universität wien

# MASTERARBEIT

Titel der Masterarbeit

## Repräsentationen autonomer Mutterschaft aus der Perspektive biografischer Selbstdeutung: Frauen mit Behinderung erzählen

Verfasserin

Judith Hartl Bakk. phil.

angestrebter akademischer Grad

Master of Arts (MA)

Wien, 2014

| | |
|---|---|
| Studienkennzahl lt. Studienblatt: | A 066 905 |
| Studienrichtung lt. Studienblatt: | Masterstudium Soziologie |
| Betreuerin: | Univ.-Prof. Dr. Tatjana Thelen, M.A. |

## Eigenständigkeitserklärung

Ich versichere, alle Hilfsmittel und Quellen angegeben zu haben und die Arbeit auf dieser Grundlage selbstständig verfasst zu haben.

Wien, am 27.09.2014 Judith Hartl

# Danke

Ich möchte mich sehr herzlich bedanken bei…

Frau Univ.-Prof. Dr. Tatjana Thelen, M.A. Erst ihre Bereitschaft, die Betreuung dieser Arbeit zu übernehmen, hat mir die Möglichkeit eröffnet, mein Studium an der Uni Wien abzuschließen. Ihre fachliche Begleitung und ihre kompetenten und pointierten Kommentare haben maßgeblich zum Gelingen dieser Masterthesis beigetragen.

Meinen Interviewpartnerinnen, die dieses Forschungsprojekt ermöglicht haben, mir mit großer Gesprächsbereitschaft, viel Offenheit und Vertrauen begegnet sind und mir einen sehr persönlichen Einblick in ihre Lebenswelt gegeben haben.

Meinen Eltern, die mich emotional und finanziell während der gesamten Masterarbeitsphase unterstützt haben und ganz besonders meiner Mutter für die Hilfe bei der Interpretation der Interviews.

Christoph, der mir während dieser Zeit zur Seite gestanden ist.

Meinen Geschwistern, die mich immer wieder zum Lachen gebracht haben.

Meinen Freundinnen und Freunden für die vielen netten und aufmunternden Gespräche zwischendurch.

Mir selbst, dass ich diese Arbeit wirklich fertig gestellt habe.

Katharina, die mich in meiner Themenfindung inspiriert hat.

Inhaltsverzeichnis

**1 Einleitung ..... 1**

**2 Theoretische Konzepte ..... 6**

2.1 Behinderung ..... 6

2.1.1 Zur Entstehungsgeschichte des medizinischen Modells von Behinderung ..... 6

2.1.2 Das Soziale Modell von Behinderung ..... 9

2.1.3 Das Kulturwissenschaftliche Modell von Behinderung ..... 10

2.1.4 Zum Verhältnis von Behinderung, Norm und Normalität ..... 12

2.1.5 Begriffspolitik ..... 15

2.2 Mutterschaft ..... 17

2.2.1 Konstruktionen von Mutterschaft im geschichtlichen Verlauf ..... 19

2.2.2 Normative Leitbilder „guter“ Mutterschaft heute ..... 21

2.2.3 Weibliches Sorgen – „Care“ ..... 23

2.2.4 Mutterschaft im weiblichen Lebensverlauf ..... 25

**3 Elternschaft im Kontext körperlicher Einschränkung ..... 27**

3.1 „Reproduktive Freiheit“ und „Care“ aus Sicht von Wissenschaftlerinnen mit Behinderung ..... 28

3.2 Empirische Studien ..... 31

**4 Kontext: Ambulante Unterstützung für Menschen mit Behinderung ..... 36**

4.1 Die Selbstbestimmt Leben Bewegung ..... 36

4.2 Das Modell der Persönlichen Assistenz ..... 40

4.3 Persönliche Assistenz in Österreich ..... 42

**5 Empirische Vorgehensweise ..... 45**

5.1 Forschungsprozess ..... 46

5.2 Erhebung ..... 49

5.3 Auswertung ..... 53

**6 Ergebnisse ..... 57**

6.1 Vorstellung der interviewten Personen ... 57
Frau Gabler ... 57
Frau Wenigwieser ... 59
Frau Steindl ... 60
Frau Eisenauer ... 62
Frau Zellinger ... 63
Frau Bönisch ... 65
6.2 Fallvergleich: Repräsentationen von Mutterschaft im Kontext körperlicher Einschränkung ... 67
6.2.1 Selbstrepräsentation normal versus besonders ... 67
6.2.1.1 Muttersein mit physischer Einschränkung als Besonderheit ... 68
6.2.1.2 Muttersein mit physischer Einschränkung als Normalität ... 71
6.2.1.3 Die Normalisierung des Behinderungsspezifischen im Alltag ... 73
6.2.2 Selbstrepräsentationen von Mütterlichkeit und „Care“ ... 76
6.2.2.1 Selbstrepräsentation als Carer ... 76
6.2.2.2 Die Bedeutsamkeit emotionaler Sorgepraktiken ... 79
6.2.2.3 Rollenteilung in emotional und funktional ... 82
6.2.2.4 Das Streben nach Autonomie in der Gestaltung der Mutterrolle ... 84
6.2.2.5 Die Autonomie des Kindes ... 89
6.2.2.6 Behinderungsspezifische Carepraktiken (und deren Normalisierung) ... 90
6.2.3 Konstruktionen von Autonomie ... 92
6.2.3.1 Autonomie durch Persönliche Assistenz und in Abgrenzung zu dieser ... 93
6.2.3.2 Autonomie als Selbstständigkeit und Unabhängigkeit ... 94
6.2.3.3 Autonomie durch Selbstständigkeit und selbstbestimmte Unterstützung ... 95
**7 Schlussbetrachtung und Ausblick ... 98**
**8 Literatur ... 105**
**9 Anhang ... 122**
Kontaktschreiben ... 122
Kurzbeschreibung ... 123
Abstract ... 124
Lebenslauf ... 125

