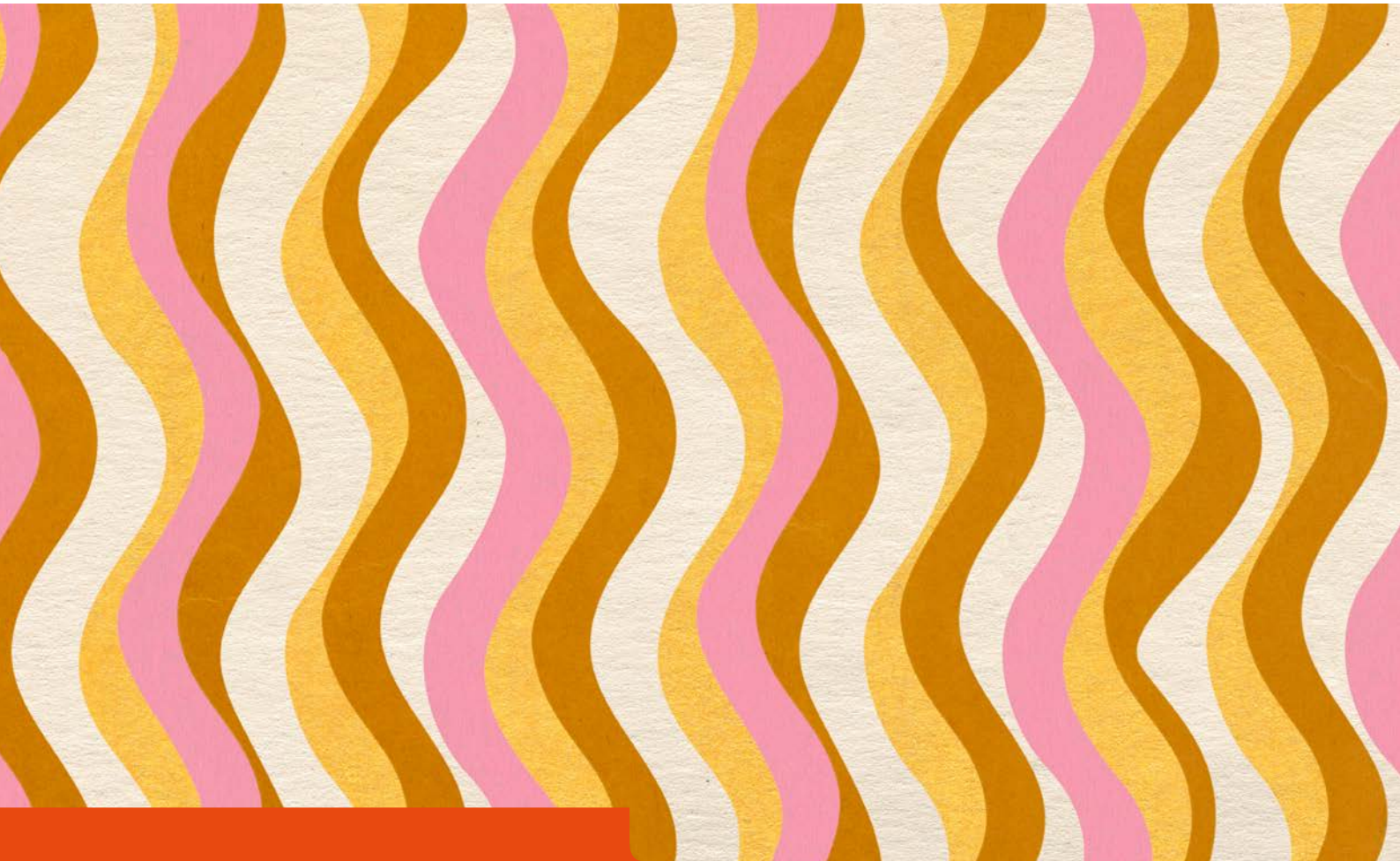




# Zur Versorgung von Menschen mit Behinderungen und/oder psychischen Erkrankungen im Kontext von Schwangerschaft

Webinar im Rahmen des *pro familia*-Projekts  
„Selbstbestimmung und Vielfalt in der Geburtshilfe“



27. März 2024



---

## Impressum



pro familia Bundesverband  
Mainzer Landstraße 250–254  
60326 Frankfurt am Main

E-Mail: [info@profamilia.de](mailto:info@profamilia.de)  
[www.profamilia.de/Publikationen](http://www.profamilia.de/Publikationen)  
© 2024

Projekt: *Reproduktive Selbstbestimmung und diskriminierungsarme  
Geburtshilfe menschenrechtskonform und demokratisch gestalten*  
(Kurztitel: *Selbstbestimmung und Vielfalt in der Geburtshilfe*)

Gefördert vom: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und  
Jugend (BMFSFJ) im Rahmen des Bundesprogramms „Demokratie  
leben!“

Projektkoordination: Finja Petersen

Dokumentation und Redaktion: Anne Grunwald, [www.textfeile.berlin](http://www.textfeile.berlin)

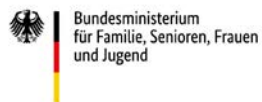
Layout: Satzweiss.com GmbH

Titelbild: Riko Aditama/stock.adobe.com

Die Veröffentlichung stellt keine Meinungsäußerung des BMFSFJ oder  
des BAFzA dar. Für inhaltliche Aussagen tragen die Autor\*innen die  
Verantwortung.

## Förderung

Gefördert vom



im Rahmen des Bundesprogramms

Demokratie **leben!**

# Zur Versorgung von Menschen mit Behinderungen und/oder psychischen Erkrankungen im Kontext von Schwangerschaft

**Webinar im Rahmen des *pro familia*-Projekts „Selbstbestimmung und Vielfalt in der Geburtshilfe“**

27. März 2024

<b>Einführung</b>	Hintergrund des Webinars ..... 4 Finja Petersen
<b>Begrüßung</b>	Aufbau und Ziele des Webinars ..... 6 Alicia Schlender
<b>Vortrag 1</b>	Empfehlungen für den Umgang mit Personen mit Behinderung in der Geburtshilfe ..... 8 Ulrike Haase
<b>Vortrag 2</b>	Gynäkologische Sprechstunde und Geburtsvorbereitung für Frauen und Paare mit Beeinträchtigung ..... 11 Hannelore Sonnleitner-Doll
<b>Vortrag 3</b>	Mutter werden mit psychischer Erkrankung ..... 14 Prof. Dr. Anke Rohde
<b>Diskussion</b>	Hürden und Strategien für eine inklusive Geburtshilfe ..... 18
<b>Anregungen</b>	Tipps für die Praxis ..... 21
<b>Resümee</b>	Das Menschenrecht auf selbstbestimmte Reproduktion und diskriminierungsfreie gynäkologische Versorgung sicherstellen ..... 22 Finja Petersen
<b>Anhang</b>	Literatur und Online-Ressourcen ..... 24



# Hintergrund des Webinars

von Finja Petersen

Der Zugang zu angemessener gesundheitlicher Versorgung für Schwangere und Gebärende ist ein Menschenrecht. Er hat direkte Auswirkungen auf die Lebensqualität von gebärenden Personen sowie ihre gesellschaftliche Teilhabe. Das deutsche Gesundheitssystem ist von einem stetigen Personalmangel, Hierarchien und einer enormen Arbeitsbelastung der Fachkräfte geprägt. Immer wieder berichten Fachkräfte und Personen, die eine Geburt erlebt haben, von mangelnder Versorgung, Gewalterfahrungen und Diskriminierung in der Schwangerenversorgung oder bei der Geburt. Besonders betroffen sind marginalisierte und minorisierte Personen. Dazu zählen beispielsweise Black, Indigenous, People of Colour (BIPOC), transgeschlechtliche, intergeschlechtliche und andere queere Personen, Menschen, die in Armut leben, Personen, die mit Sprachbarrieren konfrontiert sind – und Menschen mit Behinderungen und/oder psychischen Erkrankungen.

Das Projekt „Selbstbestimmung und Vielfalt in der Geburtshilfe“ des *pro familia* Bundesverbands, gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) im Rahmen des Bundesprogramms „Demokratie leben!“, möchte dem entgegenwirken. Verschiedene Veranstaltungen im Projekt bieten den Teilnehmenden die Möglichkeit, sich für reproduktive Gerechtigkeit zu sensibilisieren. Sie richten sich in erster Linie an Fachkräfte der Schwangerenversorgung, Geburtshilfe und Wochenbettbetreuung sowie junge Engagierte im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte (SRGR). Das Projekt macht vielfältige Bedarfe sichtbar und stößt Debatten an – mit dem übergeordneten Ziel, Gebärenden trotz struktureller Herausforderungen mehr Selbstbestimmung unter der Geburt zu ermöglichen, Gewalt im Geburtsumfeld zu reduzieren und den Weg zu einer menschenrechtskonformen Versorgung rund um die Schwangerschaft zu ebnen.



Foto: privat

## Finja Petersen

Finja Petersen ist Sozialwissenschaftlerin und Koordinatorin des Projekts „Selbstbestimmung und Vielfalt in der Geburtshilfe“ beim *pro familia* Bundesverband.

Auf dem Weg hin zu reproduktiver Selbstbestimmung und einer diskriminierungsfreien gynäkologischen Versorgung sind ableistische Strukturen ein großes Hindernis. Sie durchziehen unsere Gesellschaft und das Gesundheitssystem – und verhindern den gleichberechtigten Zugang für Menschen mit Behinderungen und/oder psychischen Erkrankungen. Die Erfahrungen und Bedarfe dieser Menschen standen daher im Fokus des dritten Webinars im Rahmen des Projekts. Mit etwa 120 Teilnehmenden – größtenteils Hebammen, Ärzt\*innen, Schwangerschaftsberater\*innen und Studierenden der Medizin oder der Hebammenwissenschaften – stieß das dreistündige Webinar auf großes Interesse. Das äußerte sich auch in den angeregten Diskussionen. Die große Nachfrage und die positiven Rückmeldungen deuten auf einen hohen Bedarf bei Fachkräften hin, sich bezüglich einer barrierefreien, inklusiven Arbeitspraxis weiterzubilden.

Die Veranstaltungen innerhalb des Projekts haben primär die Sensibilisierung und Kompetenzsteigerung auf individueller Ebene zum Ziel. Doch der Wissenstransfer, der sich aus ihnen ergibt, soll auch Veränderungen auf struktureller Ebene anstoßen.

