

Antrag

der Abgeordneten Cornelia Möhring, Doris Achelwilm, Gökyay Akbulut, Simone Barrientos, Christine Buchholz, Dr. Birke Bull-Bischoff, Anke Domscheit-Berg, Susanne Ferschl, Brigitte Freihold, Sylvia Gabelmann, Nicole Gohlke, Dr. André Hahn, Ulla Jelpke, Kerstin Kassner, Dr. Achim Kessler, Katja Kipping, Jutta Krellmann, Caren Lay, Niema Movassat, Norbert Müller (Potsdam), Petra Pau, Sören Pellmann, Martina Renner, Eva-Maria Schreiber, Dr. Petra Sitte, Helin Evrim Sommer, Friedrich Straetmanns, Dr. Kirsten Tackmann, Kathrin Vogler, Harald Weinberg, Katrin Werner, Sabine Zimmermann (Zwickau), Pia Zimmermann und der Fraktion DIE LINKE.

Für das Leben – Das Recht auf körperliche und sexuelle Selbstbestimmung sichern, reproduktive Gerechtigkeit ermöglichen

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Körperliche und sexuelle Selbstbestimmung sind zentrale Voraussetzungen für eine selbstbestimmte Familien- und Lebensplanung, deshalb muss eine Entscheidung gegen eine Schwangerschaft frei von Zwängen möglich sein. Gleichzeitig ist es politisches Ziel, dass Menschen sich ebenfalls frei für eine Schwangerschaft und für ein Leben mit Kindern entscheiden können. Von der Verwirklichung von reproduktiver Gerechtigkeit als Dreiklang aus dem Recht auf sexuelle Selbstbestimmung, dem Recht, selbst zu entscheiden, ob ein Mensch ein Kind bekommt oder nicht, und dem Recht auf ein gutes und sicheres Leben mit Kindern, ist die Bundesrepublik Deutschland noch weit entfernt.

Im Fall einer ungeplanten Schwangerschaft stellt sich für viele Frauen und weitere gebärfähige Personen die Frage, ob sie schwanger bleiben und ein Kind gebären oder diese Schwangerschaft abbrechen wollen. Diese Entscheidung darf nicht durch staatlichen Zwang beeinträchtigt werden.

In Deutschland sind Schwangerschaftsabbrüche noch immer verboten, strafrechtlich sanktioniert und nur unter bestimmten Bedingungen straffrei: Die ungewollt schwangere Person muss sich einer verpflichtenden Beratung mit einer anschließenden Wartezeit von mindestens drei Tagen unterziehen, und die Schwangerschaft darf die zwölfte Woche nicht überschritten haben. Damit gibt es de jure einen Zwang zur Fortführung einer Schwangerschaft, von dem nur unter bestimmten Umständen kein Gebrauch gemacht wird. Das entspricht der vom Bundesverfassungsgericht in dem Urteil zu Schwangerschaftsabbrüchen 1975 angenommenen und mit dem Urteil 1993 bekräf-

tigten Austragungspflicht: „Der Staat muß grundsätzlich von einer Pflicht zur Austragung der Schwangerschaft ausgehen, ihren Abbruch also grundsätzlich als Unrecht ansehen.“ (BVerfGE 39, 1).

Eine solche angenommene Austragungspflicht macht gebärfähige Körper, in der überwiegenden Mehrzahl Frauenkörper, zum Objekt dieser Austragungspflicht. Während niemand dazu gezwungen werden darf, den eigenen Körper, Körperflüssigkeiten oder Körperteile gegen den eigenen Willen anderen zur Verfügung zu stellen, gilt dies für ungewollt Schwangere nicht. Sie werden verpflichtet, den eigenen Körper für mindestens neun Monate zur Verfügung zu stellen.

Eine solche angenommene Austragungspflicht widerspricht dem Recht auf körperliche und sexuelle Selbstbestimmung, dem Recht auf körperliche Unversehrtheit, dem Recht auf Schutz der Intimsphäre sowie dem durch das Übereinkommen zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (CEDAW) der Vereinten Nationen verbrieften „Recht auf freie und verantwortungsbewusste Entscheidung über Anzahl und Altersunterschied ihrer Kinder sowie auf Zugang zu den zur Ausübung dieser Rechte erforderlichen Informationen, Bildungseinrichtungen und Mitteln“ (Art. 16 Abs. 1 Buchstabe e).

