeschwerdegründe dar (Welti, 2014). Diese Formen der Barrieren werden häufig nicht ausreichend beachtet, obwohl sie den Zugang zu gesundheitlicher Versorgung stark beeinträchtigen. Die Evaluation des Behindertengleichstellungsgesetzes (Welti, 2014) kamen zu dem Ergebnis, dass es insgesamt an Daten zur Versorgungslage, insbesondere hinsichtlich Verfügbarkeit, Erreichbarkeit und Nutzbarkeit von Versorgungsangeboten mangelt. Auch den Krankenkassen fehlt es an Informationen zur Barrierefreiheit von Arztpraxen (ebd.). Hinter diesen Problemen der gesundheitlichen Versorgung für Menschen mit Behinderungen stehen auch strukturelle Defizite des Gesundheitswesens in Deutschland. Das Recht auf freie Arztwahl (§76 SGB V) ist durch die Mängel der Barrierefreiheit faktisch nicht umsetzbar (Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz, 2016). Doch auch in Bezug auf Krankenversicherung werden Menschen mit Behinderung diskriminiert. Notwendige Hilfsmittel werden häufig nicht von den Krankenkassen übernommen und stellen eine hohe finanzielle Belastung dar. Hinzu kommen Eigenbeteiligungen und Aufzahlungen,

die bei Menschen mit Behinderungen häufiger anfallen. Diese Zuzahlungen zur gesetzlichen Krankenversicherung stellen eine erhebliche Benachteiligung dar (Schülle, 2016). Auch die gesetzlichen Regelungen im Gesundheitsbereich bilden eine strukturelle Barriere, da sie aufgrund mangelnder Angebote in Leichter Sprache oder Übersetzungen in andere Sprachen (für Menschen mit Migrationshintergrund) schwer zugänglich und verständlich sind. Dies kann dazu führen, dass Hilfsmittel und gesundheitliche Versorgung nicht in Anspruch genommen werden können, da den Betroffenen die eigenen Rechte und Möglichkeiten nicht entsprechend vermittelt werden. Diese strukturellen Defizite zeigen sich in allen medizinischen Versorgungsbereichen, sind jedoch gerade im Bereich der gynäkologischen Versorgung noch problematischer als in anderen medizinischen Fachgebieten. Dies liegt einerseits daran, dass weitere Hilfsmittel (wie beispielsweise Lifter und höhenverstellbare Behandlungsstühle) benötigt werden, um die Behandlungen zu ermöglichen, welche zusätzliche Kosten bei den Gynäkolog_innen verursachen und häufig einen erhöhten zeitlichen Aufwand erfordern. Andererseits müssen verschiedene Faktoren wie Diskriminierungserfahrungen und gesellschaftliche Bedingungen mitbedacht werden, welche Frauen mit Behinderung erfahren. Einige Aspekte werden im weiteren Verlauf konkret thematisiert. Hier ist ein geschulter Umgang des medizinischen Personals sowie aller Gesundheitsfachberufe mit der spezifischen Situation von Frauen mit Behinderung notwendig.

4. Situation der gynäkologischen Versorgung von Frauen mit Behinderung in Deutschland

In Deutschland gibt es für die ca. 3,7 Millionen körperlich behinderte Frauen lediglich *fünf Anlaufstellen*, die ambulante gynäkologische Sprechstunden für Frauen mit Behinderung anbieten: in Berlin, Bremen, Frankfurt, Erlangen und Dachau (Beerheide, 2010). In dem vom Bundesgesundheitsministerium geförderten Projekt „Evaluation von Spezialambulanzen und gynäkologischen Sprechstundenangeboten zur gynäkologischen und geburtshilflichen Versorgung von Frauen mit Behinderungen“ evaluiert die Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld (Arbeitsgruppenleitung C. Hornberg) derzeit die Arbeit sowie die Herausforderungen und Erfordernisse bei der Einrichtung dieser auf die Versorgung von Frauen mit Behinderungen spezialisierten Angebote.

Erste Ergebnisse werden im Frühjahr 2019 vorliegen. In NRW existiert derzeit keine eigenständige Ambulanz, allerdings gibt es punktuell Angebote zur Versorgung von Frauen mit Behinderungen. Das Krankenhaus Mara v. Bodelschwingschen Stiftungen Bethel bietet z.B. einmal monatlich im Rahmen der Facharztambulanz Gynäkologie eine gynäkologische Sprechstunde für die Bewohnerinnen der umliegenden Einrichtungen an. In anderen gynäkologischen Praxen werden

Frauen mit Behinderungen nicht selten abgewiesen. Sowohl bauliche als auch soziale Barrieren verhindern den Zugang. Die Behandlung einer_eines Patient_in mit Behinderung erfordert häufig einen erhöhten zeitlichen Aufwand, welcher durch die Krankenkassen nicht zusätzlich entgolten wird. Die Versorgung von Patient_innen mit Behinderungen ist daher für Gynäkolog_innen wirtschaftlich nicht rentabel. Ein Umbau der Praxisräume auf Kosten der jeweiligen Ärzt_innen, um diese barrierefrei zu gestalten, ist dementsprechend finanziell nicht reizvoll (Runge, 2014). Hinzu kommt die fehlende Ausbildung der Ärzt_innen im Bereich der Behandlung von Menschen mit Behinderungen, welche zur Ausblendung der spezifischen Situation oder zu einer Überforderung führen kann (Richter, 2018).