Wir freuen uns, die Erkenntnisse aus dieser Veranstaltung hiermit einem breiteren Publikum zur Verfügung stellen zu können. Damit wollen wir einen Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung aller Menschen rund um die Geburt leisten.

### Weitere Informationen:

 [„Selbstbestimmung und Vielfalt in der Geburtshilfe“](#)

 [@geburtshilfe\\_profamilia](#)



## Aufbau und Ziele des Webinars

Wie ist die Situation für Schwangere mit Behinderungen und/oder psychischen Erkrankungen? Welche Bedarfe haben sie rund um die Geburt und welche Verbesserungen sind notwendig, um ihre angemessene Versorgung sicherzustellen? Diesen Fragen widmet sich das Webinar in drei Vorträgen mit unterschiedlichen Schwerpunkten. Darüber hinaus bietet es den circa 120 Teilnehmenden die Möglichkeit zu fachlichem Austausch untereinander.

Mit dem geballten Input möchte das Webinar die Teilnehmenden dafür sensibilisieren, mit welchen Barrieren, Ausschlüssen und Belastungen Personen mit Behinderungen und/oder psychischen Erkrankungen rund um die Geburt aktuell noch viel zu oft konfrontiert sind. Es geht aber nicht nur um einen Problemaufriss: Das Webinar vermittelt auch Ansätze, wie eine inklusive, menschenrechtskonforme geburtshilfliche Versorgung aussehen kann und könnte. Es liefert Good-Practice-Beispiele und benennt Handlungsmöglichkeiten, um Barrieren abzubauen. Dabei lernen die Teilnehmenden Verbesserungspotenziale auf struktureller Ebene kennen. Das Programm regt aber auch dazu an, die eigenen Handlungsspielräume in der jeweiligen beruflichen Rolle zu reflektieren und zu nutzen. Unerlässlich dabei ist, die Teilnehmenden für Ableismus und seine unterschiedlichen Facetten zu sensibilisieren. Mit all dem hat sich das Webinar einem grundsätzlichen Anliegen verschrieben: Menschen mit Behinderungen und/oder psychischen Erkrankungen zu entstigmatisieren und für das Recht auf selbstbestimmte Reproduktion für alle einzutreten.

Klar ist dabei: Eine dreistündige Veranstaltung kann das breite Themenspektrum nicht vollumfänglich abdecken. Sie kann aber dazu beitragen, sich der Breite des Spektrums überhaupt erst einmal bewusst zu werden. Damit lädt sie die Teilnehmenden – und auch Sie als Lesende dieser Dokumentation – dazu ein, sich von diesem Ausgangspunkt aus noch weiter zu informieren und fortlaufend für mehr Inklusion einzusetzen.



Foto: Benjamin Jenak

### *Alicia Schlender*

Alicia Schlender moderierte das Webinar. Sie promoviert an der Humboldt-Universität zu Berlin im Lehrbereich Soziologie der Arbeit und Geschlechterverhältnisse. Außerdem arbeitet sie als Referentin und systemische Beraterin.



### **Schlüsselbegriff: Ableismus**

Der Begriff „kommt vom englischen Wort ‚ableism‘ und setzt sich zusammen aus ‚able‘ (fähig sein) und ‚ismus‘ (eine Geisteshaltung). Der Begriff beschreibt Vorurteile, Ausgrenzung und Diskriminierung, die Menschen erfahren, deren körperliche, geistige oder psychische Fähigkeiten als anders oder weniger gut als die Norm angesehen werden. Ableismus betrifft besonders Menschen mit Behinderungen, chronischen und psychischen Erkrankungen. Dabei wird der Grund der Behinderung in ihren Fähigkeiten gesucht und nicht in den Barrieren, auf die sie stoßen.“<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Definition aus der Publikation „Reproduktive Gerechtigkeit. Eine Einführung“ (2023), erstellt von der AG Reproduktive Gerechtigkeit, herausgegeben vom Gunda-Werner-Institut in der Heinrich-Böll-Stiftung, S. 42. Alle vollständigen Literaturangaben und Links finden sich in der Liste am Ende dieser Broschüre.

In einer Umfrage zu Beginn des Webinars wird deutlich, dass die teilnehmenden Fachkräfte aktuell Barrieren in der Versorgung wahrnehmen. Einen Überblick über Barrieren auf unterschiedlichen Ebenen gibt Ulrike Haase im ersten Vortrag. Sie beleuchtet außerdem rechtliche Grundlagen und führt ein Verständnis von Behinderung ein, das auf dem sozialen und nicht dem medizinischen Modell basiert. Abschließend formuliert sie einige wichtige gesundheitspolitische Forderungen aus der Perspektive von Menschen mit Behinderungen. Hannelore Sonnleitner-Doll stellt dann im zweiten Vortrag ein Good-Practice-Beispiel vor: ein gynäkologisches Beratungsangebot von *pro familia* in Frankfurt am Main, das sich speziell an Menschen mit Behinderungen richtet. Sie schildert Erfahrungen der Zielgruppe des Projekts und zeigt am konkreten Beispiel auf, wie Barrieren abgebaut werden können. Im dritten Vortrag widmet sich schließlich Anke Rohde der Situation von Schwangeren mit psychischen Erkrankungen. Sie arbeitet unterschiedliche Bedarfe von Betroffenen heraus und benennt Strategien, die zu deren besserer Versorgung beitragen können.

Als gemeinsamen Rahmen macht die Moderatorin Alicia Schlender zu Beginn einige Entscheidungen in Bezug auf die im Webinar genutzte Sprache transparent und erläutert deren Hintergründe. Dazu gehört die Entscheidung, von *Menschen mit Behinderungen und/oder psychischen Erkrankungen* zu sprechen, um das Menschsein an die

erste Stelle zu ziehen und nicht die Behinderung beziehungsweise Erkrankung. Alicia Schlender macht dabei zugleich als Haltung deutlich: Alle Menschen sind Expert\*innen für sich selbst, daher sollten ihre Selbstbezeichnungen unbedingt respektiert werden, auch in ihrer Unterschiedlichkeit.



„Bei diesem Webinar sprechen wir von Menschen mit Behinderungen *und/oder* psychischen Erkrankungen. Denn Menschen können sowohl eine (körperliche) Behinderung haben als auch eine psychische Erkrankung oder eben nur eines von beidem. Einige Behinderungen und Erkrankungen sind sichtbar, andere nicht. Aus den unterschiedlichen Behinderungen und/oder Erkrankungen entstehen unterschiedliche Bedarfe.“

*Alicia Schlender*

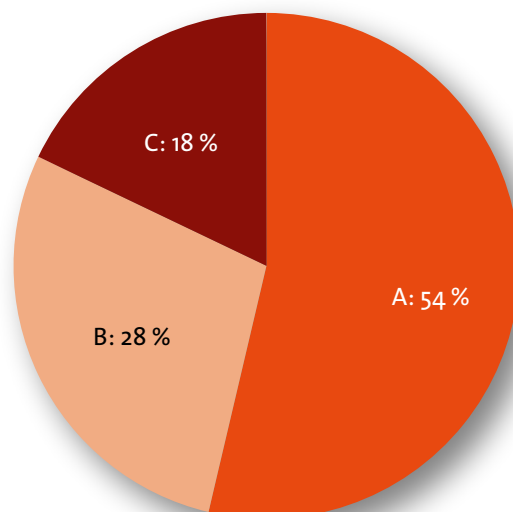
Um die vielfältigen Bedarfe zu decken, braucht es weitreichende Maßnahmen. Einige davon beleuchtet das Webinar – und macht deutlich, wie wichtig es ist, selbst weiter engagiert zu bleiben, um die Strukturen, in denen die eigene Berufspraxis stattfindet, so zu gestalten, dass sie den Bedarfen aller Schwangeren gerecht(er) werden.

## Umfrageergebnis

Sind Ihnen in der Versorgung von Menschen mit Behinderungen und/oder psychischen Erkrankungen im Kontext von Schwangerschaft bereits Barrieren aufgefallen?

95 Umfrageteilnehmende

- A: Ja, häufig
- B: Ja, vereinzelt
- C: Nein, kann sie aber erahnen
- D: Nein, darunter kann ich mir nichts vorstellen



Ergebnisse einer Live-Umfrage unter den Teilnehmenden zu Beginn des Webinars



## Vortrag 1

# Empfehlungen für den Umgang mit Personen mit Behinderung in der Geburtshilfe



Foto: Margit Glasow

### Ulrike Haase

Ulrike Haase arbeitet seit 2012 hauptberuflich beim Netzwerk behinderter Frauen Berlin e. V. Im Netzwerk *Intersectional Disability Justice* bietet sie außerdem Fortbildungen und Workshops an. Ulrike Haase ist dabei auch „Expertin in eigener Sache“: Sie ist von Kindheit an sehbehindert. Zur menschenrechtsbasierten Behindertenpolitik gelangte sie nach einer Berufsausbildung, einem Studium auf dem zweiten Bildungsweg und diversen anderen Tätigkeiten.



### Erklär-Video: „Gynäkologische Versorgung für alle!“

In knapp zweieinhalb Minuten gibt das Video des Vereins *Weibernetz* einen Einblick in bestehende Barrieren für Menschen mit Behinderungen in der gynäkologischen Versorgung – und fordert den Abbau dieser Barrieren. Das Video, mit dem Ulrike Haase in ihren Vortrag einsteigt, ist online auf YouTube verfügbar. Es gibt Versionen des Videos in Deutscher Gebärdensprache und mit Untertiteln sowie mit Audiodeskription. <https://www.youtube.com/watch?v=XKE-RfMNWko>

einer internationalen Delegation von Menschen mit Behinderungen abgestimmt. Die Entstehung orientierte sich somit an einem wesentlichen Motto der Behindertenbewegung: „Nicht über uns ohne uns.“ Deutschland ratifizierte die UN-Behindertenrechtskonvention im Jahr 2009. Bis 2021 taten dies insgesamt 182 Staaten.