Menschen müssen selbst entscheiden können, ob sie eine Schwangerschaft abbrechen oder fortsetzen möchten. Die Verankerung von Schwangerschaftsabbrüchen im Strafgesetzbuch schränkt diese Rechte nicht nur unmittelbar ein, es wirkt auch indirekt auf die Versorgungssituation und auf die Möglichkeiten eines sicheren Abbruchs.

Die Regelungen zu Schwangerschaftsabbrüchen müssen daher aus dem Strafgesetzbuch gestrichen und die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen entsprechend anderer medizinischer Eingriffe reguliert werden. Folglich sind die Kosten für die Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen von der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen.

Neben dem Verbot von Schwangerschaftsabbrüchen gibt es weitere staatliche Einflussmaßnahmen, die im Widerspruch zu reproduktiver Gerechtigkeit stehen. Die derzeitigen Regelungen zur Kostenübernahme für eine künstliche Befruchtung durch die gesetzliche Krankenversicherung diskriminieren nicht nur unverheiratete Paare, lesbische Frauen, Personen, die schwanger werden können ohne dauerhafte Partnerschaft, sondern auch Menschen mit geringen Einkommen und – angesichts der verschiedenen Bezuschussungen von Bund und Ländern – dem „falschen“ Wohnort. Faktisch fördert die Gesetzgebung so wohlhabende, heterosexuelle Elternschaft in Ehe.

Obwohl in Deutschland seit 1992 die Möglichkeit einer Zwangssterilisation Minderjähriger aufgehoben ist, ist eine Sterilisation einwilligungsunfähiger Personen durch § 1905 BGB weiterhin möglich. Insbesondere Frauen mit sogenannter kognitiver Beeinträchtigung erhalten durch Dritte wie Ärzt:innen, Pflegekräfte oder Familienangehörige nicht die notwendigen Informationen, um frei über ihre reproduktiven Rechte zu entscheiden. Dies widerspricht deutlich dem Art. 39 Buchstabe b der Istanbul-Konvention (Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt), der eindeutig Sterilisation verbietet, wenn die betroffene Frau nicht ihre vorherige und informierte Einwilligung gegeben hat oder wenn ihr das Verständnis für diesen Vorgang fehlt. In einer gemeinsamen Erklärung erinnern der CEDAW-Ausschuss und der UN-Ausschuss zum Schutz der Rechte von Menschen mit Behinderungen an die Pflicht der Vertragsstaaten, die Rechte von Frauen, einschließlich Frauen mit Behinderungen, in Bezug auf ihre sexuelle und reproduktive Gesundheit und ihre Rechte zu achten, zu schützen und zu erfüllen und den Genuss ihrer sexuellen und reproduktiven Gesundheit und ihrer Rechte ohne jegliche Diskriminierung zu gewährleisten (INT/CEDAW/STA/8744, 2018).

Eine selbstbestimmte Familienplanung wird für viele Menschen vor allem auch durch ihre finanziellen Möglichkeiten eingeschränkt. Manche Menschen wollen Kinder bekommen, andere nicht. Sichere Verhütungsmittel, die Kosten für die Pille oder die

Spirale sind für Sozialleistungsbezieher:innen und andere Personen mit geringem Einkommen wie Studierende oder Beschäftigte im Niedriglohnbereich oft nicht bezahlbar. Auch solange Kinder bekommen und mit Kindern leben Kostenfaktoren sind, ist die Freiheit zu einer selbstbestimmten Familienplanung nicht gegeben. In einem reichen Land wie Deutschland kann es nicht sein, dass Menschen, die eigentlich ein Kind bekommen wollen, sich dagegen entscheiden oder sogar eine Schwangerschaft abbrechen, weil sie es sich nicht leisten können, ein würdevolles Leben mit Kindern zu führen. Das gilt auch für ein Leben mit Kindern, die nicht der gesellschaftlich konstruierten Norm eines „gesunden“ Kindes entsprechen. ProFamilia schrieb 2019 in einer Stellungnahme zu nicht-invasiven Pränataltests als Leistung der gesetzlichen Krankenkasse (GKV): „Frauen und Paare haben das Recht, sich ohne Stigmatisierung – auch bei einem auffälligen/pathologischen Befund – für das Austragen einer Schwangerschaft zu entscheiden. Dazu benötigen sie eine angemessene Unterstützung. Hierfür müssen die gesellschaftspolitischen Voraussetzungen geschaffen werden gemäß der UN Behindertenkonvention.“ Solange diese Voraussetzungen nicht geschaffen sind, eine Behinderung in Deutschland ein Armutsrisiko ist und gesellschaftliche Teilhabe einschränkt ist, werden werdende Eltern vor einen schwer auflösbaren Konflikt gestellt. Deshalb muss die Gesellschaft inklusiver werden, dafür braucht es umfassende Teilhabe und notwendige Unterstützung für Eltern und für Alleinerziehende.