Die im Klinikum Dachau eingerichtete Spezialambulanz für Frauen und Mädchen mit Behinderungen verfügt über einen barrierefreien Zugang, rollstuhlgerechte Räume, eine behindertengerechte Toilette, einen Lifter und einen höhenverstellbaren gynäkologischen Stuhl. Bei Bedarf ist eine psychosoziale Betreuung durch *pro familia* möglich (Amper Kliniken AG). Auch die barrierefreie gynäkologische Praxis in der Frauenklinik in Bremen ermöglicht einen Zugang für mobilitätseingeschränkte Frauen. Hier stehen ebenfalls ein Behindertenparkplatz sowie geschultes und kompetentes Personal zur Verfügung. In Berlin bietet das *Familienplanungszentrum Balance* zusätzlich zur barrierefreien Praxis und rollstuhlgerechter Ausstattung Vorbereitungstermine auf die gynäkologische Untersuchung für Frauen mit körperlicher und/oder geistiger Beeinträchtigung an. Außerdem kann bei Bedarf eine sozialpädagogische Begleitung erfolgen (FPZ Berlin). Die gynäkologische Praxis in Frankfurt am Main wird von *pro familia* betrieben, das Sozialamt der Stadt beteiligte sich an den Kosten der baulichen Veränderungen. Neben gynäkologischen Routineuntersuchungen bietet die Praxis Aufklärung und Beratung in Bezug auf den eigenen Körper, Sexualität, aber auch in Hinblick auf das Thema Schwangerschaft an. Insbesondere für Menschen mit geistiger Behinderung steht für diese Gespräche ausreichend Zeit zur Verfügung (Kötter, 2013).

In **Nordrhein-Westfalen** als bevölkerungsreichstem Bundesland steht derzeit **keine gynäkologische Spezialpraxis** oder Ambulanz für Menschen mit Behinderungen zur Verfügung. Es gibt zwar gynäkologische Praxen, die angeben barrierefrei zu sein, doch dies umfasst häufig lediglich einen ebenerdigen Zugang/ Fahrstuhl. Das reicht für viele Menschen mit Behinderung nicht aus, um zugänglich zu sein.

5. Besondere Aspekte und Probleme in der gynäkologischen Behandlung von Frauen mit Behinderungen

5.1 Diskriminierung, Entmündigung und sexualisierte Gewalt

Menschen mit Behinderungen, insbesondere junge Frauen, haben im Vergleich zu Menschen ohne Behinderungen weniger Zugang zu Informationen über ihren Körper, über Verhütung und Schwangerschaftsprävention, da ihnen Sexualität und Selbstbestimmung häufig durch gesellschaftliche und medizinische Diskurse abgesprochen wird. Insbesondere trifft dies für Frauen und Mädchen mit geistigen Behinderungen zu (Klamp-Gretschel, 2015). Erst 1992 wurde durch eine Änderung des Betreuungsgesetzes § 1631 c BGB die Sterilisation Minderjähriger verboten.¹ Durch §1905 BGB ist eine Sterilisation von Betreuten jedoch weiterhin unter bestimmten Voraussetzungen möglich. Dies verdeutlicht, wie stark eine Bevormundung und ein Eingriff in die Persönlichkeitsrechte von Menschen mit Behinderungen auch heute noch möglich sind. Auch während ärztlicher Behandlungen wird häufig nicht *mit* den Menschen mit Behinderungen, sondern *über* sie gesprochen. Ist ein_e Betreuer_in oder ein_e Familienangehörige_r anwesend, so wird die Kommunikation meist an diese gerichtet und die betroffene Person nicht direkt miteinbezogen.

Frauen mit Behinderungen wird sexuelle Selbstbestimmung und gelebte Sexualität häufig abgesprochen; sie werden entsexualisiert betrachtet (Mickler & Schroll, 2013). Daher findet Aufklärung über Sexualität, Verhütung und den eigenen Körper durch Familie oder Betreuungspersonen oft nicht statt. Gynäkologische Untersuchungen werden in solchen Fällen ggf. als nicht notwendig wahrgenommen. Gleichzeitig sind Frauen und Mädchen mit Behinderungen zwei- bis dreimal so oft von sexuellen Übergriffen und Gewalt betroffen wie Frauen ohne Beeinträchtigungen (Schröttle & Hornberg C., 2012). Häufig geschehen diese Grenzüberschreitungen in familiären, pflegerischen oder therapeutischen Kontexten (Rüger, 2013). Dies erschwert eine Einordnung der Taten durch die Betroffene als sexualisierte Gewalt und verhindert durch sozialen Druck und durch Abhängigkeit eine Kommunikation der Übergriffe nach außen. Zudem wird den Frauen und Mädchen häufig nicht geglaubt, besonders wenn eine geistige Behinderung oder Lernschwierigkeiten vorliegen. Eigene Grenzen und Bedürfnisse zu erkennen, zu vermitteln und durchzusetzen ist für viele Frauen und Mädchen mit Behinderungen aufgrund ihrer ständigen Abhängigkeitssituation und ihrer Sozialisation als fremdbestimmt, unattraktiv und