Wie Ulrike Haase erläutert, deklariert die UN-Behindertenrechtskonvention keine neuen Rechte. Sie konkretisiert vielmehr die allgemeinen Menschenrechte für Menschen mit Behinderungen. In ihr Verständnis von Behinderung bezieht die Konvention gesellschaftliche Strukturen ein: Menschen mit Behinderungen sind laut dem Übereinkommen „Menschen, die langfristige körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, welche sie in Wechselwirkung mit verschiedenen Barrieren an der vollen, wirksamen und gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft hindern können“. Wenn behindernde Umweltbarrieren nicht (beziehungsweise nicht sofort) abgebaut werden können, verpflichtet die Konvention die Vertragsparteien dazu, angemessene Vorkehrungen zu treffen. In der Praxis ist jedoch oft nicht geklärt, welche Stelle die Kosten übernimmt, um angemessene Vorkehrungen zu treffen – hier ist eine Nachbesserung dringend erforderlich, wie Ulrike Haase deutlich macht.

## Definitionen von Behinderung und rechtlicher Rahmen

Ein wichtiges Instrument, um die Menschenrechte von Personen mit Behinderungen zu wahren, ist die UN-Behindertenrechtskonvention, die Ulrike Haase zu Beginn ihres Vortrags vorstellt. Das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen wurde 2006 von den Vereinten Nationen unter Beteiligung



Bezogen auf gesundheitliche Versorgung regelt die UN-Behindertenrechtskonvention in Artikel 25: Menschen mit Behinderungen haben das Recht auf eine „unentgeltliche oder erschwingliche Gesundheitsversorgung in derselben Bandbreite, von derselben Qualität und auf demselben Standard [...] wie andere Menschen, einschließlich sexual- und fortpflanzungsmedizinischer Gesundheitsleistungen“. Auch dies ist derzeit leider noch weit von einer vollumfänglichen Umsetzung entfernt.

Im Deutschen Sozialgesetzbuch hat eine Aktualisierung des Verständnisses von Behinderung erst 2018 stattgefunden. Während die vorherige Definition (SGB IX, §2 Abs. 1) dem medizinischen Modell von Behinderung folgte, fand in die Neufassung des Paragraphen auch das soziale Modell Eingang, indem der Aspekt der „Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren“ ergänzt wurde. Seit dem 1. Januar 2018 lautet SGB IX §2 Abs. 1: „Menschen mit Behinderungen sind Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie in Wechselwirkung mit einstellungs- und umweltbedingten Barrieren an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können. Eine Beeinträchtigung nach Satz 1 liegt vor, wenn der Körper- und Gesundheitszustand von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweicht.“

Für ein umfassendes Verständnis von Behinderung geht Ulrike Haase in ihrer Einführung auch darauf ein, welche unterschiedlichen Formen dazugehören:

- körperliche Behinderungen
- Sinnesbeeinträchtigungen
- chronische körperliche Erkrankungen
- Lernschwierigkeiten
- psychische Diversitäten und Beeinträchtigungen
- Neurodiversität/Neurodivergenz

Sie betont: Nur ein kleiner Bruchteil aller Behinderungen ist auf Anheb von außen sichtbar. Auch unsichtbare Behinderungen müssen jedoch berücksichtigt werden, wenn es darum geht, inklusive Strukturen zu schaffen und Menschen im Gesundheitssektor bedarfsgerecht zu versorgen.

## Dringend notwendig: Abbau von Barrieren

Um Barrierefreiheit zu erreichen, braucht es zunächst einmal den Schritt, alle vorhandenen Barrieren zu identifizieren. Als Werkzeug dafür stellt Ulrike Haase verschiedene Kategorien von Barrieren vor:

- *physisch-räumliche Barrieren*: zum Beispiel Stufen, Unebenheiten auf Straßen, Orientierungsschwierigkeiten für Menschen mit Sinnesbeeinträchtigung, Flackerlicht, das unter Umständen einen epileptischen Anfall auslösen kann,...
- *kommunikative Barrieren*: zum Beispiel schwere Sprache für Menschen mit Lernschwierigkeiten, fehlende Verdolmetschung in Gebärdensprache,...
- *einstellungsbedingte Barrieren*: zum Beispiel Verhalten der Geringschätzung und Respektlosigkeit, übergriffige und unerwünschte Hilfestellungen, Ansprechen der Begleitung einer Person mit Behinderung und nicht der Person selbst,...
- *strukturelle Barrieren*: zum Beispiel bürokratische Hürden in Ämtern und Behörden

Konkret auf Gesundheitsversorgung bezugnehmend macht Ulrike Haase deutlich: Zwar haben alle Menschen das Recht auf freie Wahl des sie behandelnden ärztlichen Personals. Die Möglichkeit zur wohnortnahen freien Wahl ambulanter gynäkologischer Versorgung scheidet in der Praxis jedoch oft an unterschiedlichen Hürden. Als häufige Barrieren nennt Ulrike Haase:

- Barrieren in der Kommunikation
- schlechte Voraussetzungen für die Orientierung
- räumliche und technische Barrieren
- unangemessene und diskriminierende Einstellungen – zum Beispiel, wenn einer Frau mit Behinderung nur Unverständnis für ihren Kinderwunsch entgegen schlägt
- Unsicherheit des Personals und anderer Personen gegenüber dem scheinbar Anderen



„Jetzt sagen vielleicht manche – und das ist auch ein Beispiel für Ableismus: ‚Das eine medizinische Versorgung der Menschen möglich sein muss, das ist ja in Ordnung. Aber müssen die denn auch noch Kinder kriegen?‘ Ja! Das ist möglich! Und es gibt auch Rechtsansprüche auf Unterstützung.“

*Ulrike Haase*

Als mögliche Formen der Unterstützung geht Ulrike Haase insbesondere auf Elternassistenz und begleitete Elternschaft ein. Beide Formen werden in der Zusammenfassung des zweiten Vortrags von Hannelore Sonnleitner-Doll etwas ausführlicher vorgestellt (siehe S. 13).



## Ableismus im Kreißaal

Immer wieder zeigt sich in dem Input, wie Ableismus die gesamte Gesellschaft durchzieht. Ulrike Haase geht deshalb auch noch einmal auf diesen Begriff ein. Wie sie erläutert, verweist die Endung „-ismus“ auf ein relativ geschlossenes ideologisches beziehungsweise diskursives System, auf eine Verbindung von Machtausübung und deren Rechtfertigung. Ulrike Haase verweist auch auf die enge Verbindung von Ableismus mit Biologismus, also der essenzialistischen Zuschreibung von ‚vererbten‘ oder ‚angeborenen‘ Fähigkeiten und der Bewertung von Menschen nach diesen Fähigkeiten. Mit Rückgriff auf Rebecca Maskos (2010) ergänzt sie, dass Menschen dabei an einer gesellschaftlichen Norm gemessen werden und Behinderung eben kein biologisches Faktum ist. Zugleich weist sie darauf hin, dass auch Menschen, die Biologismen ablehnen, ableistisch argumentieren können, beispielsweise, wenn sie angeborene Neurodiversität leugnen oder ‚schlechte Erziehung‘ für Norm-Abweichungen verantwortlich machen.

Wie äußert sich Ableismus im Kreißaal beziehungsweise in der Geburtshilfe insgesamt? Ulrike Haase bringt dafür einige von Betroffenen häufig geschilderte Beispiele:

- Durchführung eines medizinisch nicht notwendigen Kaiserschnitts
- Verhalten der Geringschätzung – beispielsweise nur mit der Begleitung sprechen anstatt mit der schwangeren Person selbst
- unterschwellige Stereotype und Vorurteile – zum Beispiel die Annahme, eine Person mit Behinderung könne ihre Aufgaben als Elternteil nicht angemessen wahrnehmen
- übergriffige und unerwünschte Hilfestellungen, die auf falschen Annahmen basieren

## Gesundheitspolitische Forderungen

Aus dem erfolgten Problemaufriss ergeben sich für Ulrike Haase wichtige Forderungen an Politik und Gesundheitswirtschaft. Konkret fordert sie:

- den vollumfänglichen Abbau von Barrieren aller Kategorien
- ein flächendeckendes Netz an barrierefreien Praxen der Regelversorgung
- Aus-, Fort- und Weiterbildung des medizinischen Fachpersonals zu Ableismus und zur Versorgung von Menschen mit Behinderungen
- eine angemessene Vergütung zeitlichen Mehraufwands, der nötig sein kann, um Menschen mit Behinderungen angemessen zu versorgen
- die Verpflichtung privater Anbieter\*innen von Dienstleistungen (beispielsweise freier Hebammen) zur Einhaltung aller Menschenrechte

Um Ableismus in der Geburtshilfe entgegenzuwirken, hält Ulrike Haase unter anderem folgende Punkte für wichtig und notwendig:

- Informationsweitergabe zu Behinderungen unter Einbeziehung von Expert\*innen in eigener Sache
- Workshops und Seminare zur Selbstreflexion möglicher Vorurteile und verinnerlichter Diskriminierungen für das Fachpersonal
- Sensibilisierungskurse zu Diskriminierung als fester Bestandteil der Curricula im Hebammenstudium
- ausreichende Ressourcen für eine individuelle und bedarfsorientierte Geburtsbegleitung
- kassenfinanzierte Sprachmittlung, unter anderem Verdolmetschung in Deutsche Gebärdensprache



„Sehr wichtig sind die Rahmenbedingungen. Die Ressource Zeit spielt eine wichtige Rolle für eine bedarfsgerechte, individuelle Geburtsbegleitung.“

*Ulrike Haase*

Vortrag 2

# Gynäkologische Sprechstunde und Geburtsvorbereitung für Frauen und Paare mit Beeinträchtigung



Foto: pro familia Frankfurt (Main)

## Hannelore Sonnleitner-Doll

Hannelore Sonnleitner-Doll arbeitet seit 1988 als Ärztin in der *pro familia* Beratungsstelle Frankfurt am Main. Sie hat eine sexualmedizinische Zusatzausbildung absolviert. Ihre Themenschwerpunkte sind Familienplanung und Sexualität. Im Projekt „Frau sein mit Behinderung“ bietet sie seit vielen Jahren eine gynäkologische Sprechstunde und seit 2010 auch Geburtsvorbereitungskurse für Menschen mit Behinderungen an.