# 1 EINLEITUNG

Der Übergang zur Elternschaft gilt heute als einschneidendes Erlebnis, als *„eines der folgenreichsten Ereignisse im menschlichen Lebensverlauf*" (Schneider/Rost 1998:19). Vorstellungen von guter Elternschaft und Anforderungen an Eltern haben sich in den letzten Jahrzehnten normativ stark gewandelt, Elternschaft ist insgesamt „voraussetzungsvoller geworden" (Schneider 2010:28), die Ansprüche an eine „gelingende Erziehung" sind gestiegen (ebd.). Hinzu kommen soziale Wandlungsprozesse und sich verändernde Lebensläufe. Wechselnde Familienkonstellationen führen zu neuen komplexeren Familienstrukturen (Dausien 1996:20). Gesellschaftliche Institutionen, die diese neuen Entwicklungen abfedern, sind jedoch noch nicht in ausreichender Weise vorhanden (Dausien 1996:22). Abseits dieser neuen Entwicklungen, zeigen sich Schneider (2010:30) zu Folge aber auch erstaunliche Kontinuitäten. Obwohl seit den 1970er Jahren ein langsamer „Entdifferenzierungsprozess der Elternrollen" zu beobachten ist (Nave-Herz 2006:183) und trotz sich verändernder Anforderungen an Frauen heute (Schneider 2010:30) ist die Ideologie „guter Mutterschaft", die in der Zeit des Bürgertums entstanden ist, in deutschsprachigen Ländern weitgehend konstant geblieben (ebd.).[1]

Elternschaft wird als bedeutsame Statuspassage von unterschiedlichen wissenschaftlichen Disziplinen in den letzten Jahren vermehrt beforscht. Untersucht werden soziale Veränderungen, die mit der Geburt eines Kindes für Mütter und Väter verbunden sind (Brähler 1996, Fhtenakis 2002), der Wandel von normativen Leitbildern von Elternschaft (Schneider 2002, 2010, Thelen/Haukanes 2010, Villa 2010) oder auch die Veränderung und Bedeutung sozialer Netzwerke am Übergang zur Elternschaft (z.B.: Reichle/Werneck 1999; Huwiler 1995).

Das heute gesellschaftlich etablierte Elternideal ist voraussetzungsvoll (Schneider 2010:28). Die angeführten normativen Erwartungen an Mütter und Väter sind Teil unseres kollektiven Wissensbestandes und betreffen alle Eltern gleichermaßen. Im Rahmen dieser Masterarbeit wird die Aufmerksamkeit auf eine bestimmte Gruppe von

[1] Ideologien von „guter Mutterschaft" und „Care" sind historisch begründet (Schütze 1991, Honegger 1991), stehen *„mit bestimmten Geschlechterkonstruktionen und Sorgenormen in Verbindung" (Thelen 2011:4)* und unterscheiden sich länderspezfisch (vgl. Badinter 2010, Vinken 2007, Herwartz-Emden 1995).

Müttern gelenkt, die, da sie teils selbst Hilfe bei der Alltagsbewältigung und Ausführung der Mutterrolle benötigt, dem gesellschaftlich verankerten Idealbild von Mutterschaft nicht entsprechen kann – auf Mütter mit körperlichen Einschränkungen.

Der konkrete Anstoß für die Auseinandersetzung mit dem Thema Elternschaft, beziehungsweise Mutterschaft im Kontext von Behinderung erfolgte während meiner Tätigkeit als Persönliche Assistentin bei einer jungen Frau mit einer körperlichen Behinderung in Wien. Ich gewann in dieser Zeit einen Einblick in eine für mich teilweise neue Welt und begann zu verstehen, was es bedeutet, sich als Mensch mit Behinderung in dieser Gesellschaft zu bewegen. Viele Barrieren – in der Umwelt und im Privaten – die ich davor nie als solche wahrgenommen hätte, wurden für mich augenfällig. In einem Gespräch deutete meine Kundin an, sie könne sich schon irgendwann auch vorstellen, Kinder zu haben, jedoch nur dann, wenn auch die Rahmenbedingungen in Form von ausreichender (vom Staat) zur Verfügung gestellter Ressourcen zum Erwerb von personeller Unterstützung gegeben wären. Diese Aussage weckte mein Interesse. Ich besuchte zu diesem Zeitpunkt zwei Seminare zum Thema „Elternschaft in der Moderne" am Institut für Soziologie. Aufgrund meines damaligen beruflichen Backgrounds und des genannten Gespräches fand ich es erstaunlich und sogar befremdlich, dass die Situation von Eltern mit Einschränkungen in keiner einzigen der besprochenen Forschungen Berücksichtigung fand. Ich beschloss, dieser Auslassung zu begegnen und mich im Zuge meiner Masterarbeit mit dem Thema Elternschaft, beziehungsweise Mutterschaft, im Kontext einer körperlichen Einschränkung auseinanderzusetzen.

Ein Blick in die Literatur zeigt, dass die Impulse für die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema „Elternschaft im Kontext körperlicher Einschränkung" vorwiegend von „Betroffenen" selbst – vor allem von Forscherinnen mit physischen Beeinträchtigungen – ausgehen (vgl. Hermes 2003,2004, Behrendt 1998, Thomas 1997, Prilleltensky 2003, 2004, Kaiser/Reid/Boschen 2012, Kirshbaum/Olkin 2002, Killoran 1994, Kent 2002, Kocher 1994, Gill 1994). Bei den vorgefundenen Studien handelt es sich hauptsächlich um qualitative Erhebungen unterschiedlicher Samplegröße zum Thema „Mutterschaft", beziehungsweise „Elternschaft im Kontext körperlicher Einschränkung" (Hermes 2003, 2004, Behrendt 1998, Thomas 1997, Prilleltensky 2003, 2004, Kaiser/Reid/Boschen 2012), um eine Überblicksarbeit über bereits vorhandene Forschungsarbeiten zum Thema „Elternschaft und

Körperbehinderung“ im englischsprachigen Raum (Kirshbaum/Olkin 2002), um tagbuchartige Selbstreflexionen (Killoran 1994, Kent 2002) und persönliche Erfahrungsberichte (Kocher 1994, Gill 1994) aus der Sicht von Müttern mit physischen Beeinträchtigungen. In diesen Studien findet sich bereits eine Reihe aufschlussreicher Ergebnisse darüber, von welchen Erfahrungen Eltern mit Behinderung am Übergang zur Elternschaft berichten, wie sie sich als Eltern, beziehungsweise Mütter positionieren und welche individuellen Strategien zur Bewältigung des Alltags sie entwickeln.