¹ Die Entmündigung von Menschen mit Behinderungen hat in Deutschland eine traurige Tradition, welche im Nationalsozialismus durch die Eugenik und den Mord an vielen tausenden als ‚erbkrank‘ definierten Menschen ihren Höhepunkt erreichte. Die Zwangssterilisierung, welche durch das 1933 eingeführte „Gesetz zur Verhinderung erbkranken Nachwuchses“ (Reichsgesetzblatt 1933) legitimiert wurde, führte zur Zwangssterilisation von über 400.000 Menschen. Nach Ende des NS wurde diese Praxis der Sterilisation von Menschen mit (kognitiven) Behinderungen in der BRD beibehalten. In den 1970er Jahren, als die deutsche Frauenbewegung sich dem §218 und den Abtreibungsgesetzgebungen widmete, formierte sich eine Bewegung von Frauen mit Behinderungen, welche gegen die Zwangssterilisationen protestierten (Walgenbach 2007).

wehrlos ein schwieriger, langer Prozess (Mickler & Schroll, 2013). Die eben angesprochene Entsexualisierung und Konstruktion als unattraktiv und wehrlos kann von Täter_innen genutzt werden, um der Betroffenen zu suggerieren, sie habe für die sexualisierte Gewalt sogar dankbar zu sein (ebd.). Je nach wohnlicher Situation und Art der Behinderungen ist ein Ausbruch aus der sexualisierten Gewalt und des Missbrauchs schwer zu organisieren, da Hilfe von nicht an den Übergriffen beteiligten Personen benötigt wird.

Da die Anzahl der barrierefreien Praxen und Kliniken so gering ist, bleibt den Mädchen und Frauen häufig gar keine Möglichkeit auf freie Ärzt_innenwahl (Rüger, 2013). Ein Besuch einer nicht auf die Bedürfnisse von Menschen mit Behinderungen eingerichteten Praxis ist ohne Begleitung meist unmöglich; hierdurch wird ein mögliches vertrauliches Gespräch zwischen Patient_in und Ärzt_innen über sexualisierte Übergriffe erschwert oder sogar unmöglich.

Die Verflechtung der sozialen Kategorien „Frau“ und „Behinderung“ erzeugt also eine besonders hohe Vulnerabilität der Personengruppe und zieht spezielle Formen von Diskriminierung nach sich. Eine Behinderung wird im gesellschaftlichen Diskurs als Abweichung oder Krankheit wahrgenommen. Dem zugrunde liegt das Prinzip einer als „gesund“ definierten Norm, welche bestimmte Fähigkeiten aufweist und der Abweichung, welche durch ein Fehlen einer oder mehrerer Fähigkeiten gekennzeichnet und als Behinderung definiert und darüber abgewertet wird (Beushausen 2009). Diese Wertung von Menschen aufgrund ihrer Fähigkeiten bzw. die Reduzierung eines Menschen auf seine Beeinträchtigung wird als Ableismus (aus dem Englischen: to be able = fähig sein) bezeichnet. Dies kann eine Abwertung oder eine Aufwertung beinhalten. Sexistische und ableistische Mechanismen greifen ineinander und führen zu besagten Gewalterfahrungen, sexuellen Übergriffen und Ohnmachtssituationen.

Noch problematischer wird die Lage, wenn (Arnade & Hubbe, 2016) die behinderten Frauen zusätzlich einen Migrations- oder Fluchthintergrund aufweisen, denn dann kommen zusätzliche Diskriminierungsfaktoren und Probleme (wie beispielsweise die zusätzliche sprachliche Barriere oder evtl. Traumata) hinzu. Das Zusammenwirken verschiedener Ungleichheitsmechanismen und Diskriminierungserfahrungen wird als Intersektionalität bezeichnet (Walgenbach, Dietze G, Hornscheidt A & Palm K, 2007). Gerade im Bereich der psychotherapeutischen Behandlung fehlen Angebote für Menschen mit Behinderungen. Für behinderte Menschen mit Migrationshintergrund gibt es nahezu keine therapeutischen Angebote, die für ihren Bedarf ausgerichtet, interkulturell ausgelegt sind und in der Muttersprache stattfinden (Schülle, 2016). Im Bereich der gynäkologischen

Versorgung gilt nach aktueller Datenlage das Gleiche. Auch in diesem Bereich ist aber ein vertrauensvolles Verhältnis zu der_ dem behandelnden Ärzt_in essentiell.

5.2. Schwangerschaft und Behinderungen

Das Thema Schwangerschaft und Behinderung hat mindestens zwei Ebenen: zum einen die der pränatalen Diagnostik und Schwangerschaft von Frauen, die ein Kind mit Behinderungen erwarten, und zum anderen die der geburtshilflichen Versorgung und Behandlung von schwangeren Frauen mit Behinderungen. Beide sind jedoch von der strukturellen Ungleichheit betroffen, der Menschen mit Behinderungen ausgesetzt sind.