## Barrierearme gynäkologische Versorgung am Beispiel des Projekts „Frau sein mit Behinderung“

Der Input beginnt mit einer allgemeinen Kurzvorstellung des Projekts „Frau sein mit Behinderung“: Es entstand bereits 1997 in Kooperation mit dem *Club Behinderter und ihrer Freunde*. Seit 1998 wird es durch die Stadt Frankfurt am Main gefördert. Das Projekt hat zum Ziel, Menschen mit Behinderungen die Teilhabe an Gesundheitsvorsorge, Familienplanung und sexualmedizinischer Beratung zu ermöglichen. Peer Counseling und Vernetzung sind wichtige Bestandteile. Zu den Angeboten gehören Geburtsvorbereitungskurse, eine gynäkologische Sprechstunde, Untersuchungen und Beratung zu Familienplanung, Sexualität und Gesundheit. Das Projekt orientiert sich an den Grundprinzipien von *pro familia* und steht somit für:

- das Menschenrecht auf selbstbestimmte Sexualität und Familienplanung
- ein sexualfreundliches Klima
- Kultursensibilität
- Vielfalt
- Interdisziplinarität
- umfassende Information und Beratung

Wie Hannelore Sonnleitner-Doll berichtet, hat es sich das Projekt zur Aufgabe gemacht, unterschiedliche Barrieren, die seiner Zielgruppe die Zugänge zu gynäkologischer

Versorgung sonst erschweren oder verunmöglichen, so weit wie möglich zu reduzieren. Sie macht dabei deutlich, dass es ganz unterschiedliche Barrieren gibt und daher auch auf ganz unterschiedlichen Ebenen angesetzt werden muss.



„Die Kassenärztlichen Vereinigungen führen Listen barrierefreier Praxen. Für sie zählt schon ein Aufzug als barrierefreier Zugang. Das reicht aber noch lange, lange nicht.“

Hannelore Sonnleitner-Doll

Folgende Punkte setzt das Projekt „Frau sein mit Behinderung“ in Frankfurt am Main bereits praktisch um:

- ausreichend Beratungszeit (mindestens eine Stunde pro Person)
- Erreichbarkeit per Aufzug, der groß genug ist, um auch mit einem E-Rollstuhl gut hineinzukommen
- rollstuhlgerechte Toilette
- höhenverstellbarer gynäkologischer Stuhl und eine extra breite, höhenverstellbare Liege für Untersuchungen (zum Beispiel hilfreich für Personen mit Spastiken)
- Hebelifter
- Behindertenparkplätze
- Informationen in Leichter Sprache



- Begleitpersonen sind willkommen!
- Transparenz über die Gegebenheiten vor Ort in der Öffentlichkeitsarbeit, zum Beispiel auf dem Flyer
- wenn gewünscht, langfristige Begleitung über Jahre hinweg



„Bei Barrierefreiheit geht es nicht nur um Zugänge und praktische Voraussetzungen, sondern es braucht auch Barrierefreiheit im Kopf, Barrierefreiheit durch Empathie – und Zeit, Zeit, Zeit. Genug Zeit muss unbedingt eingeplant sein.“

*Hannelore Sonnleitner-Doll*

## Realitäts-Check: Fehlannahmen zu Schwangerschaft und Behinderung

Aus ihrer langjährigen Berufserfahrung berichtet Hannelore Sonnleitner-Doll, dass das eigene Erleben von Schwangeren mit Behinderung häufig mit den Reaktionen ihres Umfelds kollidiert. Während sich viele von ihnen selbst sehr über ihre Schwangerschaft freuen, begegnen ihnen in der Umwelt oft Vorbehalte, Unsicherheit, Skepsis, vorschnelle Zuschreibungen und unterschwellige Fehlannahmen.

Um die Bilder von Behinderung, die unsere Gesellschaft prägen, genauer zu greifen, stellt Hannelore Sonnleitner-Doll vier Kategorien von Fehlannahmen vor, die Gisela Hermes in ihrer Studie „Behinderung und Elternschaft leben. Kein Widerspruch“ (2004) herausgearbeitet hat:

- „Behinderte Mütter können keine Verantwortung übernehmen.“
- „Kinder leiden unter der Behinderung der Eltern.“
- „Behinderte Mütter verursachen zusätzliche staatliche Kosten.“
- „Eine behinderte Frau wird ein behindertes Kind zur Welt bringen.“

Hannelore Sonnleitner-Doll macht deutlich: Diese Annahmen stimmen überhaupt nicht mit der Realität überein – sie erschweren Menschen mit Behinderungen aber ihren Alltag, schränken sie in ihren reproduktiven Rechten und ihrer gesellschaftlichen Teilhabe massiv ein. Als ein Problem benennt sie, dass insbesondere werdende Eltern mit Lernschwierigkeiten beziehungsweise kognitiven Einschränkungen häufig Ablehnung in Bezug auf Kinderwunsch und Schwangerschaft erfahren.

Wie Hannelore Sonnleitner-Doll erläutert, ist zum Beispiel eine häufig übersehene große Ressource, dass Menschen mit der eigenen Behinderung sehr vertraut sind, über langjährige Erfahrung damit und umfangreiches Wissen dazu verfügen: Sie wissen selbst also bestens darüber Bescheid, ob und inwiefern sie Unterstützung und Hilfsmittel während der Schwanger- und Elternschaft benötigen. Als Erfahrungswert fügt sie hinzu, dass sich viele Personen mit Behinderungen lange mit ihrem Kinderwunsch beschäftigt haben, bevor sie ihn realisieren (mitunter auch durch Kinderwunschbehandlung).

## Was braucht es für eine bedarfsgerechte Versorgung von Schwangeren mit Behinderungen?

Geht es um die bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen, können ganz unterschiedliche Dinge eine Rolle spielen. Hannelore Sonnleitner-Doll empfiehlt, unter anderem folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- Nicht alle Einschränkungen sind sichtbar. Werden sie nicht wahrgenommen, kann dies Überschätzung und Gefährdung zur Folge haben. Hier lohnt sich eine Anamnese mit ausreichend Zeit.
- Mit der Schwangerschaft können prägende Erfahrungen und Traumata (zum Beispiel aus der Kindheit oder aus Klinikaufenthalten) erneut ins Bewusstsein kommen. Es kann helfen, dies im Vorfeld oder in der Nachsorge anzusprechen und dafür Räume zu eröffnen.
- Nicht übersehen werden sollte: Frauen mit Behinderungen sind häufiger von sexualisierter Gewalt betroffen als Frauen ohne Behinderung, besonders, wenn sie in Einrichtungen leben. In ihrer Begleitung während der Schwangerschaft und rund um die Geburt ist es wichtig, sensibel für dieses Thema und mögliche Folgen der erlebten Gewalt zu sein.
- In der Versorgung von Schwangeren mit körperlichen Behinderungen ist es wichtig, die ganz individuellen Voraussetzungen der Person zu berücksichtigen und sich darüber zu informieren. Denn individuelle Ausprägungen der jeweiligen Beeinträchtigung können ganz unterschiedliche Implikationen für Schwangerschaft und Geburt mit sich bringen. Beispiele dafür sind individuell unterschiedliche Entwicklungen und Prognosen bei fortschreitenden Erkrankungen wie Multipler Sklerose oder unterschiedliche Lähmungshöhe und -grad bei Querschnittslähmungen.
- Erhöhte Aufmerksamkeit sollte in der Zeit vor der Geburt unter anderem diesen Themen gelten – auch dies abhängig von individuellen Voraussetzungen: Blasen-

und Darmentleerung, Harnwegsinfektionen, Kreislaufsymptome, Spastiken, Thromboserisiko, frühere Operationen und deren Auswirkungen, Medikamente.

## Unterstützungsmöglichkeiten

Zum Abschluss des Vortrags hebt Hannelore Sonnleitner-Doll hervor, wie wichtig Unterstützungsstrukturen und -personen sind. Zu einem potenziellen Unterstützungsnetz können ihr zufolge unter anderem diese Stellen und Personen gehören:

- Hebammen (Unterstützung bereits während der Schwangerschaft, Nachsorge, gegebenenfalls zusätzlich eine Familienhebamme)
- persönliches Umfeld: Familienkreis, Freund\*innen, Bezugspersonen wie „Leih-Omis“, Nachbarschaft,...
- Familiengesundheitszentren
- Netzwerk Frühe Hilfen, Babyslots\*innen und Ähnliches
- Bundesverband behinderter Eltern e. V.

Wie bereits Ulrike Haase stellt auch Hannelore Sonnleitner-Doll die Möglichkeiten der Elternassistenz und der begleiteten Elternschaft vor.

*Elternassistenz* bedeutet: Eltern, die aufgrund ihrer Behinderung bestimmte Handlungen (zum Beispiel Babypflege, Begleitung zur Krabbelgruppe, Kommunikation) nicht durchführen können, erhalten personelle Unterstützung durch selbst ausgewählte Hilfspersonen oder Assistenzdienste. Das Ziel ist, dass die Eltern den Alltag mit Kind selbstbestimmt gestalten und Erziehungsaufgaben uneingeschränkt wahrnehmen können. Dabei handelt es sich um eine Leistung nach dem Bundesteilhabegesetz, die entweder im Arbeitgebermodell selbst organisiert oder über anerkannte Leistungsträger umgesetzt werden kann. Beantragt werden kann sie bei den Landeswohlfahrtsverbänden. Die Eltern leiten die Assistenz selbstbestimmt an. Die Erziehung erfolgt eigenverantwortlich.

*Begleitete Elternschaft* bezeichnet eine andere Form der Unterstützung: Eltern mit Lernschwierigkeiten beziehungsweise kognitiven Einschränkungen erhalten dabei pädagogische Hilfestellung (qualifizierte Assistenz) bei der Erziehung. Ziel ist, Eltern bei der Entwicklung ihrer Erziehungskompetenzen zu unterstützen, um ein gutes Aufwachsen der Kinder zu ermöglichen. Dafür werden Leistungen aus den Feldern der Unterstützung für Menschen mit Beeinträchtigung und der Kinder- und Jugendhilfe kombiniert.



# Mutter werden mit psychischer Erkrankung



Foto: privat

## Prof. Dr. Anke Rohde

Anke Rohde ist Professorin und Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie. Die Beschäftigung mit psychischen Erkrankungen in der Schwangerschaft und nach der Geburt bildete viele Jahre einen der Schwerpunkte ihrer klinischen Tätigkeit. 1997 wurde sie auf die Professur „Gynäkologische Psychosomatik“ am Universitätsklinikum Bonn berufen. 2015 zog sie sich aus der klinischen und universitären Tätigkeit in den Ruhestand zurück, ist aber weiterhin als Autorin tätig. Gemeinsam mit Kolleg\*innen verfasste sie in den letzten Jahren mehrere Ratgeber für Betroffene, zuletzt das Buch „Mutter werden mit psychischer Erkrankung. Von Kinderwunsch bis Elternschaft“ (2024).