Das Erkenntnisinteresse dieser Masterarbeit schließt an die bereits bestehenden Forschungsbefunde zum Thema an, ist jedoch offen genug, um auch neue Einsichten in den Untersuchungsgegenstand zu ermöglichen. Im Zentrum des Interesses steht die Frage, welche Aufschlüsse über Repräsentationen von Mutterschaft im Kontext einer körperlichen Einschränkung sich aus den Erzählungen von Frauen mit Körper- und Sinneseinschränkungen gewinnen lassen. Die Forschungsfrage fokussiert den Aspekt Mutterschaft im Kontext der Erfahrung von Behinderung im Leben der Befragten.

Die anfängliche Ausrichtung der Untersuchung auf *Eltern* mit physischen Einschränkungen wurde im Verlauf der Forschung abgeändert, da sich ausschließlich Mütter mit Behinderung als Forschungsteilnehmerinnen zur Verfügung gestellt haben, was zeigt, dass die untersuchte Thematik in wesentlicher Weise durch die Kategorie „Geschlecht“ moderiert wird.

Der Zugang zum Wissen der Akteurinnen erfolgt über einen offenen, qualitativen biografietheoretischen Ansatz – über den Einsatz Narrativer Interviews (Schütze 1977, 1983) in Kombination mit einem semistrukturierten Fragebogen. Insgesamt sechs Mütter mit Körper- und Sinneseinschränkungen aus Wien und Niederösterreich konnten für die Teilnahme an dieser Studie gewonnen werden. Die retrospektiven Deutungen der Interviewten werden im Rahmen der Methodologie „narrativ-biografischer Interviews“ (Lamnek 1995a, Dausien 1994, 1996, 2008, Lucius-Hoene/Deppermann 2002, 2004, Rosenthal 2008) verstehend-rekonstruktiv aufgearbeitet.

Elternschaft ist nicht bloß als individuell zu gestaltende Aufgabe zu verstehen, sondern findet innerhalb eines bestimmten gesellschaftlichen Systems statt, dessen Strukturen die Ausgestaltung von Elternschaft in vielerlei Hinsicht beeinflussen (Schneider 2002, 2010). Eltern, vor allem Mütter mit Behinderung, sind, wie in der Literatur beschrieben und wie auch diese Studie zum Teil zeigt, sofern sie Unterstützung zur Organisation ihres Alltags

und der Kinderversorgung heranziehen, zusätzlich zur Vereinbarungsproblematik mit dem Arrangieren dieser Hilfen befasst. Im Rahmen dieser Arbeit wird daher ein besonderes Augenmerk darauf gelegt, in welcher Weise die Protagonistinnen die Inanspruchnahme von Hilfen bei der Ausgestaltung der Mutterrolle – formeller oder informeller Art – in den Erzählungen thematisieren. Auf diese Weise wird dem spezifischen österreichischen Kontext Rechnung getragen und das in der Literatur beschriebene Spannungsverhältnis als Mutter mit Behinderung „Carer" und „Cared for" zu gleich zu sein (Lloyd 2001) ausgelotet.

Das Ziel dieser Masterarbeit ist, die Besonderheiten des beforschten Feldes, seine „interne Differenziertheit" analytisch zu umgrenzen (Froschauer/Lueger 2009:111) und den spezfischen Diskurs der befragten Gruppe (Rosenthal 2008:172) – „die Regeln der Selbstrepräsentation" (Rosenthal 2008:184) – sichtbar zu machen.

„Körperliche Einschränkung" wird im Rahmen dieser Studie als sozialkonstruktivistische Kategorie begriffen und als „erkenntnisleitendes Moment" (Waldschmidt 1999:10) in der Analyse der Interviews herangezogen. Auch „Normalität" als „konstruiertes Gegenstück", fließt als analytische Kategorie in den Deutungsprozess ein, um die „Interdependenz von Behinderung und Geschlecht", die sich in den „Selbstbildern" der Mütter manifestieren, besser zu verstehen (Waldschmidt 2010:38).

Der in dieser Arbeit verwendete Behinderungsbegriff ist der international und vor allem von Menschen mit Behinderungen selbst Akzeptierteste – nämlich „Menschen mit Behinderung", wahlweise auch „Menschen mit körperlichen Einschränkungen" und dergleichen, wie dies der Verein „Bizeps[2]" empfiehlt. Die Bezeichnungen Körper- und Sinnesbeeinträchtigung werden oftmals synonym verwendet.

Die Arbeit ist in mehrere Teile gegliedert. Nach der Einleitung erfolgt eine Einführung in die für diese Studie zentralen Konzepte „Behinderung" und „Mutterschaft" aus sozialwissenschaftlicher Sicht. Neben der Entstehungsgeschichte des medizinischen Verständnisses von Behinderung werden der Bedeutungswandel des Begriffs – hin zu einer sozial- und kulturwissenschaftlichen Konzeption von „Behinderung" – das Verhältnis von Behinderung und Normalität sowie die aktuelle sprachpolitische Debatte rund um die Verwendung des Begriffs beschrieben. Daran anschließend folgt die

[2] http://www.bizeps.or.at/bizeps/ (Stand 9.9.2014)

Erläuterung und Diskussion der Konzepte Elternschaft und Mutterschaft aus sozialwissenschaftlicher Sicht: Der aktuelle Wandel der Elternrollen wird skizziert, der Normkomplex „Mutterschaft“ wird sowohl in seiner historischen Entstehung als auch in seinem aktuellen Bedeutungsgehalt beleuchtet. Der dritte Abschnitt ist dem eigentlichen Kernthema der Studie – Elternschaft im Kontext körperlicher Einschränkung – gewidmet: Zunächst wird der Sinngehalt des „Rechtes auf Reproduktivität“ und „Care“ aus der Sichtweise feministischer Forscherinnen mit Behinderung diskutiert, um in der Folge die im Rahmen dieser Masterarbeit recherchierten empirischen Befunde zum Thema vorzustellen. Im vierten Teil werden die kontextuellen Rahmenbedingungen beleuchtet und das ambulante Unterstützungskonzept der „Persönlichen Assistenz“ vorgestellt – sein Entstehungskontext, seine allgemeine Ausprägung und spezifische Organisationsweise in Österreich. Im fünften Abschnitt folgt die Beschreibung der empirischen Anlage und die Umsetzung der Studie und im sechsten und letzten Teil schließlich die Darstellung der Ergebnisse.