Auf der Ebene der **Pränataldiagnostik** wirkt sich dieser Mechanismus aus, indem diverse Verfahren entwickelt wurden und weiterhin werden, die eine Behinderung des Embryos noch im Mutterleib feststellen sollen. Durch Chromosomentests kann beispielsweise die Wahrscheinlichkeit von Trisomie 21, 18 und 13 des ungeborenen Kindes bestimmt werden. Wird eine Behinderung des Kindes festgestellt, ist eine Abtreibung in Deutschland (anstatt bis zu der durch §218 bzw. §219 festgelegten 12. Schwangerschaftswoche) die gesamte Schwangerschaft möglich, bis kurz vor der Geburt. Genaue Zahlen zur Abtreibungsrate von ungeborenen Kindern mit sogenannter medizinischer Indikation sind nicht verfügbar; laut Angaben der Deutschen Gesellschaft für Pränatal- und Geburtsmedizin (DGPGM) treiben neun von zehn Frauen nach der Diagnose Trisomie 21 ab (Stein, 2015). Dies führt zum einen zu weniger Kindern mit Trisomie 21 und anderen Behinderungen, zum anderen kann es zudem zu einer Verstärkung der Abwertung von Behinderungen oder chromosomalen Variationen führen. Eltern, die sich gegen pränatale Tests oder trotz Pränataldiagnostik für ein Kind mit z.B. Down-Syndrom entscheiden, müssen sich plötzlich für ihre Entscheidung rechtfertigen. Es herrscht ein sozialer Druck, der dazu führen kann, dass Eltern verurteilt werden, weil sie ihr Kind trotz Diagnose(-möglichkeit) bekommen haben. Hieran wird deutlich, wie sehr ableistische Strukturen die Gesellschaft prägen.

Diese wirken sich auch auf Menschen mit Behinderungen aus, die einen Kinderwunsch haben. Trotz des in der UN-Behindertenkonvention festgeschriebenen Rechts auf Elternschaft von Menschen mit Behinderungen wird ihnen häufig von ihrem Umfeld, aber auch von Ärzt_innen von Kindern und Schwangerschaft abgeraten. Die bereits erwähnten Zwangssterilisationen an Frauen mit geistigen Behinderungen deuten ebenfalls auf die schwierige Situation hin, welcher diese Personengruppe ausgesetzt ist. Auch heute wird Frauen mit psychischen oder geistigen Behinderungen häufig zu

Sterilisation geraten, teilweise werden sie sogar dazu gedrängt und über die Folgen des Eingriffs nicht ausreichend aufgeklärt (Banasczczuk, 2017). Bei vielen Frauen, die unter Betreuung stehen, werden präventive Maßnahmen zur Schwangerschaftsverhütung getroffen (Mickler & Schroll, 2013). Auch Menschen mit körperlichen Behinderungen wird teilweise von medizinischen und öffentlichen Stellen unterstellt, sie könnten sich nicht um ein Kind kümmern und es wird versucht, ihnen eine Geburt auszureden. Beispielsweise berichtet eine Mutter, die Multiple Sklerose hat und im Rollstuhl sitzt, ihre Erlebnisse auf ihrer Website:

„Nach Bekanntgabe meiner Schwangerschaft, war mein Neurologe schockiert und fragte mich mehrmals, ob ich das Kind denn bekommen möchte. [...] Er sah keine neurologischen Gründe, die die Austragung einer Schwangerschaft verbieten würden. Er wusste lediglich nicht, wie sich die Schwangerschaft auf meine Krankheit auswirken würde. Aber auch diese Fragestellung war nicht sein Hauptanliegen. Seine Bedenken waren: „Wie wollen Sie das bewerkstelligen?“ „Wie wollen Sie ihr Kind versorgen?“ (Hahn, 2017).

Solchen Unterstellungen von Unfähigkeit bis hin zum Vorwurf der Kindeswohlgefährdung begegnen schwangeren Frauen mit Behinderungen sowohl bei medizinischem Personal, als auch bei öffentlichen Stellen zur Schwangerschaftsberatung. Bei der Beantragung von Hilfeleistungen, welche ihnen laut der UN-Behindertenrechtskonvention zustehen (Artikel 23, Absatz 4,2), stoßen sie häufig auf schlecht informierte Mitarbeiter_innen der Jugend- und Sozialämter. Diese sind dementsprechend nicht in der Lage, angemessene Informationen und Beratung zu Hilfsangeboten zu vermitteln. Es gibt sogar Fälle, bei denen diese Mitarbeiter_innen ohne Zustimmung der Eltern/ des Elternteils aus Unwissenheit eine Unterbringung der Kinder in Pflegefamilien oder Heimen empfehlen/ beantragen, nur aufgrund der vorliegenden Behinderungen und eines erhöhten Hilfebedarfs (Blochberger, 2015). Bessere Beratungsangebote zu Elternassistenz, sowie Schulungen der Mitarbeiter_innen in Behörden im Umgang mit behinderten Eltern ist dringend notwendig.