## Psychische Erkrankungen als ein weites Feld

Ein Kernanliegen des Vortrags ist es, den Teilnehmenden bewusst zu machen, dass es ein sehr breites Spektrum an psychischen Erkrankungen gibt, die jeweils einen unterschiedlichen Umgang erfordern. Als Beispiele für verbreitete psychische Erkrankungen, von denen laut Studienlage Frauen häufiger betroffen sind als Männer, nennt Anke Rohde Depressionen, Angststörungen, Essstörungen und Traumatisierungsfolgen. Sie weist zudem darauf hin, dass psychische Erkrankungen – beispielsweise bipolare Störungen oder Psychosen – häufig im frühen Erwachsenenalter beginnen. In der Geburtshilfe ist es demnach unerlässlich, psychische Erkrankungen zu berücksichtigen und davon auszugehen, dass sie im Leben der Schwangeren eine Rolle spielen können.



„Menschen mit psychischen Erkrankungen sprechen oft nicht darüber, weil sie Angst vor Stigmatisierung haben.“

Anke Rohde

## Psychische Erkrankungen vor und während der Schwangerschaft

Psychische Erkrankungen können sich in vielerlei Hinsicht auf alle Lebensbereiche auswirken, so auch auf die Entscheidung, schwanger zu werden beziehungsweise Kinder zu bekommen. Aus ihrer langjährigen Berufserfahrung berichtet Anke Rohde, dass Frauen mit psychischen Erkrankungen zusätzlich zu den Unsicherheiten, die fast alle werdenden Mütter kennen – zum Beispiel, ob sie ihrem Kind gerecht werden können, ob sie eine gute Mutter sein werden –, oft mit weiteren Zweifeln zu kämpfen haben. Dazu gehört etwa die Frage, ob Medikamente, die sie einnehmen, das ungeborene Kind schädigen können. Viele fragen sich auch, ob ihre Medikamente abgesetzt oder umgestellt werden müssen, ob dies einen Rückfall mit sich bringen kann, und wie die Schwangerschaft möglicherweise den Verlauf ihrer Erkrankung beeinflussen wird.

Wenn eine Schwangerschaft bereits eingetreten ist, kommen Zweifel, innere Konflikte, Sorgen und Ambivalenzen sehr häufig vor – und zwar potenziell bei allen

Schwangeren, wie Anke Rohde erläutert. Für Betroffene von psychischen Erkrankungen kommen jedoch auch in dieser Phase unter Umständen zusätzliche Belastungen hinzu. Schwangere mit psychischen Erkrankungen befürchten beispielsweise, ihre Erkrankung ans Kind weiterzugeben oder zweifeln daran, auch in ihrer Situation eine gute Mutter sein zu können.

Um den unterschiedlichen Befürchtungen gut zu begegnen, legt Anke Rohde begleitenden Fachkräften nahe, stets die konkreten, individuellen Voraussetzungen zu prüfen – beispielsweise, um festzustellen, welcher Umgang mit der vorherigen Medikation am sinnvollsten ist. Entgegen häufiger Befürchtungen haben nur die wenigsten bei psychischen Erkrankungen eingesetzten Medikamente sichere negative Folgen für das heranwachsende Kind. Aus ihrer fachlichen Sicht rät sie unbedingt davon ab, Medikamente unbedacht abzusetzen, sondern empfiehlt vielmehr, mithilfe seriöser Informationen genau zu prüfen, ob für das Kind ein Risiko besteht. Eine weitere Empfehlung: so früh wie möglich zu ermitteln, welchen Einfluss eine Schwangerschaft mit ihren hormonellen und psychischen Belastungen auf den Verlauf der Erkrankung haben könnte, um dafür gewappnet zu sein.

Die Überlegungen veranschaulicht Anke Rohde am Beispiel Depression. Ihr zufolge ist ein erstmaliges Auftreten einer Depression in der Schwangerschaft eher selten. Am häufigsten kommt es zur Wiederkehr beziehungsweise Verschlechterung einer vorbestehenden Depression oder verwandten psychischen Erkrankung. Nicht selten spielt dabei eine Rolle, die vorbeugende Medikation wegen der Schwangerschaft oder des Kinderwunsches abgesetzt zu haben. Aber auch bei Fortführung der Medikation ist eine Veränderung des psychischen Zustands möglich, etwa durch schwangerschaftsbedingte Änderungen im Stoffwechsel oder das entstehende größere Verteilungsvolumen im Körper.

## Psychische Erkrankungen nach der Geburt

In der Zeit nach der Geburt sind die Risiken für neue psychische Belastungen deutlich höher als während der Schwangerschaft, zeigt Anke Rohde auf. So besteht ein relativ hohes Risiko, dass eine psychische Erkrankung in dieser Phase neu auftritt oder dass es zu einer erneuten Krankheitsepisode einer bereits bestehenden Erkrankung kommt. Unter Rückgriff auf aktuelle Studien gibt Anke Rohde einen Überblick über häufige postpartale

psychische Probleme von Personen, die zuvor keine psychische Erkrankung hatten, und deren Verbreitungsgrad:

- **Baby Blues:** Hiervon sind 50 bis 70 Prozent aller Gebärenden betroffen, und zwar als Folge der abrupten Hormonumstellung kurz nach der Geburt. Aus psychiatrischer Sicht hat Baby Blues keinen Krankheitswert, ein Übergang in eine postpartale Depression ist jedoch möglich.
- **Postpartale Depression:** Nach circa 10 bis 15 Prozent aller Geburten erleben Frauen depressive Symptome, in circa der Hälfte dieser Fälle kommt es zu einer behandlungsbedürftigen depressiven Episode. Nicht selten beginnen die Symptome schon in der Schwangerschaft.
- **Postpartale Psychose:** Nach circa 0,1 bis 0,2 Prozent aller Geburten kommt es zur Erstmanifestation einer Psychose der gebärenden Person.
- **Traumatisierung:** Studien gehen davon aus, dass bei mindestens 1 bis 2 Prozent der Frauen nach einem traumatischen Geburtserleben das Vollbild einer Posttraumatischen Belastungsstörung vorliegt.

Dass es nach der Geburt zu psychischen Problemen bei Gebärenden kommt, ist laut Anke Rohde auf viele unterschiedliche Faktoren zurückzuführen. Um diese Faktoren aufzufächern, stellt sie die Grafik „Multifaktorielle Genese von psychischen Problemen nach der Geburt“ aus ihrem Buch „Postnatale Depressionen und andere psychische Probleme. Ein Ratgeber für betroffene Frauen und Angehörige“ (2014) vor. Die Grafik legt folgende Faktoren dar:

- psychische Symptome in der Schwangerschaft
- zusätzliche Belastungen und Stressfaktoren (zum Beispiel Familie, Arbeit, Finanzen, Wohnsituation)
- Schuldgefühle wegen nicht als ausreichend empfundener Muttergefühle
- fehlende Unterstützung (Probleme in der Partnerschaft, alleinerziehend, kaum Freundschaften, Familie weit entfernt)
- hohe eigene Erwartungen/Perfektionismus, Erwartungen der Umwelt
- psychische Erkrankungen in der Familie
- psychische Probleme in der Vorgeschichte
- psychische Symptome in der Schwangerschaft
- Unverständnis für Probleme in der Partnerschaft/in der Familie/bei Freund\*innen
- körperliche Aspekte (Erschöpfung, Stillprobleme, Geburtsverletzungen)
- Probleme beim Kind (zum Beispiel „Schreikind“, Frühgeburt, krankes Kind)



- Verschleppung der Symptome/unzureichende Behandlung/Chronifizierung
- „Anfälligkeit“ für psychische Störungen („Vulnerabilität“)

## Handlungs- und Unterstützungsstrategien

Welche Strategien können Betroffene von psychischen Erkrankungen selbst anwenden? Und vor allem: Mit welchen Strategien können andere Menschen – Geburtshelfende, weiteres medizinisches Fachpersonal, ihr persönliches Umfeld – sie gut unterstützen? Dies steht im Fokus des zweiten Teils von Anke Rohdes Vortrag.

Besteht noch keine Schwangerschaft, empfiehlt sie eine frühzeitige Auseinandersetzung mit dem Thema Kinderwunsch vor dem Hintergrund der eigenen Lebenssituation und unter Berücksichtigung möglicher Einflüsse einer Schwangerschaft auf den Verlauf der Erkrankung. Bezüglich des Umgangs mit der Medikation hält sie eine gut informierte Nutzen-Risiko-Abwägung für sinnvoll. Sehr wichtig dabei: Alle Informationen sollten aus seriösen Quellen stammen und fachlich fundiert sein.



### Info-Quelle zu Arzneimitteln: Embryotox

Sowohl für medizinisches Personal als auch für werdende Eltern ist [www.embryotox.de](http://www.embryotox.de) eine hilfreiche Ressource: das Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie der Charité Berlin. Es bietet unabhängige Informationen zur Verträglichkeit von Medikamenten während der Schwangerschaft und in der Stillzeit.

Um Schwangere mit psychischen Erkrankungen gut begleiten zu können, plädiert Anke Rohde zudem für eine sorgsame Anamnese und dafür, so früh wie möglich Informationen über die Krankheitsvorgeschichte zu sammeln. Dazu gehören zum Beispiel Behandlungsberichte über stationäre Aufenthalte oder Erfahrungen mit der Wirksamkeit beziehungsweise Unwirksamkeit und Nebenwirkungen von Medikamenten. Diese Informationen können die Qualität der medizinischen Beratung erhöhen.

Ein starkes Plädoyer hält Anke Rohde für Psychoedukation und die Autonomiestärkung von Frauen mit psychischen Erkrankungen. Begleitende Fachkräfte sollten diese unbedingt dazu ermutigen, sich über ihre eigene Erkrankung zu informieren.