Die im Rahmen dieser Masterarbeit erlangten Erkenntnisse zeigen „Repräsentationen von Mutterschaft im Kontext einer körperlichen Einschränkung“. Die Ergebnisse illustrieren, in welcher Weise die Interviewten mir als Soziologin und „Vertreterin der Gesellschaft“ (Lucius-Hoene/Deppermann 2002:88) gegenüber ihr Leben als Mütter, beziehungsweise Menschen mit Einschränkungen verorten – als „Besonderheit“ oder als „ganz normal“ – an welchem Ideal von Mutterschaft sich die Befragten orientieren und mit welchen Strategien sie dieses zu erreichen versuchen. Die Mütter präsentieren sich als „primary care giver“ (Thomas 1997:639), sie leisten, wie gesellschaftlich üblich, die Hauptversorgung des Kindes, auch wenn dies für sie teils mit vermehrten Anstrengungen verbunden ist, betonen emotionale Versorgungspraktiken und schreiben diesen eine höhere Bedeutung zu als den funktionalen Aspekten der Mutterrolle, streben nach Autonomie in der Ausübung der Mutterrolle und Bewältigung des Alltags, praktizieren eine Form geteilter Elternschaft, sofern die Ausgestaltung der Mutterrolle gemeinsam mit Persönlichen AssistentInnen erfolgt und stellen Autonomie in der Lebensführung und Gestaltung der Mutterrolle auf unterschiedliche Weise her. Der Angleich an das Ideal der autonomen Mutter erfolgt über Normalisierung. Modi der Selbstnormalisierung spielen sowohl in der Kinderversorgung als auch in der Bewältigung des Alltags eine zentrale Rolle.

# 2 THEORETISCHE KONZEPTE

In diesem Kapitel erfolgt eine Auseinandersetzung mit den für diese Arbeit zentralen Konzepten „Behinderung“, „Normalität“ und „Mutterschaft“ aus sozialkonstruktivistischer Sicht. Sie dient zum einen dem Vertraut werden mit den Bedeutungsgehalten der genannten Termini und zum anderen dazu, die aktuellen soziologischen Diskurse in den jeweiligen Forschungsfeldern zu skizzieren.

## 2.1 BEHINDERUNG

Unser westliches Begriffsverständnis von „Behinderung“ ist das Ergebnis von komplexen historischen Konstruktionsprozessen. Das jeweilige gesellschaftlich und politisch proklamierte Verständnis von Behinderung hat Einfluss darauf, wie Menschen mit Einschränkungen sich selbst sehen und von anderen gesehen werden. In der Konstruktion von Behinderung spielen, wie noch gezeigt werden wird, Annahmen über Normalität eine zentrale Rolle. Behinderung und Normalität bedingen einander wechselseitig.

In diesem Kapitel wird zunächst die Entstehungsgeschichte von Behinderung als abgegrenzter biologischer Kategorie – die Genese des medizinischen Begriffsverständnisses von Behinderung – beleuchtet, um in der Folge auf den Bedeutungswandel des Begriffs zu einem sozialen und kulturwissenschaftlichen Verständnis von Behinderung, auf das Verhältnis von Behinderung und Normalität und auf aktuelle sprachliche Konventionen rund um die Benennung von „Behinderung“ einzugehen.

### 2.1.1 Zur Entstehungsgeschichte des medizinischen Modells von Behinderung

Nach Mattner (2000) wurde „Behinderung“ bis zum Mittelalter als eine „Laune der Götter“ gedeutet und gesellschaftlich unterschiedlich bewertet – vom Zugestehen eines besonderen Status und bestimmten Privilgien an Menschen mit Behinderung im alten Ägypten bis hin zur Exegese von Behinderung als einer „Inkarnation des Bösen“ im Mittelalter (Mattner 2000:16-23). Ende des 17., beziehungsweise Anfang des 18.

Jahrhunderts erfolgte ein radikaler Paradigmenwechsel: Der Glaube an göttliche Einflüsse, der bis zu diesem Zeitpunkt die Deutung der Welt bestimmte, wird in der Epoche der Aufklärung durch das Dogma des „Rationalismus" abgelöst: *„Das unvollkommene, spekulative Wissen der Religionen sollte durch die objektiven, exakten Tatsachen der modernen Wissenschaften ersetzt werden" (Mattner 2000:25).* Es ist das Zeitalter des Messens, Einteilens und Klassifizierens (Schiebinger 1993:49). Typen und Mittelwerte *„fungieren als Raster, die in einem komplexen Kontinuum eine Abgrenzung des Abweichenden, des körperlich Pathologischen und psychosozial ‚verrückten' erlauben" (Dederich 2007:132 n. Canguilhem 1974).* Die wissenschaftliche Neugier der damaligen Mediziner, Anatomen und Philosophen ist darauf gerichtet Unterschiede zu entdecken (Schiebinger 1993:49). Alle vom Idealtyp des europäischen Mannes abweichenden körperlichen Erscheinungen werden als „anders", also als erklärungsbedürftig erachtet (Honegger 1991:115). So wird im Zeitalter der Aufklärung neben „Rasse" und „Geschlecht" (Schiebinger 1993:49) auch „Behinderung" – als Abweichung von einer als ideal definierten Normalität[3] – als eigenständige, abgegrenzte biologische Kategorie hervorgebracht und im Verlauf des 19. Jahrhunderts wissenschaftlich unterlegt[4]: *„Infolge der Entdeckung des Körpers als Objekt der Medizin kam es im 19. Jahrhundert zur Herausbildung sowohl eines statistischen Normalkörpers als auch eines Normkörpers. Eine abstrakte Biologie legt fest, wie ein Körper normalerweise morphologisch gestaltet ist, welche anatomische Struktur er hat und wie er funktioniert" (Dederich 2007:66).* Die Erfahrung von Behinderung wird in diesem Zuge ver-objektiviert (Waldschmidt 2007b:184). Behinderte Körper gelten seither als ‚besondere Körper': *„Von ihnen wird behauptet ‚anders', als die Körper der Anderen zu sein" (Bruner 2005:33).* „Andersheit" entsteht folglich im Zuge wissenschaftlicher Kodierungsprozesse von

[3] Im Gegensatz zu „Norm" und „Normativität", deren Entstehungsgeschichte weit zurückreicht, ist „Normalität" als Denkfigur – als Konstrukt des Vergleichs und statistischer Parameter – relativ jungen Datums (Link 2004:133). „Normalität" etabliert sich in der Zeit der Aufklärung im Zusammenhang mit den genannten wissenschaftlichen Aktivitäten rund um die Bestimmung von physischen, psychischen und sozialen Anomalien und zieht um 1840 in den englischen Sprachgebrauch ein (Davis 2006:3). Dederich (2007:66) und auch andere Autoren (z.B.: Sarasin/Tanner 1998 und Davis 2006) weisen darauf hin, dass ohne diese Entwicklungen in der Medizin und Biologie – also die durch Zählen und Messen entwickelten Normalmaße und Ordnungsmaßstäbe – das Aufkommen des Sozialdarwinismus und der Eugenik nicht möglich gewesen wäre (Dederich 2007:132).