6. Bedarfe in der gynäkologischen Versorgung von Frauen und Mädchen mit Behinderungen

Eine flächendeckende **Einrichtung von Angeboten zur barrierefreien gynäkologischen Versorgung** in allen Bundesländern ist dringend notwendig. Zusätzlich sollten Gynäkolog_innen beim Umbau ihrer Praxen gefördert werden und finanzielle Unterstützung erhalten. Auch Schulungen und Weiterbildungsangebote hinsichtlich Barrierefreiheit und Umgang mit Menschen mit (kognitiven und motorischen) Behinderungen sollten angeboten werden. Wichtig ist insbesondere ein Vertrauensverhältnis bei der gynäkologischen Behandlung von Frauen und Mädchen mit Behinderungen, so dass ein Raum für Gespräche geschaffen wird und sensibel und kompetent auf eventuelle Anzeichen reagiert werden kann. Ein bewusster Umgang der Mediziner_innen mit der besonderen Situation von Frauen mit Behinderungen ist daher wichtig, um angemessen auf die spezifischen Bedürfnisse der einzelnen Klientinnen reagieren zu können. Im Folgenden werden Bedarfe aufgezeigt, welche bei der gynäkologischen Versorgung von Frauen mit Behinderungen wünschenswert sind.

Bedarfe in der gynäkologischen Praxis:

- Angemessener und respektvoller Umgang mit Patient_innen
- Geduldige und zeitlich ausführliche Sprechstunden und Untersuchungen
- Informationen, Beratung und Materialien in Leichter Sprache (zu Aufklärung, Sexualität, Erkennen und Hilfe bei sexualisierter Gewalt) für Menschen mit Lernschwierigkeiten und kognitiven Beeinträchtigungen
- Informationen und Materialien in weiteren Sprachen für behinderte Menschen mit Migrationshintergrund/ Eltern von Kindern mit Behinderungen
- **Kompetenzerwerb** für Ärzt_innen, Gesundheitsfachberufe und Behördenmitarbeiter_innen hinsichtlich besonderer Probleme von Frauen durch Fort- und Weiterbildungen zu den Themen:
 - Abhängigkeitsverhältnisse von Menschen mit Behinderungen
 - Sexualisierte Gewalt und besondere Prävalenz von Frauen mit Behinderungen
 - Grenzen und Grenzverletzungen
 - Spezifische körperliche und psychische Beeinträchtigungen und medizinischer Umgang
 - Rechtliche Situation von Menschen mit Behinderungen
 - Gesellschaftliche Diskriminierungen von Menschen mit Behinderungen

Zusätzlich zu diesen strukturellen und sozialen Bedarfen müssen verschiedene bauliche Barrieren beseitigt werden, um Menschen mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen den Zugang zu medizinischer Versorgung zu ermöglichen. So benötigen beispielsweise Menschen mit Seheinschränkungen andere Orientierungshilfen als Personen mit Höreinschränkungen. Im folgenden Abschnitt werden einige Kriterien genannt, die erfüllt werden sollten, um Barrierefreiheit in Arztpraxen zu schaffen.

Barrierefreie Ausstattung der Praxisräume unter Berücksichtigung verschiedener Einschränkungen

Ausstattung gynäkologischer Praxen für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen

- Lifter
 - Verstellbare Behandlungstühle und -liegen
 - Behindertengerechte Toiletten (nach DIN 18040-1)
 - Rollstuhlgerechte Räume und Umkleidemöglichkeiten mit ausreichenden Bewegungsflächen (nach DIN 18040-1)
 - Parkmöglichkeiten für Menschen mit Behinderung
 - Aufzüge gemäß Empfehlung DIN EN 81-70
 - Hausnummer, Praxisschild, Klingel aus sitzender Position gut sichtbar bzw. erreichbar
-
- **Ausstattung für Menschen mit Sehbeeinträchtigungen**
 - Hilfsführungen im Boden
 - Schilder in *Braille*-Schrift
 - Aufzüge mit akustischen Durchsagen, Tasten in Braille-Schrift
 - Kontrastreiche Schilder/ Markierungen, farbliche Hervorhebungen von Griffen, Stufen
 - Möglichkeit, Assistenzhunde mitzubringen
-
- **Hilfen für Menschen mit Hörschädigungen oder Gehörlosigkeit**
 - Beratungen in Gebärdensprache ggf. durch Dolmetscher_innen
 - Terminanmeldungen per E-Mail
 - Visuelle Anzeigetafeln und Aufrufe

7. Handlungsempfehlungen

Im folgenden Kapitel werden Handlungsempfehlungen genannt, die für eine Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention und dem Recht auf eine medizinische Behandlung ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderungen notwendig sind.

- Finanzielle Zuschüsse für den barrierefreien Umbau bestehender gynäkologischer Praxen, um eine schnelle und ortsnahe Versorgung zu ermöglichen (mindestens eine barrierefreie, behindertengerechte spezialisierte Ambulanz in NRW) nach Vorgaben des Kriterienkataloges des MAGS (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW, 2017).
- Finanzielle Vergütung des höheren zeitlichen und medizinischen Behandlungsaufwands von Menschen mit Behinderungen (durch die gesetzlichen Krankenkassen) verankern, eigene Abrechnungsziffer einführen
- Informationsmaterialien zur gynäkologischen Versorgung, Schwangerschaft, Selbstbestimmung und sexualisierter Gewalt in Leichter Sprache bei Mädchen und Frauen mit Behinderung stärker verbreiten, z.B. an alle Gynäkolog_innen zur Auslage und an (Förder-)Schulen verteilen
- Informationen zur Hilfsmittelversorgung und Finanzierung in Leichter Sprache zusätzlich zu den Online-Informationen barrierearm bereitstellen und in Arztpraxen auslegen
- Förderung von Studiengängen und Ausbildungen zum_r Gebärdensprachdolmetscher_in, die gehörlosen oder hörgeschädigten Patient_innen Unterstützung bei Terminvereinbarungen und im Zuge der Ärzt_innen/Patient_innen-Kommunikation beim Praxisbesuch leisten
- Unterstützung von Eltern mit Behinderung durch Elternassistenz und sonstige Hilfs- und Beratungsangebote verbessern, z.B. durch Schulungen der Mitarbeiter_innen der Jugend- und Sozialämter (um Diskriminierung wie in Kapitel 5.2 beschrieben vorzubeugen)
- Entwicklung einer Kampagne zu Elternschaft und Behinderung, um die gesellschaftliche Akzeptanz zu stärken und Stigmatisierung einzudämmen
- Erhebung von Daten und Durchführung von Studien zu Benachteiligungen von Frauen mit Behinderung in der gesundheitlichen Versorgung aus intersektionaler Perspektive um eine umfassende Sicht auf Bedarfe und Probleme zu erlangen und bedarfsgerechte Anpassungen durchführen zu können.