„Unsere Anregung an Betroffene ist immer: Werden Sie zur Expertin für Ihre Erkrankung. Denn: Das Gefühl, informiert zu sein, gibt Sicherheit und macht die Teilnahme an der Entscheidungsfindung möglich.“

*Anke Rohde*

Diesem Ansatz folgend, kommt auch einer umfangreichen, informierten Vorbereitung auf die Geburt eine Schlüsselrolle zu. Anke Rohde empfiehlt, circa sechs Wochen vor dem errechneten Geburtstermin gemeinsam mit der schwangeren Person einen schriftlichen Geburtsplan zu erstellen. Wichtig dabei: partizipative Entscheidungsfindung. Idealerweise sollten in diesen Prozess alle Beteiligten einbezogen werden: Geburtshelfende, Kinderärzt\*innen, gegebenenfalls die behandelnde psychiatrische oder psychotherapeutische Fachkraft und nahe Bezugspersonen wie etwa Partner\*innen. Im Geburtsplan sollten notwendige Vorsichtsmaßnahmen so konkret wie möglich festgehalten werden, etwa Reizabschirmung, Sicherstellung von ausreichend Schlaf und vorbeugende Medikation. Auch das Thema Stillen oder Abstillen (gegebenenfalls auch mit Abstillmedikation) sollte im Voraus besprochen werden. Der Geburtsplan sollte schließlich allen beteiligten Fachleuten ebenso wie der schwangeren Person selbst schriftlich vorliegen.



### Praxisratgeber: „Mutter werden mit psychischer Erkrankung“

Im Ratgeber „Mutter werden mit psychischer Erkrankung. Von Kinderwunsch bis Elternschaft“ (2024) von Anke Rohde, Christof Schaefer, Almut Dorn und Sarah Kittel-Schneider findet sich neben vielen anderen Hintergrundinformationen und praktischen Werkzeugen eine Checkliste zur Familienplanung bei psychischer Erkrankung.



Nicht nur bei der Erarbeitung des Geburtsplans kann es für Schwangere mit psychischen Erkrankungen sehr hilfreich sein, wenn auch ihre nahen Bezugspersonen vom Fachpersonal einbezogen werden. So kann beispielsweise ein Partner eigene Erfahrungen mit der Erkrankung seiner Partnerin einbringen. Er kann auch etwaige Veränderungen vor allem nach der Geburt frühzeitig bemerken und vereinbarte „Notfallmaßnahmen“ umsetzen. Zudem kann seine Anwesenheit dazu beitragen, dass der korrekte Informationsfluss gewährleistet ist, denn „vier Ohren hören mehr als zwei“.

Werdenden Eltern empfiehlt Anke Rohde unbedingt, auch die Elternzeit des zweiten Elternteils rechtzeitig zu planen, und zwar möglichst für die Zeit direkt nach der Geburt. Sie empfiehlt zudem, Unterstützung möglichst frühzeitig zu organisieren. Hilfreich können neben Familie und Freund\*innen auch professionelle Angebote sein: Psychotherapie, psychosoziale Beratungsstellen und „Frühe Hilfen“ oder auch Selbsthilfegruppen (zum Beispiel Schatten und Licht e. V.).

Um ihre gebündelten Anregungen noch weiter zu konkretisieren, geht Anke Rohde anschließend exemplarisch auf einzelne psychische Erkrankungen ein und führt beispielhaft an, was im Umgang mit ihnen besonders wichtig ist:

- bei Depressionen: soziale Unterstützung organisieren, möglichst begleitend Psychotherapie
- bei einer Angststörung: auf Geburtsängste eingehen, Selbsthilfestrategien für den Umgang mit Angst vermitteln
- bei bipolaren Störungen: Schlaf sicherstellen, Reizabschirmung, medikamentöse Prophylaxe
- bei einer Posttraumatischen Belastungsstörung in der Vorgeschichte: traumasensible Geburt organisieren
- bei Substanzkonsum/einer Suchterkrankung: gegebenenfalls Entzug/Substitution/Entzug des Kindes auf einer Intensivneonatalogie vorsehen

## Professionelle Haltung im Umgang mit psychischen Erkrankungen

Zum Abschluss führt Anke Rohde noch einmal zusammen, was aus ihrer fachlichen Sicht unerlässlich ist, um Schwangere mit psychischen Erkrankungen angemessen zu versorgen. Sie bringt zentrale Aussagen ihres Vortrags wie folgt auf den Punkt:

- Autonomie der Frauen stärken!
- Vorplanung ist „die halbe Miete“
- Art der Erkrankung und individuelle Vorgeschichte unbedingt berücksichtigen
- „Die“ psychisch kranke Frau gibt es nicht!
- in der Betreuung: aufmerksam und fürsorglich sein, Sicherheit geben

Auch im anschließenden Gespräch mit den Teilnehmenden macht Anke Rohde noch einmal das Recht von Frauen, eigene Entscheidungen für sich zu treffen, stark. In diesem Sinne kritisiert sie scharf, dass ärztliches Personal Personen mit psychischen Erkrankungen auch heute noch manchmal vermittelt, sie sollten – oder gar: dürften – nicht schwanger werden.



„Meine beiden Vorrednerinnen haben ja schon darauf hingewiesen, dass Kinderwunsch ein Menschenrecht ist. Aus meiner Sicht kann man auch im Kontext von psychischen Erkrankungen oder Suchterkrankungen nicht sagen: ‚Sie dürfen das nicht machen.‘ Ich denke, wir Mediziner\*innen dürfen das nicht entscheiden. Man kann aber vorbereitet sein, zum Beispiel, indem die Geburt in einer Klinik mit einer Kinderintensivstation geplant wird.“

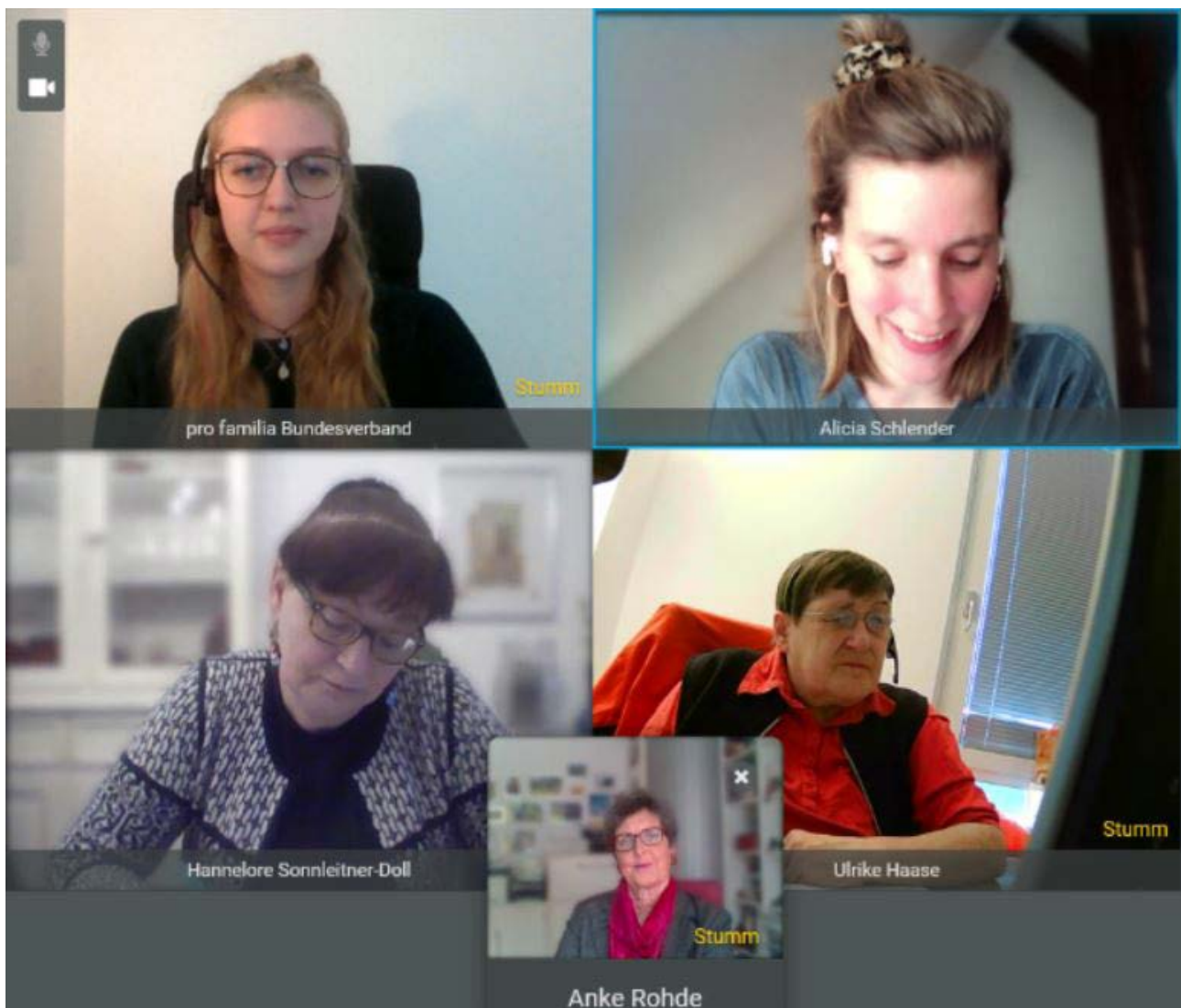
*Anke Rohde*



## Diskussion

# Hürden und Strategien für eine inklusive Geburtshilfe

Nach der intensiven Wissensvermittlung in den Vorträgen bietet die Diskussion den teilnehmenden Fachkräften nicht nur den Raum dafür, Nachfragen zu stellen, sondern auch dafür, eigene Erfahrungen und ihre persönliche Expertise einzubringen. Der Schwerpunkt liegt dabei auf Handlungsmöglichkeiten unter der Leitfrage: Wie können Fachkräfte aus der Geburtshilfe den Bedarfen von Menschen mit Behinderungen und/oder psychischen Erkrankungen in ihrer Berufspraxis gerechter werden? Dabei geht es auch um Forderungen nach notwendigen strukturellen Veränderungen.



Die Referierenden, die Moderatorin und die Projektkoordinatorin in der Diskussion.

## Eingangsstatements: Für eine bedarfsgerechte Geburtshilfe – aber wie?

Zum Einstieg positionieren sich noch einmal alle Referierenden zu der von Alicia Schlender vorgestellten Leitfrage. Den Aufschlag macht Ulrike Haase, indem sie einige Ergebnisse aus einem Workshop mit praxiserfahrenen Hebammenstudierenden vorstellt. Aus ihrer Sicht unerlässlich: Aufklärungsarbeit hinsichtlich verschiedener Behinderungen unter Einbeziehung von Expert\*innen in eigener Sache. Ein weiterer Schritt hin zu einer inklusiven Versorgung können Fortbildungen sein, die das Fachpersonal für Ableismus und den Umgang mit Personen mit Behinderungen sensibilisieren. Diese Themen sollten auch im Hebammenstudium verpflichtend vorkommen.