[4] An dieser Stelle sei angemerkt, dass dieses als „objektiv" präsentierte naturwissenschaftliche Wissen über „den Körper" oder „die Natur" niemals losgelöst von gesellschaftlichen Annahmen über die beforschten Phänomene zustandekommt: Wissen über den Körper (aber auch Wissen und wissenschaftliches Wissen generell) ist immer schon „kulturell und symbolisch begründet" (Dederich 2007:85). Claudia Honegger beispielsweise zeigt dies sehr anschaulich an ihrer Abhandlung „Die Ordnung der Geschlechter" (1991) in der sie rekonstruiert, wie im 18. Jahrhundert soziale Annahmen über das Wesen der Geschlechter in die medizinisch-wissenschaftliche Konstruktion der biologischen Geschlechterunterschiede, die bis heute ihre Wirkung entfalten, eingegangen sind.

bestimmten Phänomenen als Abweichung vom Normalen. Oder, wie Waldschmidt es ausdrückt: *„Die Sichtbarkeit von auffälligen Zeichen muss überhaupt erst produziert werden, damit diese als typische Symptome eines pathologischen Defizits fungieren können" (Waldschmidt 2007b:186).*

Diskurse über „Behinderung", aber auch über „Autonomie" und „Normalität" – vor allem wissenschaftliche aber auch nicht-akademische – sind nachhaltig: *„Körperliche Normen entfalten ihre Wirkung nicht nur in disziplinierender Hinsicht' sondern auch in Bezug auf unser Selbstbild. Die Physiologie produziert Bilder, von denen gesagt wird: ‚So seid ihr'" (Sarasin/Tanner 1998:38).*[5] Sie manifestieren sich, wie später am Interviewmaterial noch gezeigt werden wird, in den Selbstreflexionen der Befragten.

Die defektorientierte, medizinische Betrachtungsweise von „Behinderung" ist heute vor allem im sozialrechtlichen Kontext noch üblich. In gesetzlichen Definitionen, aber auch in der Klärung von individuellen Anspruchsvoraussetzungen auf soziale Leistungen wird Behinderung meist anhand klinischer Maßstäbe als Abweichung von einer als normal definierten körperlichen oder mentalen Verfassung bestimmt (Zinsmeister 2007:75). Kontext- oder Teilhabeanalysen werden zur Bestimmung des Unterstützungsbedarfs nicht angestellt (Cloerkes 2007:45).

Auch internationale Definitionen von Behinderung, wie zum Beispiel jene der WHO[6], standen lange im Zeichen des medizinisch geprägten „Rehabilitationsparadigmas", welches bis in die 1970er -und 80er Jahre in westlichen Industriegesellschaften dominierte und die Wiedereingliederung von Personen mit Beeinträchtigungen über spezielle gesundheitliche Maßnahmen oder Arbeitsprogramme vorsah.

Das medizinische Begriffsverständnis von Behinderung ist indes nicht unwidersprochen geblieben. Hegemonie in Diskursen ist immer umstritten. Ende des 20. Jahrhunderts gewinnen Gegendiskurse an Gewicht, die das naturwüchsige Verständnis von Behinderung zu überwinden versuchen. Innerhalb der Behindertenbewegung und der „Disability Studies[7]" werden das soziale und das kulturwissenschaftliche Modell von

[5] Sarasin und Tanner (1998) zu Folge gibt es daher keine authentische körperliche Erfahrung, also keine *„nicht schon immer kulturell vermittelte körperliche Erfahrung (...)" und „kein genuines Wissen über den Körper" (Sarasin/Tanner 1998:15).*

[6] „WHO" ist die Abkürzung für „World Health Organization". Siehe auch http://www.who.int/en/ (Stand 9.9.2014).

[7] Die Disability Studies haben sich in den 80er Jahren als interdisziplinäre Forschungsrichtung in den USA und in Großbritannien herausgebildet (Waldschmidt 2005:9). Ihre Entstehung ist eng mit den Aktivitäten der in vielen Ländern in den 60er und 70er Jahren sich formierenden Behindertenbewegungen verknüpft

Behinderung entwickelt. Vor allem Ersteres hat sowohl das Selbstverständnis von Menschen mit Behinderung als auch die Behindertenpolitik nachhaltig beeinflusst.

### 2.1.2 Das Soziale Modell von Behinderung

In den 1970er Jahren setzt eine kritische, soziologisch geprägte Diskussion rund um den medizinischen Behinderungsbegriff ein. VertreterInnen der Disability Studies und der Behindertenbewegung unterziehen jenes von der WHO (1980) konzipierte individuelle, medizinische Modell von Behinderung einer radikalen Kritik und entwickeln auf Basis dessen das „Soziale Modell von Behinderung" (Waldschmidt 2005:16). Im Zentrum des Sozialen Modells von Behinderung steht die Annahme, dass Behinderung keine Folge medizinischer Abnormität ist, sondern das Ergebnis eines Menschen mit Einschränkungen systematisch ausgrenzenden Gesellschaftssystems darstellt (Waldschmidt 2005:18). Im Sozialen Modell von Behinderung wird zwischen „impairment" (körperliche Schädigung) und „disability" (Behinderung durch soziale Benachteiligung und gesellschaftliche Barrieren), ähnlich der „sex-gender" Unterscheidung im Feminismus differenziert (Dederich 2007:37).[8] „Disability" wird als sozial konstruierte, gesellschaftliche Kategorie gedacht. Dem Sozialen Modell von Behinderung nach besteht keine kausale Beziehung zwischen „impairment" und „disability" (Waldschmidt 2007b:179). Als soziales Phänomen bezeichnet „Behinderung" in diesem Sinn einen aktiven Prozess des Besonders-machens (Schildmann 2001:8). Entsprechend wird soziale Verantwortlichkeit postuliert und die

(Waldschmidt/Schneider 2007a:13, Renggli 2004:15): *„Ähnlich wie bei der Frauenforschung handelt es sich um ein Forschungsfeld, welches die Impulse der Selbstorganisation und Selbstrepräsentation aufnimmt und versucht, die Anliegen, behinderter Menschen auf der wissenschaftlichen Agenda zu platzieren" (Waldschmidt/Schneider 2007a:13).* Die „Disability Studies" verstehen sich als Gegengewicht zu den „klassischen Rehabilitationswissenschaften", insbesondere auch den Naturwissenschaften, die seit ihren Anfängen an der Produktion von normativem Wissen über Behinderung beteiligt waren, wollen „Behinderung" zum Gegenstand eines theoretisch und methodisch anspruchsvollen Forschungsprogramms machen und die sozial- und kulturwissenschaftlichen Lücken im Diskurs über „Behinderung" füllen (Waldschmidt 2007a:12f.).