Eine sofortige Umsetzung all dieser Handlungsempfehlungen ist selbstverständlich nicht möglich, doch langfristig sind die genannten Maßnahmen für eine vollständige Inklusion und einen gleichberechtigten, barrierefreien Zugang zu medizinischer Versorgung notwendig. Bis diese Ziele erreicht sind, stehen Menschen mit Behinderungen Beratungsstellen und ärztliche Portale zur Verfügung, welche eine bedarfsgerechte Praxissuche vereinfachen. Als Beispiel werden im folgenden Abschnitt Beratungsangebote vorgestellt.

8. Beratungsstellen und Suchportale für barrierefreie ärztliche Praxen (für NRW)

In diesem Abschnitt werden einige Anlaufstellen für Menschen mit Behinderungen und Verbände, sowie öffentlichen Verwaltungen in NRW genannt, die Beratungen im Bereich der Barrierefreiheit anbieten.

Beratungsstellen

- Verein „Barrierefrei Leben e.V.“ für Hilfsmittelberatung, Wohnraumanpassung und barrierefreie Bauberatung. Richtet sich primär an private Menschen mit Behinderung und Hilfsbedarfen, bietet jedoch auch online Beratungen an zur Bauanpassung und Hilfsmitteln <http://www.barrierefrei-leben.de/beratungszentrum.0.html>
- Die „Agentur Barrierefrei NRW“ bietet interdisziplinäre Beratung im Bereich der Barrierefreiheit für „Menschen mit Behinderung, Angehörige, Vereine und Verbände sowie für Fachleute der öffentlichen Verwaltung und Wirtschaft“ an. Sie bieten zudem Informationen, Veranstaltungen, Beratungen und Schulungen zu Barrierefreiheit im öffentlichen Raum, zu Leichter Sprache und barrierefreier Informationstechnologie und weiteren Aspekten an: <http://www.agentur-barrierefrei-nrw.de>

Für die Arztsuche gibt es Online-Portale, über welche Patient_innen barrierefreie Arztpraxen mittels auswählbarer Kriterien suchen können. Eine Suche nach barrierefreien Arztpraxen ist bedarfsorientiert auf folgenden Suchportalen möglich:

Suchportale für Patientinnen

- Portal für Arzt/Ärztinnensuche mit erweiterter Suchfunktion, bei der verschiedene barrierefreie Voraussetzungen (z.B. ebenerdiger Zugang, verstellbare Liege, Termine online, Orientierungshilfen etc.) gesetzt werden können und die deutschlandweit Praxen aller Fachbereiche gelistet hat. Zusätzlich gibt die Seite Informationen für Mediziner_innen hinsichtlich barrierefreier Praxisräume:

<https://www.arzt-auskunft.de>

Ein weiteres Portal zur Arztsuche gibt ebenfalls die Möglichkeit, bestimmte Bedarfe hinsichtlich Zugangs- und Behandlungsmöglichkeiten für Menschen mit Behinderungen in der erweiterten Suche auszuwählen. Auch hier werden Informationen über die Maßgaben zur Barrierefreiheit genannt: <http://www.vdek-arztlotse.de>.

Die Ärztekammer Nordrhein bietet ebenfalls eine Suche an; hier können verschiedene „Angebote für Behinderte“ ausgewählt werden. Diese basieren auf der Selbstauskunft der Mediziner_innen. Hier kann der Landkreis in NRW konkret angegeben werden: <https://www.aekno.de/page.asp>

Für NRW gibt es zudem eine Auflistung verfügbarer DGS-Dolmetscher_innen, welche zur Übersetzung bei Sozialleistungen wie Arztbesuchen hinzugezogen werden können.

- Der Berufsverband der Gebärdensprachdolmetscher_innen hat eine Homepage eingerichtet, auf der Dolmetscher_innen in ganz NRW aufgelistet sind. Eine Kartensuche ist möglich, als auch eine Anfrage der gesamten Liste. Unter <https://www.gsdnrw.de/> können Anfragen bzw. Buchungen durchgeführt werden.