Die heterosexuelle, lebenslange Zweierbeziehung ist immer noch zentrales Leitbild von Familien- und Sozialpolitik, obwohl sie immer mehr an Bedeutung für den Lebens- und Beziehungsalltag vieler Menschen verliert. Es sind nicht immer nur die biologischen Eltern, die wichtige Bezugspersonen für Kinder sind, und die Festschreibung, dass Eltern immer nur zwei Personen sein müssen, hat angesichts sich wandelnder Beziehungsmuster und Lebensweisen immer weniger Sinn. Kinder brauchen vor allem Erwachsene, die liebevoll Verantwortung übernehmen. Sozialer Elternschaft, Co-Elternschaft und Elternschaft jenseits der heterosexuellen, zweigeschlechtlichen Norm fehlt es jedoch an rechtlicher Anerkennung und Absicherung.

Aber auch solange die Entscheidung für Kinder aufgrund prekärer Arbeitsverhältnisse, fehlender öffentlicher Infrastrukturen, zeitlicher Unvereinbarkeiten von Kindern und Erwerbsarbeit, beengter Wohnverhältnisse und Armut immer wieder zu einer Abwägungsfrage wird, kann nicht von einer freien Entscheidung gesprochen werden. Insbesondere für Menschen ohne gesicherten Aufenthaltsstatus ist ein Leben in Würde und Sicherheit kaum möglich; Familienleben wird systematisch durch familienunfreundliche Zustände in Sammelunterkünften, fehlenden Familiennachzug, unzureichenden Zugang zu Kinderbetreuung, Bildung und gesundheitlicher Versorgung, die über eine Notversorgung hinausgeht, untergraben.

Es ist eine Frage des Einkommens, wer ein würdevolles Leben mit Kindern führen kann, eine Frage der sexuellen und geschlechtlichen Orientierung, der Frage, ob eine:r mit einer Behinderung lebt, des Aufenthaltsstatus und der Herkunft. Um diese Ungerechtigkeiten zu beseitigen und allen ein gutes Leben mit Kindern zu ermöglichen, muss die bestehende Gesetzgebung auf existente Hürden für reproduktive Gerechtigkeit analysiert und überarbeitet werden.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

1. das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung, das Recht, selbst zu entscheiden, ob ein Mensch ein Kind bekommt oder nicht, sowie das Recht auf ein gutes und sicheres Leben mit Kindern zum Regierungsziel zu erklären und reproduktive Gerechtigkeit umzusetzen;