„Individuelle Bedarfsermittlung und Begleitung von Schwangeren – das ist gleichzeitig auch eine inklusive Forderung, denn das kommt allen zugute. Das setzt genug Zeit, finanzielle und personelle Ressourcen voraus.“

*Ulrike Haase*

Auch Hannelore Sonnleitner-Doll macht stark, wie wichtig die Sensibilisierung aller Fachkräfte im medizinischen Bereich für die Bedarfe von Menschen mit Behinderungen ist. Zudem hebt auch sie eine angemessene finanzielle Ausstattung als entscheidend hervor, um allen Menschen Zugang zu gerechter Gesundheitsversorgung zu verschaffen. Denn, wie sie noch einmal betont: Barrierefreiheit umfasst mehr als nur das Vorhandensein eines Aufzugs. Als konkreten Schritt hält sie es zum Beispiel für sinnvoll, bei der Neuzulassung ärztlicher Praxen diese auch im Hinblick auf Barrierefreiheit zu überprüfen – und zwar anhand vielseitiger Kriterien.

Der Forderung nach einer ausreichenden Finanzierung – und damit genug Zeit – schließt sich auch Anke Rohde an. Unter den aktuellen Umständen wirbt sie indes dafür, Schwangere dabei zu unterstützen, sich gut auf die Geburt vorzubereiten. Denn ihrer Erfahrung zufolge sorgt es für mehr Handlungssicherheit des ärztlichen Personals, wenn Gebärende die für ihre spezifische Situation entscheidenden Informationen direkt mitbringen.

„Im Zusammenhang mit der Versorgung von psychisch kranken Schwangeren stellt sich auch die Frage: Wie kann man das personell leisten? Das Medizinsystem hat sich ja diesbezüglich sehr negativ entwickelt. Hebammen, Schwestern und Ärzte haben kaum noch Zeit für ein echtes Gespräch mit der Patientin. Umso wichtiger finde ich, dass die Frauen befähigt werden, ihre eigenen Interessen zu vertreten.“

*Anke Rohde*

## Fachkräfte im Gespräch: Ideen, Erfahrungen und Wünsche

In der anschließenden – mündlich und via Chat – rege geführten Diskussion geht es unter anderem weiter um konkrete Handlungsmöglichkeiten im eigenen Berufsumfeld. So empfiehlt etwa eine teilnehmende Person, stets unterschiedliche Kontaktmöglichkeiten anzubieten: Wenn etwa neben einer Telefonnummer eine E-Mail-Adresse zur Verfügung steht, bietet dies beispielsweise Personen mit Hörbeeinträchtigung die Möglichkeit, selbst Kontakt aufzunehmen. Als Möglichkeit, Gebärende mit psychischen Erkrankungen oder in psychischen Krisen zu unterstützen, spricht eine andere Person die Empfehlung aus, unbedingt zu recherchieren, welche Leistungen im Rahmen der „Frühen Hilfen“ vor Ort jeweils übernommen werden können – unter Umständen etwa der Einsatz von Wochenbett-Krisenhelfer\*innen. Auch, wie wichtig eine umfassende, sensible Anamnese ist, wird in der Diskussion noch einmal deutlich. Anke Rohde weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass sich nicht alle Menschen von Anfang an mit ihrer psychischen Vorgeschichte outen. Es kann helfen, sensibel danach zu fragen und einen möglichst sicheren Gesprächsraum zu schaffen.

Angesprochen werden zudem die unterschiedlichen Zuständigkeiten und Möglichkeiten der Berufsgruppen, die an der Geburtshilfe beteiligt sind. So trägt eine anwesende Hebamme bei, dass die Schwangerenbetreuung durch Hebammen von den Krankenkassen relativ gut finanziert sei. Gynäkolog\*innen könnten Schwangere mit höherem Betreuungsbedarf also darauf hinweisen, dass sie ihre Hebamme während der Schwangerschaft womöglich öfter treffen können, so ihr Credo. Eine andere Hebamme ergänzt als Ressource, dass Hebammen relativ gut Hausbesuche machen können, was zum Beispiel für Schwangere mit körperlichen Beeinträchtigungen hilfreich sein kann.



Gesundheitspolitische Forderungen werden ebenfalls noch weiter diskutiert. Schlüsselthema ist dabei erneut die Finanzierung. Ulrike Haase unterstreicht in diesem Zusammenhang noch einmal, dass es etwa für den Abbau räumlich-technischer Barrieren eine tatsächliche finanzielle Förderung braucht – nicht nur in Form von Krediten.

Einen zuvor noch gar nicht thematisierten Aspekt spricht eine teilnehmende Person an, die nach Unterstützungsmöglichkeiten für Geburtshelfende mit Behinderungen und/oder psychischen Erkrankungen fragt. Inwiefern können zum Beispiel Hebammen mit Behinderungen bestimmte Hilfsmittel und Ausstattung finanziert bekommen? Eine Möglichkeit nennt Ulrike Haase: die Beantragung von Assistenz, die über Teilhabe-Fachdienste zuzahlungsfrei möglich ist. Zur Sprache kommt auch eine mögliche kollektive Interessenvertretung von Hebammen mit Behinderungen und/oder psychischen Erkrankungen, etwa im Rahmen des Berufsverbands.

Zum Ende des Webinars fasst Alicia Schlender einige wichtige Erkenntnisse zusammen. Dabei verweist sie unter anderem auf den unzureichenden Status quo, der nach wie vor von Ableismus und einem Mangel an bar-

rierefreien Angeboten gekennzeichnet ist. Die Probleme beginnen dabei bereits vor der Schwangerschaft, indem nicht alle Menschen gleichermaßen in ihrem Kinderwunsch anerkannt und unterstützt werden.



„Das Menschenrecht auf selbstbestimmte Reproduktion ist gegeben, aber von der tatsächlichen Umsetzung sind wir leider sehr weit entfernt. Wir haben in diesem Webinar auch erfahren, dass es für viele Menschen einen alltäglichen Kampf bedeutet.“

*Alicia Schlender*

Angesichts dieser ernüchternden Sachlage rückt Alicia Schlender zum Abschluss Handlungsmöglichkeiten und Verbesserungspotenziale ins Licht. Ganz wichtig dabei: sich immer wieder bewusst zu machen, wie vielseitig die Bedarfe sind. Denn für eine gute Geburtshilfe ist es unerlässlich, die individuellen Vorgeschichten, Voraussetzungen und Bedürfnisse der Gebärenden zu berücksichtigen.

Anregungen

## Tipps für die Praxis

Um eine tatsächlich inklusive Geburtshilfe zu erreichen, sind viele unterschiedliche Dinge erforderlich. Nicht alle liegen in der Hand einzelner Fachkräfte. Aber: Auch Einzelpersonen haben Handlungsspielräume, die sie nutzen können. Einige Ideen aus den Vorträgen und der Diskussion sind hier gebündelt – mit der herzlichen Einladung an Sie, die Anregungen an Ihren eigenen Arbeitskontext anzupassen, je nach Bedarf auszuwählen und weiterzuentwickeln. Herzlich eingeladen sind Sie auch dazu, noch viele weitere Punkte hinzuzufügen. Denn dies ist bei Weitem keine abgeschlossene Liste.

Fortbildungen und Sensibilisierungsworkshops besuchen und organisieren	Sich über Lebensrealitäten, Bedarfe, rechtliche Ansprüche und Unterstützungsmöglichkeiten informieren	Sich Zeit nehmen und Zeit fordern	Eigene verinnerlichte ableistische Denkmuster reflektieren	Verständnis von Ableismus und dem sozialen Modell von Behinderung stärken
Sich für den Abbau von Barrieren einsetzen, nach Möglichkeit Gelder dafür akquirieren	Leichte Sprache nutzen	Stigmatisierung widersprechen	Unterstützung organisieren	Bezugspersonen von Schwangeren einbeziehen
Schwangere durch Informationen und Ermutigung dazu befähigen, ihre eigenen Interessen zu vertreten	Räumliche Gegebenheiten beispielsweise einer Praxis in der Außenkommunikation konkret beschreiben	Verschiedene Kontaktmöglichkeiten anbieten (Telefon und E-Mail)	Bei Bedarf und nach Möglichkeit Verdolmetschung in Deutsche Gebärdensprache organisieren	Umfassende und sensible Anamnese
Psychoedukation	Individuelle Voraussetzungen und Bedarfe erfragen, recherchieren und berücksichtigen	Bevormundung vermeiden, Autonomie stärken		
Aufmerksame, zugewandte Kommunikation				



# Das Menschenrecht auf selbstbestimmte Reproduktion und diskriminierungsfreie gynäkologische Versorgung sicherstellen

von Finja Petersen

Es gibt einen deutlichen Bedarf nach mehr Barrierefreiheit, Entstigmatisierung und Inklusion in der Geburtshilfe. Das dritte Webinar des Projekts „Selbstbestimmung und Vielfalt in der Geburtshilfe“ des *pro familia* Bundesverbands hat dies deutlich gezeigt. Es war ein wichtiger Schritt, um Perspektiven, Erfahrungen und Forderungen von Menschen mit Behinderungen und/oder psychischen Erkrankungen in der Phase der Kinderwünscherfüllung sichtbar zu machen. Erste praktische Ansätze zum Abbau von Stigmata und Barrieren sowie zur Stärkung von Selbstbestimmung wurden diskutiert. Besonders produktiv war das Zusammenspiel verschiedener Blickwinkel – durch Inputs aus wissenschaftlicher und medizinischer Perspektive sowie einer Expertin in eigener Sache mit langjähriger Erfahrung in der menschenrechtsbasierten Behindertenpolitik. Dies ermöglichte ein weitreichendes Verständnis der Herausforderungen und Bedarfe von Menschen mit Behinderungen und/oder psychischen Erkrankungen im Kontext von Geburt. Gleichzeitig eröffnete das Webinar Raum für Diskussionen um bedarfsorientierte Gestaltungsansätze auf unterschiedlichen Ebenen der gynäkologischen sowie geburtshilflichen Versorgung. Wichtig war hierbei, auch gesellschaftliche, politische und strukturelle Handlungsfelder zu adressieren. Die Vorträge und die Stimmen der Teilnehmenden in der Diskussionsphase trugen dazu bei, ein schärferes Bild der Herausforderungen und Verbesserungspotenziale für eine diskriminierungsfreie Gynäkologie und Geburtshilfe zu zeichnen.