9. Fazit

Zusammenfassend ist festzustellen, dass eine schnelle und kompetente gynäkologische Versorgung für Frauen mit Behinderungen deutschlandweit nicht vollumfänglich möglich ist. Die Datenlage zu den Bedarfen und der tatsächlichen Umsetzung von Barrierefreiheit in gynäkologischen Praxen ist defizitär, eine Erhebung weiterer Daten ist dringend notwendig, um das in der UN-Konvention festgelegte Recht auf ein Höchstmaß an gesundheitlicher Versorgung ohne Diskriminierung aufgrund von Behinderungen zu gewährleisten. Die wenigsten Frauen mit Behinderungen nehmen regelmäßig an Vorsorgeuntersuchungen teil, welche von Frauen ohne Behinderungen obligatorisch genutzt werden.

Gerade in **Nordrhein-Westfalen** ist die gynäkologische Versorgung nicht hinreichend gewährleistet, da keine Spezialambulanz für Frauen mit Behinderungen zur Verfügung steht. Die Spezialambulanzen in Berlin, Bremen, Dachau, Erlangen und Frankfurt können als Vorbild für ein vergleichbares Versorgungsangebot für eine Klinik in NRW dienen. Zusätzlich sollte eine Befragung der Gynäkolog_innen bezüglich der Barrierefreiheit ihrer Praxisräume durchgeführt und auf weitere Barrieren wie oben aufgeführt hingewiesen werden. Die genannten Portale zur Ärz_tinnensuche

ermöglichen Patientinnen zwar einen Überblick über barrierearme Praxen, je nach Wohnort sind jedoch keine barrierefreien Behandlungsmöglichkeiten verfügbar. Gerade in ländlichen Gebieten ist die gynäkologische Versorgung von Frauen mit Behinderung mangelhaft. Zudem sollten Gynäkolog_innen durch die Krankenkassen mittels einer eigenen Kennziffer für den erhöhten zeitlichen Aufwand bei der Behandlung von Frauen mit Behinderung finanziell angemessen vergütet werden. Fortbildungen für medizinisches Personal hinsichtlich der besonderen Vulnerabilität der Personengruppe und speziellen Bedarfen, sowie Berücksichtigung gesellschaftlicher Diskriminierung sollten gefördert werden. Auch Materialien in Leichter Sprache und Fremdsprachen zu Sexualaufklärung, Vorsorgeuntersuchungen, Verhütung, Sexualität, Schwangerschaft, Hilfe bei sexualisierter Gewalt etc. sind sinnvoll, damit sich Menschen mit Lernschwierigkeiten oder Menschen mit Migrationshintergrund informieren können.

Literaturverzeichnis

- Arnade, S. & Hubbe, P. (Interessenvetretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V. (ISL), Hrsg.). (2016). *Ableismus erkennen und bekämpfen. Strategien zur Stärkung von Selbsthilfepotenzialen*, ISL e.V. Zugriff am 19.08.2018. Verfügbar unter https://www.isl-ev.de/attachments/article/1687/ISL-Able-Ismus_Brosch%C3%BCre.pdf
- Bayerischer Landesfrauenrat. (2013). *Gesundheitsversorgung von Frauen und Mädchen mit Behinderung. LG/6883.01-1/20*. München. Zugriff am 23.07.18. Verfügbar unter https://www.stmas.bayern.de/imperia/md/content/stmas/stmas_internet/frauenrat/1302_pm-gesundheitsversorgung.pdf
- Beerheide, R. (2010). Gynäkologie-Praxen für Behinderte? Fehlanzeige! *ÄrzteZeitung*. Verfügbar unter https://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/berufspolitik/article/628439/gynaekologie-praxen-behinderte-fehlanzeige.html
- Blochberger, K. (Bundesverband behinderter und chronisch kranker Eltern – bbe e. V., Hrsg.). (2015). *Elternassistenz. Unterstützung für Eltern mit körperlichen Behinderungen, Sinnesbehinderungen und chronischen Erkrankungen. Ratgeber für die Beantragung und Organisation personeller Hilfen zur Pflege und Versorgung der Kinder*, bbe e.V. Verfügbar unter https://www.behinderte-eltern.de/pdf/bbe_Elternassistenz_barrierefrei_Vers1_0.pdf
- Boisserée, C. (Rheinische Post Online (RP Online), Hrsg.). (2018, 19. August). *Gehörlose in NRW klagen über zu wenig Dolmetscher*. Verfügbar unter https://rp-online.de/nrw/panorama/gebaerendensprache-gehoerlose-in-nrw-klagen-ueber-zu-wenige-dolmetscher_aid-24201679
- Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz. (2016). Sozialgesetzbuch IX. Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. SGB IX.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung, K.B.V. (2015). *Barrieren abbauen. Ideen und Vorschläge für die Praxis* (K.B.V., Hrsg.), Berlin. Zugriff am 27.07.2018. Verfügbar unter http://www.kbv.de/media/sp/PraxisWissen_Barrieren_Abbauen_barrierefrei.pdf
- Klamp-Gretschel, K. (2015). *Politische Teilhabe von Frauen mit geistiger Behinderung*. Dissertation, Justus-Liebig-Universität. Zugriff am 27.07.2018. Verfügbar unter http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2015/11740/pdf/KlampGretschelKaroline_2015_10_12.pdf
- Kötter, J. (2013). Barrierefreie Arztpraxen sind selten. *Frankfurter Neue Presse*. Zugriff am 27.07.2018. Verfügbar unter <http://www.fnp.de/lokales/frankfurt/Barrierefreie-Frauenarztpraxen-sind-selten;art675,572787>
- MAGS. (2017). *Anforderungen der Barrierefreiheit für Menschen mit Behinderung. Kriterienkataloge*. (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW, Hrsg.), Düsseldorf. Zugriff am 25.09.2018. Verfügbar unter http://www.ab-nrw.de/images/stories/download/mags_kriterienkataloge_0917.pdf
- Mickler, B. & Schroll, R. (2013). *Sexualisierte Gewalt gegen Mädchen und Frauen mit Behinderungen – Hintergründe verstehen, Signale erkennen, gezielt handeln* (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe/ Hessisches und Sozialministerium, Hrsg.). Berlin.
- Puchert, R., Jungnitz L., Schrimpf N., Schröttle M., Mecke D., Puhe H. et al. (2013). *Lebenssituation und Belastungen von Männern mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland*.