2. einen Gesetzentwurf für ein „Gesetz zur Sicherung reproduktiver Rechte“ vorzulegen, mit dem Schwangerschaftsabbrüche legalisiert werden, indem die §§ 218, 218a, 218b und 218c sowie 219 und 219a und 219b des Strafgesetzbuches gestrichen werden, sowie das Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) ersetzt wird, und das folgende Bereiche regelt:
 - a) die Verankerung des Rechts auf selbstbestimmte Schwangerschaft;
 - b) die Kostenübernahme von Notfallkontrazeptiva sowie von verschreibungspflichtigen Verhütungsmitteln und operativen Eingriffen zur Empfängnisverhütung ohne Alters- und Indikationseinschränkung durch die gesetzliche Krankenkasse (GKV) und die Schaffung eines monatlichen Budgets für die Versicherten, aus dem die Kosten für nicht verschreibungspflichtige Verhütungsmittel (z. B. die symptothermale Methode und Kondome) erstattet werden;
 - c) die Verankerung von Schwangerschaftsabbrüchen und deren Nachsorge als Teil der Gesundheitsversorgung. Die Kostenübernahme für Schwangerschaftsabbrüche und deren Nachsorge durch die gesetzlichen Krankenkassen wird im SGB V geregelt. Die Länder sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen haben entsprechend ihres gesetzlichen Auftrags eine flächendeckende stationäre und ambulante Versorgung der neuen GKV-Leistung sicherzustellen. Wo erforderlich werden bestehende Strukturen als Leistungserbringer anerkannt. Schwangerschaftsabbrüche und deren Nachsorge müssen entsprechend des wissenschaftlichen Stands in Studium, Ausbildung und Weiterbildung des medizinischen und pflegerischen Personals verankert werden;
 - d) die Verankerung eines Rechts auf umfassende und auf Wunsch anonyme Beratung zu Fragen der Sexualität, Verhütung und Familienplanung sowie zu allen eine Schwangerschaft oder den Wunsch zur Beendigung einer Schwangerschaft unmittelbar oder mittelbar berührende Fragen als Teil der Gesundheitsversorgung im SGB V. Die Beratung erfolgt nach professionellen Standards, sachbezogen und wissenschaftsbasiert. Die Anerkennung der Beratungsstellen als Beratungsstellen im Sinne dieses Gesetzes und ihre Finanzierung als Leistung der GKV sind an die Einhaltung dieser Kriterien gebunden. Eine einheitliche Zertifizierung wird eingeführt. Die Länder stellen ein ausreichendes Angebot wohnortnaher und barrierefreier Beratungsstellen sicher. Sie tragen die Verantwortung dafür, dass ein sicherer, störungsfreier und anonymer Zugang zu Beratungsstellen und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung sichergestellt ist;
 - e) die Kostenübernahme für medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft auch unter Verwendung von Spermien für alle Menschen mit ungewollter oder medizinisch begründeter Kinderlosigkeit. Das betrifft auch Frauen und Personen anderen Geschlechts, die in nichtehelicher, lesbischer, sonstiger oder ohne Partnerschaft leben;
 - f) die Absicherung des Rechts von Menschen mit Behinderungen auf reproduktive Selbstbestimmung und Elternschaft. Dazu gehören das Recht auf Erhalt und Förderung ihrer Fruchtbarkeit sowie der Zugang zu Unterstützungsangeboten wie z. B. Assistenz zur Elternschaft und der barrierefreie Zugang zu umfassender, unabhängiger Beratung. Zur Umsetzung des Rechts auf Elternschaft müssen flächendeckend Wohn- und Unterstützungsleistungen im Rahmen der begleiteten Elternschaft zur Verfügung gestellt werden. Entsprechend Art. 39 Buchstabe b der Istanbul-Konvention muss der § 1905 BGB aufgehoben werden;
 - g) den Schwangerschaftsabbruch gegen den Willen der schwangeren Person weiterhin verbietet;

3. eine unabhängige Sachverständigenkommission zu beauftragen, einen Bericht zum Stand der reproduktiven Gerechtigkeit in Deutschland vorzulegen, der rechtliche, institutionelle und gesellschaftliche Hürden und Diskriminierungen untersucht, die Einfluss auf Familienplanung und Familienleben haben und davon ausgehend einen Aktionsplan zum Abbau derselben unterbreitet, dessen Umsetzung regelmäßig evaluiert wird.

Berlin, den 23. Februar 2021

Amira Mohamed Ali, Dr. Dietmar Bartsch und Fraktion

Begründung

Zu 1

Artikel 2 Buchstabe g des Übereinkommens zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (CEDAW) der Vereinten Nationen verpflichtet die Vertragsstaaten, alle innerstaatlichen strafrechtlichen Vorschriften aufzuheben, die eine Diskriminierung der Frau darstellen.

Der Schwangerschaftsabbruch ist noch immer eine Straftat und nicht wie andere medizinische Leistungen, sondern im Abschnitt zu den Tötungsdelikten in den §§ 218 ff. des Strafgesetzbuchs (StGB) geregelt. Auch Informationen über die Dienstleistung sind trotz der Änderung des § 219a StGB im Jahr 2019 strafbar.

Menschen, die schwanger werden können, in der überwiegenden Mehrzahl Frauen, werden damit gesetzlich diskriminiert.