[8] Um die soziale Benachteiligung von Frauen aufzeigen zu können wurde innerhalb der feministischen Forschung in analoger Weise eine analytische Unterscheidung in „sex" (biologisches Geschlecht) und „gender" (soziales Geschlecht) vorgenommen. „Gender" wird in diesem Sinne als gesellschaftlich gemachte und durch Handlungen beständig reproduzierte „soziale Konstruktion" verstanden. Die Unterscheidung in „sex" und „gender", oder „Natur" und „Kultur" gilt innerhalb der feministischen Forschung mittlerweile als überholt (Wetterer 2008:127). „Natur, Kultur, Sex und Gender werden mittlerweile als ‚gleichursprünglich'" und „einander wechselseitig konstituierend" verstanden, da es keine *„natürliche von der Dimension des Sozialen freie Betrachtung des Körpers geben kann" (ebd. n. Douglas 1974).*

Erwartung, dass nicht der/die Einzelne, sondern die Gesellschaft sich ändern müsse (Waldschmidt 2005:18). Nach Hughes und Paterson (1997:326) hat sich das Soziale Modell von Behinderung als unerlässlicher Motor in den Emanzipationsbestrebungen von Menschen mit Behinderung erwiesen, da es mit dieser Modellkonzeption erstmals möglich wurde, „Behinderung" im Außen zu verorten und soziale sowie räumliche Barrieren zu identifizieren, die Menschen mit Behinderung an der gesellschaftlichen Partizipation hindern. Das Soziale Modell von Behinderung hat die Sprechweise über Behinderung, die Behindertenpolitik, den gesellschaftlichen Umgang mit Menschen mit Behinderung und auch deren Selbstsicht nachhaltig beeinflusst.

Kritisiert am Sozialen Modell von Behinderung wurde, ähnlich der Genderdebatte in der Frauenforschung, die Unterscheidung in biologische Schädigung (impairment) und sozial hergestellte Behinderung (disability) (Renggli 2005:88). Die nicht hinterfragte Voraussetzung der „impairment-Ebene" würde eine Trennung in „Natur" und „Kultur" (Waldschmidt 2005:23) und die Reproduktion eines „fragwürdigen cartesianischen Subjektbegriffs", was den Bereich der Identitätspolitik betrifft, bewirken (Hughes und Paterson 1997:326). Auf Basis dieser Kritik wurde das kulturwissenschaftliche Konzept von Behinderung entwickelt.

### 2.1.3 Das Kulturwissenschaftliche Modell von Behinderung

Innerhalb des kulturwissenschaftlichen Zweigs der Disability Studies, der sich ab den 1990er Jahren vornehmlich in den USA innerhalb der poststrukturalistisch ausgerichteten Geistes- und Kulturwissenschaften entwickelte, wird versucht, die Trennung in „disability" und „impairment" zu überwinden (Waldschmidt 2005:25, Renggli 2004:18). Nicht nur „disability", sondern auch „impairment" – die Ebene der körperlichen Schädigung – wird als gesellschaftlich hergestellt begriffen (Waldschmidt 2011:98). Eine solche Konzeption von Behinderung berücksichtigt die gesellschaftliche „Gewordenheit" der Kategorie Behinderung: *„Aus einer theoretisch differenzierten Sichtweise muss nicht nur Behinderung, sondern auch die Schädigungsebene als gesellschaftlich hergestellt begriffen werden. Die medizinischen Kategorien, die im Rahmen des individuellen Modells für die ‚impairment' genannten körperlichen Merkmale benutzt werden, sind nicht ahistorische und gesellschaftsneutrale Gegebenheiten, naturwissenschaftliche oder gar ‚natürliche Tatsachen',*

*sondern sie haben – wie Behinderung – ebenfalls ihre Geschichte, ihre kulturelle Bedeutung und ihre sozialen Konstruktionsmodi" (Waldschmidt 2005:22).*

Den Disability Studies Foucaultscher Prägung geht es darum, die Verwobenheit von „impairment" und „disability" zu verdeutlichen (Waldschmidt 2007b:193). Gezeigt werden soll, dass vermeintlich objektive neutrale Tatsachen, wie zum Beispiel „Contergan Schädigung" oder „Geistige Behinderung", diskursiv hergestellt und in Formationen von Wissen und Macht integriert werden müssen, um überhaupt zu gesellschaftlichen Interventionsfeldern im Sinne von „disability" werden zu können (ebd.). Nicht nur „Behinderung" sondern auch die gemeinhin nicht hinterfragte Normalität rückt in den Blickpunkt der Analyse (Waldschmidt 2005:25).

An der poststrukturalistischen Sichtweise auf den behinderten Körper wird kritisiert, dass der fühlbare, wahrnehmbare, konkret materielle Körper im Prozess der Diskursivierung aus dem Blickwinkel gerät: *„Post-structuralism replaces biological essentialism with discursive essentialism" (Hughes/Paterson 1997:333).* Hughes/Paterson (1997:333f.) plädieren daher für die Heranziehung zusätzlicher Ansätze aus der Phänomenologie, um den Körper, körperliche Erfahrungen, die konkrete Leiblichkeit, wieder thematisierbar machen zu können.