Um den Bedarfen von Menschen mit Behinderungen und/oder psychischen Erkrankungen gerechter zu werden, sind strukturelle Veränderungen in Form von mehr Zeit, personellen und finanziellen Ressourcen unabdingbar. Nur so kann eine bedarfsorientierte Versorgung ermöglicht werden, die für alle Menschen ideal wäre. Grundlegend dafür ist die umfassende barrierefreie Ausstattung von gesundheitlichen Einrichtungen. Auch die individuelle Schwangerschafts- und Geburtsplanung kann Fachkräften sowie den werdenden Eltern selbst mehr Handlungssicherheit geben. Der Appell geht hier

eindeutig an die Politik, dafür zu sorgen, dass eine menschenrechtskonforme Versorgung möglich ist!

Das Webinar zeigte eindrucksvoll, dass auch Fachkräfte als Individuen in der geburtshilflichen Versorgung einen Unterschied machen können, indem sie beispielsweise selbst die Initiative ergreifen, ihre Vorannahmen reflektieren und sich über verschiedene Behinderungen und Erkrankungen sowie die damit einhergehenden Bedarfe informieren. Dies sollte vor allem in Form von Fortbildungen und unter Einbeziehung von Expert\*innen in eigener Sache geschehen. Zentral ist, das Verständnis dafür zu fördern, dass alle Menschen Expert\*innen für sich selbst sind und es ihre alleinige Entscheidung ist, ob und wie sie Kinder bekommen. Fachkräften kommt die Aufgabe zu, alle Menschen in ihrer eigenen Entscheidung zu empowern und auf ihrem Weg bestmöglich zu begleiten. Eigene Unsicherheiten sind in diesem Lernprozess normal und können durch eine transparente Kommunikation sowie den Austausch mit Kolleg\*innen aufgefangen werden.

Wir möchten alle Teilnehmenden und Interessierten ermutigen, sich aktiv einzubringen und interprofessionell Netzwerke zu bilden, um gemeinsam für reproduktive Gerechtigkeit einzutreten und dafür, vielfältigen Bedürfnissen in der Geburtshilfe gerecht zu werden. Die Interessenvertretung von marginalisierten Personen sollte unbedingt gestärkt werden. Es ist unerlässlich, ihre Perspektiven sichtbarer zu machen. Der Austausch und die gemeinsame Reflexion mit anderen Personen sind zentral, um langfristig auf eigene sowie gemeinsame Ressourcen zurückgreifen zu können und positive Veränderungen zu bewirken.

Die Förderung unseres Projekts „Selbstbestimmung und Vielfalt in der Geburtshilfe“ durch das Bundesfamilienministerium zeigt, dass die im Webinar geführte Diskussion auch auf politischer Ebene von Interesse ist. Der *pro familia* Bundesverband wird sich dafür einsetzen, die Projekterkenntnisse innerhalb seines Handlungsspiel-

raums durch Öffentlichkeits- und Netzwerkarbeit auch auf politischer Ebene bekannt zu machen. Damit möchte *pro familia* dazu beitragen, die Schwangerenversorgung, Geburtshilfe und Wochenbettbetreuung langfristig gerecht, diskriminierungssensibel und inklusiv zu gestalten.

Nach dieser ersten Veranstaltung im zweiten Projektjahr schauen wir mit großer Vorfreude auf die weiteren Meilensteine in 2024. Im Juni fand unsere fünftägige Summer School statt: „Selbstbestimmung und Antidiskriminierung in der Geburtshilfe stärken“. Bis Ende des Jahres ist ein weiteres Webinar geplant. Alle Projektveranstal-

tungen werden dokumentiert. Die Veranstaltungen sollen eine vertiefende Auseinandersetzung mit Selbstbestimmung und Antidiskriminierung in der Geburtshilfe ermöglichen und weitere Schwerpunkte in den Blick nehmen. Wir erwarten, dass sich dadurch die bereits aufgezeigten Herausforderungen weiter konkretisieren und noch präzisere Lösungsansätze finden lassen – insbesondere praktisches Handwerkszeug für Fachkräfte in der Geburtshilfe. Die Bedarfe von minorisierten und marginalisierten Personen werden dabei in den Fokus gerückt, um die gesundheitliche Versorgung für alle zu verbessern und mehr reproduktive Gerechtigkeit zu erreichen.



## Literatur und Online-Ressourcen

### Allgemeine Lesetipps

Gersdorff, Anne/Sturm, Karina (2024): Stoppt Ableismus! Diskriminierung erkennen und abbauen. Hamburg: Rowohlt Verlag.

Heinrich-Böll-Stiftung: Reproduktive Gerechtigkeit. Überblicksseite mit verschiedenen Infos und Publikationen aus dem Themenfeld: <https://www.boell.de/de/reproduktive-gerechtigkeit>

Deutsches Institut für Menschenrechte: Inklusion als Menschenrecht. Online-Handbuch mit Übungen, Zeitleiste und Barriere-Checklisten: <https://www.inklusion-als-menschenrecht.de/>

UN-Behindertenrechtskonvention im Volltext (in schwerer und Leichter Sprache): <https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/das-institut/monitoring-stelle-un-brk/die-un-brk>

Interview-Reihe „nachgefragt“ der Fach- und Netzwerkstellen Berlins (2023): „Wie kriegen wir Ableismus aus den Köpfen raus?“ Fragen zu Behinderung, Nicht-Behinderung und Inklusion an Rebecca Maskos. Online unter: <https://nach-gefragt.org/interviews/wie-kriegen-wir-ableismus-aus-den-koepfen-raus>

### Zum Vortrag von Ulrike Haase

Netzwerk behinderter Frauen Berlin e. V.: <https://netzwerk-behinderter-frauen-berlin.de/>

Weibernetz e. V.: <https://www.weibernetz.de>

Weibernetz e. V.: Gynäkologische Versorgung für alle! Erklär-Video, online unter: <https://www.youtube.com/watch?v=XKE-RfMNWko>

Maskos, Rebecca (2010): Was heißt Ableism? Überlegungen zu Behinderung und bürgerlicher Gesellschaft. In: arranca! Nr. 43. Online unter: <https://arranca.org/ausgaben/bodycheck-und-linker-haken/was-hei%C3%9Ft-ableism>.

Degener, Theresia/Köbsell, Swantje (1992): „Hauptsache, es ist gesund“? Weibliche Selbstbestimmung unter humangenetischer Kontrolle. Hamburg: Konkret Literatur Verlag.

Der Paritätische Hessen (2017): 10 Knigge-Tipps zum respektvollen Umgang mit behinderten Menschen. Online unter: [https://www.paritaet-hessen.org/fileadmin/redaktion/Texte/Aktuelles/Slider\\_/Zehn\\_Knigge-Tipps.pdf](https://www.paritaet-hessen.org/fileadmin/redaktion/Texte/Aktuelles/Slider_/Zehn_Knigge-Tipps.pdf).

Hutson, Christiane (2007): Schwarzkrank? Post/koloniale Rassistifizierungen von Krankheit in Deutschland. In: Nghi Ha, Kien/Lauré al-Samarai, Nicola/Mysorekar, Sheila (Hg.): re/visionen. Postkoloniale Perspektiven von People of Color auf Rassismus, Kulturpolitik und Widerstand in Deutschland. Münster: Unrast Verlag, S. 229–41.

Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e. V. (2016): Ableismus erkennen und begegnen. Strategien zur Stärkung von Selbsthilfepotenzialen. Online unter: [https://www.isl-ev.de/attachments/article/1687/ISL-Able-Ismus\\_Brosch%C3%BCre.pdf](https://www.isl-ev.de/attachments/article/1687/ISL-Able-Ismus_Brosch%C3%BCre.pdf).

Jacob, Jutta/Köbsell, Swantje/Wollrad, Eske (Hg.) (2010): Gendering Disability. Intersektionale Aspekte von Behinderung und Geschlecht. Bielefeld: transcript.

Puar, Jasbir (2017): The Right to Maim. Debility, Capacity, Disability. Durham: Duke University Press.

Rommelspacher, Birgit (2006): Wie wirkt Diskriminierung? Vortrag. Online unter: <https://www.imew.de/de/barrierefreie-volltexte-1/volltexte/rommelspacher-wie-wirkt-diskriminierung>.

Schär, Wiebke (2014): „Wir sind bunt, frech, mutig und laut!“ Ein Geschichts-Lese-Buch über Scham, Aussonderung, Stolz und Emanzipation. Berlin: Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e. V.

### Zum Vortrag von Hannelore Sonnleitner-Doll

Hermes, Gisela (2004): Behinderung und Elternschaft leben. Kein Widerspruch. Eine Studie zum Unterstützungsbedarf körper- und sinnesbehinderter Eltern in Deutschland. Neu-Ulm: AG SPAK-Bücher.

Bundesverband behinderter Eltern e. V.: [www.behinderte-eltern.de](http://www.behinderte-eltern.de)



Bundesarbeitsgemeinschaft Begleitete Elternschaft: <http://www.begleiteteelternschaft.de/>

Elternassistenz e. V.: [www.elternassistenz.de](http://www.elternassistenz.de)

## Zum Vortrag von Anke Rohde

Rohde, Anke (2014): Postnatale Depressionen und andere psychische Probleme. Ein Ratgeber für betroffene Frauen und Angehörige. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Rohde, Anke/Dorn, Almut (2023): Rund um die Geburt. Depressionen, Ängste und mehr. Hilfe und Selbsthilfe bei peripartalen psychischen Problemen. 2. überarbeitete und aktualisierte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Rohde, Anke/Schaefer, Christof/Dorn, Almut/Kittel-Schneider, Sarah (2024): Mutter werden mit psychischer Erkrankung. Von Kinderwunsch bis Elternschaft. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Selbsthilfegruppe Schatten & Licht e. V.: [www.schatten-und-licht.de](http://www.schatten-und-licht.de)

Embryotox – Institut für Embryonaltoxikologie und Pharmakovigilanz an der Charité Berlin: [www.embryotox.de](http://www.embryotox.de)

Webseite von Anke Rohde: [www.rohde-bonn.de](http://www.rohde-bonn.de)

[www.profamilia.de/Publikationen](http://www.profamilia.de/Publikationen)