Zu 1a

Der UN-Ausschuss für ökonomische, soziale und kulturelle Rechte definiert das Menschenrecht auf sexuelle und reproduktive Gesundheit als integralen Bestandteil des Art. 12 des Sozialpaktes (E/C.12/GC/22). Wie bereits oben erwähnt verpflichtet insbesondere der Art. 16 Abs. 1 Buchstabe e der UN-Frauenrechtskonvention CEDAW die unterzeichnenden Staaten zur Sicherung des Rechts auf eine selbstbestimmte Familienplanung. Die eigenverantwortliche Entscheidung für oder gegen eine Schwangerschaft muss frei von staatlichen Zwängen möglich sein.

Zu 1b

Im Abschlussbericht des Modellprojektes „biko“ (Beratung, Information, Kostenübernahme bei Verhütungsmitteln), das über drei Jahre lang an sieben Pro Familia- Beratungseinrichtungen durchgeführt und durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) finanziert wurde, werden die Folgen von hohen Kosten für Verhütungsmittel für Sozialleistungsbezieher:innen und andere Personen mit geringem Einkommen wie Studierende oder Beschäftigte im Niedriglohnbereich beschrieben: „Sie verhüten unregelmäßiger, wechseln zu billigeren und weniger zuverlässigen Methoden oder verzichten ganz auf Verhütung“. Um das Recht auf sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung unabhängig von finanziellen Möglichkeiten zu garantieren, müssen Verhütungsmittel kostenfrei zur Verfügung gestellt werden.

Zu 1c und 1d

Da die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüche ohne medizinische oder kriminologische Indikation noch immer eine Straftat darstellt, ist dieser medizinische Eingriff nicht normaler Bestandteil der Ärzt:innenausbildung. Dazu kommt das Stigma, mit dem Schwangerschaftsabbrüche durch das Verbot behaftet sind und abschreckend auf angehende Ärzt:innen wirkt. Die Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen erscheint eben nicht als Bestandteil der Gesundheitsversorgung.

Die Infrastruktur, die die Versorgung bei ungewollten Schwangerschaften sicherstellen soll, ist seit Jahren unzureichend. Beratungsstellen und Einrichtungen, die Schwangerschaftsabbrüche vornehmen, sind schwer zu erreichen (vgl. BT-Drs. 19/16988). Gleichzeitig fehlen belastbare Zahlen, die Berichte über größer werdende Lücken in der Versorgung häufen sich.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) weist darauf hin, dass die Bereitstellung von Informationen und das Angebot von Beratung ein zentraler Bestandteil einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung in Bezug auf Schwangerschaftsabbrüche darstellt, diese Angebote jedoch auf Freiwilligkeit beruhen sollten. Eine vorgeschriebene Wartepflicht stellt – gemäß WHO – eine medizinisch nicht notwendige Hürde zu sicheren Schwangerschaftsabbrüchen dar (WHO, *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems* – 2nd ed.).

Mit Verweis auf Art. 12 des Übereinkommens zur Beseitigung jeder Form von Diskriminierung der Frau (CEDAW) der Vereinten Nationen, dem sich Deutschland verpflichtet hat, empfahl der zugehörige UN-Ausschuss im März 2017 deshalb der Bundesrepublik Deutschland, diese Regelungen zu beseitigen. Außerdem solle Deutschland gewährleisten, dass die Krankenversicherung die Kosten für alle Schwangerschaftsabbrüche übernimmt (CEDAW/C/DEU/CO/7-8, *Concluding observations on the combined seventh and eighth periodic reports of Germany*, 38b). Für den 9. Staatenbericht Deutschlands, der 2021 einzureichen ist, hat der CEDAW-Ausschuss die Bundesregierung erneut mit einer Reihe an Fragen an ihre Umsetzungspflichten erinnert und thematisiert zusätzlich u. a. die Versorgungssituation (CEDAW/C/DEU/QPR/9).