„Behinderung" wird im Rahmen dieser Studie als ein veränderbares, aus historischen Konstruktionsprozessen hervorgegangenes Konzept, als sozialkonstruktivistische Kategorie, begriffen und ist als Erkenntnisform im Untersuchungsdesign angelegt. Ich habe diesen Begriff als Unterscheidungsaspekt in dem von mir verfassten Aufruf an Eltern mit Behinderung, an dieser Forschungsarbeit teilzunehmen, eingeführt. Die sehr offene Anlage dieser Studie soll jedoch den Raum öffnen und auch neue Bedeutungszuschreibungen an den Begriff möglich machen. Es ist von Interesse und obliegt den an der Studie teilnehmenden Müttern selbst zu bestimmen, was sie unter „Behinderung" verstehen und in welcher Weise (und ob überhaupt) sie Behinderung (im Zusammenhang mit Mutterschaft) erleben. Die Aufarbeitung des Interviewmaterials wird zeigen, wie die befragten Frauen „Behinderung" auslegen und welche Diskurse über Behinderung sie in ihr Selbstverständnis integriert haben.

In der eingangs erläuterten Entstehungsgeschichte des medizinischen Begriffsverständnisses von „Behinderung" wird deutlich, dass die Denkfigur „Normalität" einen wesentlichen Bezugspunkt in der theoretischen Festlegung, was

Behinderung denn nun eigentlich ist, bildet, und, wie diese Studie zeigt, auch in den Selbstthematisierungen der interviewten Mütter eine zentrale Rolle spielt.

Im nun folgenden Kapitel wird die Bedeutung des Begriffs „Normaliät“ in Abgrenzung zu „Norm“ und „Normativität“ bestimmt, um schließlich Jürgen Links (1997, 2004) Normalisierungsthese und aktuelle behindertenspezifische Programme in Bezug auf das das Zusammenspiel von Normalität und Behinderung zu beleuchten.

### 2.1.4 Zum Verhältnis von Behinderung, Norm und Normalität

Die Wahrnehmung von Behinderung setzt die Etablierung eines Normalfeldes voraus (Waldschmidt 1998:11 n. Link 1996:75ff.). Normalität bildet die Folie dafür, dass Behinderung überhaupt erkennbar wird. „Normalität“ und „Normalismus“ ist in der globalisierten Moderne allgegenwärtig (Waldschmidt 1998:12). Jürgen Link bezeichnet den Begriff „Normalität“ als „eine Art Querschnittsbegriff unserer Kultur“, *„ein Reizwort, das jeder selbstverständlich zu verstehen glaubt“ (Link 2004:131).* Insbesondere auch im wissenschaftlichen Kontext – etwa in der Soziologie oder Behindertenpädagogik – werde, so Waldschmidt (1998:9), der Begriff verwendet, in seinem Bedeutungsgehalt jedoch wenig reflektiert.

Obwohl das Normale und das Normative von gemeinsamer sprachgeschichtlicher Herkunft sind, unterscheiden sich die beiden Begriffe in ihrem Bedeutungsgehalt (Waldschmidt 1998:10). Mit dem Übergang zur Moderne und der Ausbreitung der Statistik hat sich das „Normale“ als „spezielle Gabelung“ herausgebildet (ebd.). Während das Normative auf die Existenz und Wirkmächtigkeit sozialer Regeln verweist [9] (Waldschmidt 1998:10), bezeichnet „Normalität“ nicht unbedingt regelgerechtes, sondern regelmäßiges Handeln. „Normalität“ beinhaltet den Vergleich mit anderen, ist auf die fortwährende Herstellung eines Durchschnitts gerichtet und beruht auf Veränderung (Waldschmidt 1998:10f.). Das gleiche Verhalten einer großen Anzahl von Menschen führt wiederum zur Herausbildung einer „normalistischen Norm“ (ebd. n. Link 1996:77ff.): *„Mit ihr entsteht ein Feld des üblichen das handlungsleitend wirkt“ (Waldschmidt*

[9] Es handelt sich dabei um juridisch fixierte, offen artikulierte oder eher implizite Erwartungshaltungen, die an den einzelnen gerichtet werden. Menschen handeln auf eine äußere Regel bezogen. Die Norm ist dem Handeln präexistent, entsteht aber auch im Handeln (Waldschmidt 1998:10).

*1998:11).* Normalität ist dem Handeln postexistent. Als ihr Gegenpol wird mittels diskursiver und operativer Strategien „Abweichung" konstruiert (Waldschmidt 1998:11): *„Das Normale ist ein Konstrukt des Denkens, das durch regelgeleitete Beobachtung die Anomalie aufspürt" (Dederich 2007:131).*

Jürgen Link spricht in seiner Abhandlung „Versuch über den Normalismus" (1997) von zwei normalistischen Strategien, die in modernen Gesellschaften vorzufinden sind: Es handelt sich um den „Protonormalismus" und den „flexiblen" Normalismus (Link 1997:75). Während der Protonormalismus versucht, eine deutliche Trennlinie zwischen dem Normalen und dem Anormalen herzustellen und die Grenzzone schmal zu halten (Waldschmidt 1998:13 n. Link 1996:339ff.) – etwa in medizinischen Definitionen von Behinderung, in welchen die Grenze zwischen Behindertsein und Normalsein deutlich markiert wird (Waldschmidt 1998:15) – ist der flexible Normalismus bemüht, die Normalitätsgrenzen auszuweiten. Zwar besteht auch im flexiblen Normalismus eine Trennlinie zwischen normal und anormal, diese kann aber immer wieder neu justiert werden (Waldschmidt 1998:13). Links These lautet, dass sich seit dem Zweiten Weltkrieg protonormalistische Strategien auf dem Rückzug und starre Dichotomien verbunden mit der Ausgrenzung der Abweichenden sich in Auflösung befinden (Waldschmidt 1998:13 n. Link 1996:339ff.).

Flexibel- und protonormalistische Strategien zeigen sich auch in den Inititativen der Behindertenbewegung und Behindertenpolitik. Beispiele für die Ausweitung der Normalitätsgrenzen finden sich in zwei jüngeren Reformbewegungen – in der Integrationspädagogik und der Philosophie des Selbstbestimmten Lebens.[10] In der Integrationspädagogik sollen über die gemeinsame Erziehung aller Kinder Aussonderungs- und Denormalisierungsprozesse von Menschen mit Behinderung von vornherein verhindert werden (Waldschmidt 1998:19), im Rahmen der „Selbstbestimmt Leben Initiativen" soll Menschen mit körperlichen Einschränkungen das, was in der Mehrheitsgesellschaft üblich und für viele selbstverständlich ist, nämlich selbstbestimmt leben zu dürfen, über selbstorganisierte Assistenz und die Unabhängigkeit von professionellen Hilfsdiensten ermöglicht werden (Waldschmidt 1998:19). Es erfolgt eine Anpassung an die individualistische Lebensweise der Mehrheitsgesellschaft. Der Ansatz

[10] Der Selbstbestimmt Leben Ansatz ist Anfang der 80er Jahre aus den sich nach dem Vorbild der Independent Living Bewegung in den USA formierenden Selbstbestimmt Leben Bewegungen in Europa hervorgegangen (Franz 2002:22 n. Miles-Paul 1992:9f.).

des „Selbstbestimmten Lebens“ impliziert Anne Waldschmidt (ebd.) zu Folge demnach auch ein hohes Maß an „normalistischer Selbstsubjektivierung“ und ist mit dem Erfordernis der Selbstnormalisierung verknüpft (ebd.).