- Haushaltsbericht. Abschlussbericht* (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Hrsg.). Bielefeld, Berlin, München: BMAS.
- Richter, E. (2018). Mit dem Rollstuhl zum Frauenarzt. *Deutsche Presse Agentur (dpa), IGPmagazin*. Zugriff am 27.07.2018. Verfügbar unter <https://www.igp-magazin.de/mit-dem-rollstuhl-zum-frauenarzt/>
- Runge, K. (2014). Die Not der unliebsamen Patientin. *Frankfurter Allgemeine Zeitung*. Zugriff am 17.07.2018. Verfügbar unter <http://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/gesundheit/schwerbehinderte-frauen-die-not-der-unbeliebten-patientin-13164403.html>
- Schröttle, M. & Hornberg C. (2012). *Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland. Ergebnisse der quantitativen Befragung. Endbericht*. Bielefeld, Frankfurt, Köln, München: BMFSFJ. Zugriff am 28.07.2018. Verfügbar unter <https://www.bmfsfj.de/blob/94206/1d3b0c4c545bfb04e28c1378141db65a/lebenssituation-und-belastungen-von-frauen-mit-behinderungen-langfassung-ergebnisse-der-quantitativen-befragung-data.pdf>
- Schröttle, M. & Müller, U. (2004). *Lebenssituation, Sicherheit und Gesundheit von Frauen in Deutschland. Eine repräsentative Untersuchung zu Gewalt gegen Frauen in Deutschland*. Berlin, Bonn: BMFSFJ. Zugriff am 27.07.2018. Verfügbar unter www.bmfsfj.de/Kategorien/Forschungsnetz/forschungsberichte,did=20560.html
- Schülle, M. (Deutsche Vereinigung für Rehabilitation (DVfR), Hrsg.). (2016). *Barrieren der Barrierefreiheit - Gesundheitsversorgung für Menschen mit geistiger und mehrfacher Behinderung. Teil 1- Empirische Erkenntnisse*. Zugriff am 27.07.2018. Verfügbar unter https://www.reharecht.de/fileadmin/user_upload/RehaRecht/Diskussionsforen/Forum_D/2016/D33-2016_Gesundheitsversorgung_fuer_Menschen_mit_geistiger_und_mehrfacher_Behinderung_Teil_1.pdf
- Stein, A. (2015, 8. März). Neun von zehn Paaren lassen bei Trisomie abtreiben. *Welt (online)*. Zugriff am 19.08.2018. Verfügbar unter <https://www.welt.de/gesundheit/article138186630/Neun-von-zehn-Paaren-lassen-bei-Trisomie-abtreiben.html>
- Vereinte Nationen. (2008). Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen. UN-BRK.
- Walgenbach, K., Dietze G, Hornscheidt A & Palm K. (2007). *Gender als interdependente Kategorie*. Opladen: Budrich Verlag.
- Welti, F. e. a. (2014). *Evaluation des Behindertengleichstellungsgesetzes* (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Hrsg.). Kassel: BMAS. Zugriff am 20.08.18. Verfügbar unter https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/Forschungsberichte/fb-445.pdf;jsessionid=9AB03B40C80773308C2F5B9D6EB52B1D?__blob=publicationFile&v=2

Blogs/ Internetlinks

Banasczczuk, Y. (2017): Frauen mit geistiger Behinderung werden zur Sterilisation gedrängt. Hg. v. broadly vice. Online verfügbar unter <https://broadly.vice.com/de/article/43ndpn/selbstbestimmung-frauen-mit-geistiger-behinderung-zu-sterilisation-gedraengt>, zuletzt geprüft am 20.08.2017.

Hahn, J. (2017): Eltern mit Behinderung. Hg. v. wheelymum. Online verfügbar unter <https://wheelymum.wordpress.com/2016/01/07/eltern-mit-behinderung/>

Impressum

Herausgegeben vom Kompetenzzentrum Frauen & Gesundheit NRW
Gesundheitscampus-Süd
944801 Bochum
Tel 0234 97888367

Verantwortlich für den Inhalt

Nora Feline Pösl/ Claudia Hornberg
poesl@frauenundgesundheit-nrw.de
hornberg@frauenundgesundheit-nrw.de
Veröffentlichung: März 2019

Gefördert vom

**Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen**