Statt einer Beratungspflicht braucht es die Absicherung eines Rechts auf freiwillige Beratung. Dazu gehören nicht nur der Erhalt des bestehenden Angebots und der Schließung von Lücken in der Infrastruktur, sondern auch die Sicherung eines ungehinderten Zugangs zu Beratungsstellen und Einrichtungen sowie der Schutz vor irreführender Beratung und manipulativer Information. Auf der einen Seite halten Gegner:innen des Rechts auf körperliche Selbstbestimmung vor Beratungsstellen, Praxen und Kliniken ab und nutzen diese, um Personen, die Beratungsstellen oder Arztpraxen aufsuchen, ungefragt in Gespräche zu verwickeln, um diese vom Besuch der jeweiligen Stellen abzuhalten. Schwangere Personen in Konfliktsituationen haben das Recht, in Ruhe gelassen zu werden. Das Recht auf Meinungsfreiheit schützt keine Tätigkeiten, mit denen anderen eine bestimmte Meinung aufgedrängt werden soll (vgl. WD3-3000-229/18). Zum anderen betreiben Gegner:innen des Rechts auf körperliche Selbstbestimmung eigene Beratungsstellen, Homepages und vertreiben Publikationen, die scheinbar neutral über Schwangerschaftsabbrüche bzw. Schwangerschaftskonfliktsituationen informieren. Dabei handelt es sich in einigen Fällen um manipulative Informationen, die einzig und allein dem Zweck dienen, eine ungewollt Schwangere vom Schwangerschaftsabbruch abzuhalten. Durch die Suggestion von Beratungsstellen von Vereinen wie beispielsweise Pro Femina, dass sie Schwangerschaftskonfliktberatungen anbieten, besteht die Gefahr, dass ungewollt Schwangere diese mit der Intention aufsuchen, sich im Sinne der §§218ff. beraten zu lassen (vgl. Löffler, Juliane, 2018: *Dein Bauch gehört mir*, https://www.buzzfeed.de/system/archive.html?utm_source=dynamic&utm_campaign=bfsharecopy&art2=4959008). Das kann zu zeitlichen Verzögerungen im Prozess eines straffreien Schwangerschaftsabbruchs führen.

Zu 1e

Die Kostenübernahme für medizinische Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft ist aktuell auf jene Ehepaare begrenzt, die eigene Ei- und Spermazellen hierfür einsetzen können. Gesetzliche Krankenkassen erstatten momentan in der Regel nicht mehr als die gesetzlich festgelegten 50 Prozent der Behandlungskosten. Die andere Hälfte der Kosten müssen viele Betroffene selbst bezahlen bzw. je nach Wohnort weitere Zuschüsse von Bund und Land beantragen.

Zu 1f

Reproduktive Gerechtigkeit muss für alle Menschen möglich sein. Der UN-Ausschusses für die Rechte von Menschen mit Behinderungen erklärt in seiner Allgemeine Bemerkung Nr. 3 zu den Artikeln 23 und 25 der UN-Behindertenrechtskonvention: „Frauen mit Behinderungen sind mit mehrfachen Barrieren bei dem Genuss sexueller und reproduktiver Gesundheit und Rechte, der gleichen Anerkennung vor dem Recht und dem Zugang zur Justiz konfrontiert. Zusätzlich zu den Barrieren durch Mehrfachdiskriminierung aufgrund von Geschlecht und Behinderung bestehen bei einigen Frauen mit Behinderungen wie beispielsweise Flüchtlingsfrauen, Migrantinnen und Asylsuchenden weitere Barrieren, weil ihnen der Zugang zu Gesundheitsversorgung verweigert wird. Ebenso können Frauen mit Behinderungen mit schädlichen Eugenik-Stereotypen konfrontiert sein, wenn unterstellt wird, dass Frauen mit Behinderungen Kinder mit Behinderungen gebären und daher entmutigt oder daran gehindert werden, ihr Recht auf Mutterschaft zu verwirklichen.“ Darüber hinaus stellt der Ausschuss fest, dass die Wahlmöglichkeiten von Frauen mit Behinderungen, insbesondere Frauen mit psychosozialen Behinderungen

häufig ignoriert werden und ihre Entscheidungen oft von Dritten, wie z. B. gesetzlichen Vertreter:innen oder Familienmitgliedern ersetzend getroffen werden. Frauen mit Behinderungen haben ein Recht ihre Entscheidungen bezüglich ihrer reproduktiven Autonomie wie z. B. den Erhalt ihre Fruchtbarkeit auszuüben, wenn sie es wollen, auch mit Unterstützung wie z. B. Assistenz zur Elternschaft.