Auffällig ist, dass „Normalität“ in all diesen Ansätzen positiv bewertet wird und als erstrebenswert gilt. Auch innerhalb der Behindertenbewegung wird das Normalisierungsgebot kaum kritisch hinterfragt.[11] In Leitsprüchen, wie „Behindert sein ist ganz normal“ oder „Es ist normal verschieden zu sein“ dringt durch, dass Normalität und Normalisierung etwas ist, das von Menschen mit Behinderung gewünscht wird. Jürgen Link führt an, kein Beispiel für eine „Anormalen Bewegung“, in der die Werte der Mehrheitsgesellschaft zurückgewiesen werden würden, zu kennen (Link 2004:138). Der flexible Normalismus bietet Menschen mit Behinderung demnach neue Möglichkeiten der „Zugehörigkeit“, ist aber mit dem „Gebot der Selbstnormalisierung“ verbunden (Waldschmidt 1998:20).

Dass Normalisierung gewünscht wird, Arbeit erfordert und in der Umsetzung gefährdeter ist als bei nicht behinderten Individuen (Waldschmidt 1998:20), zeigt sich auch im Rahmen dieser Forschungsarbeit. Die Ergebnisse der Studie illustrieren unter anderem die Normalisierungsbemühungen der interviewten Mütter. Wie später am Material noch genauer gezeigt werden wird, wenden die Befragten in der Bewältigung des Alltags und der Ausgestaltung der Mutterrolle eine Fülle an Normalisierungsstragien an. Normalisiert werden beispielsweise behinderungsspezifische Carepraktiken oder die physische Einschränkung selbst. „Normalität“ fungiert auch als Form der Selbstrepräsentation mir als Interviewerin und Soziologin gegenüber. Auch das Streben der Mütter nach Autonomie in der Alltagsbewältigung und Ausführung der Mutterrolle kann als Ausdruck von Selbstnormalisierung im Sinne der Anpassung an die in der Mehrheitsgesellschaftsgesellschaft als üblich und ideal etablierte Norm von Mutterschaft als individueller psychischer (und körperlicher) Leistung (Herwartz-Emden 1995:27) interpretiert werden. Modi der Selbstnormalisierung spielen im Kontext von Mutterschaft und körperlicher Beeinträchtigung demnach als Handlungsstrategie oder als Form der Selbstrepräsentation eine zentrale Rolle.

[11] Nur in den Anfängen der Behindertenbewegung wurde das Verhältnis zwischen Normalität und Behinderung kritisch betrachtet. Der Normalisierungszwang wurde beispielsweise mit Slogans wie, *„Lieber lebendig als normal“* zurückgewiesen (Schildmann 2001:7).

Auch die „Normalität“ in der Redeweise über Behinderung hat sich, wie bereits angedeutet, im Verlauf der letzten Jahrzehnte verändert. Im folgenden Kapitel werden die wesentlichen Diskurse rund um den Behinderungsbegriff, seine Konnotationen, aktuelle begriffliche Konventionen sowie die im Rahmen dieser Arbeit verwendete Bezeichnung für Behinderung skizziert.

### 2.1.5 Begriffspolitik

Aus kulturwissenschaftlicher Sicht ist die Sprache ein wichtiges Instrument in der Hervorbringung von Bedeutung. Getragen von der Erkenntnis, dass Sprache die Wirklichkeit nicht einfach abbildet, sondern Sinngehalte schafft, die „Ordnung der Dinge erzeugt“ (Dederich 2007:48), wird der Behinderungsbegriff insbesondere von VertreterInnen der Behindertenbewegung und der Disability Studies fortwährend reflektiert. Kritisch bemängelt wird der Umstand, dass „Behinderung“ negative Assoziationen, wie „Hemmnis“ oder „Hinderung“ transportiert (Heßmann 1998:170) und Menschen, die außer der wie auch immer gearteten „Behinderung“ nichts miteinander verbindet, unter eine Kategorie subsummiert, in der jegliche Form der Individualität verloren zu gehen scheint (Heßmann 1998:173, Zola 2004:63). Doch auch die gegenteilige Verwendungsweise des Begriffs – der Gebrauch von Euphemismen – wird von VertreterInnen der Disability Studies abgelehnt, da mit Ausdrucksweisen, wie *„Sondererziehung für Kinder mit ‚besonderen Bedürfnissen‘ oder ‚besonderen Fähigkeiten‘“ (Dederich 2007:49)*, im Bemühen um „political correctness“ die Grenzen zum „Normalen“ lediglich markiert und reproduziert würden (Bruner 2005:33). In Ermangelung einer Alternative wird die Selbst- und Fremdbezeichnung „Behinderung“ weiterhin beibehalten. Nach Dederich komme dem Begriff trotz aller „Negativismen und Verengungen“, die er transportiert, eine wichtige Funktion im Aufmerksam-machen auf Missstände und im Aufzeigen von Ungleichheiten zu (Dederich 2007:50).

International hat sich in der Verwendungsweise und Diskussion des Begriffs ein Bruch zwischen der US-amerikanischen und australischen Sichtweise und des „UK approaches“ aufgetan (Harpur 2012:327). In Großbritannien wird in Anlehnung an das „Soziale Modell von Behinderung“ die Bezeichnung „disabled people“ bevorzugt: *„This emphasises the social models understanding that some people have impairments and it is society*

*that turns those impairments into disabilities" (Harpur 2012:327).* In den USA und Australien hingegen wird diese Form der Benennung abgelehnt, da die Platzierung eines Adjektivs vor der Person als persönliche Zuschreibung, als „Wesenseigenschaft" derselben betrachtet wird. In beiden Ländern wird deshalb der Ausdruck „persons with disabilities" bevorzugt (Harpur 2012:327, Renggli 2004:17).

Mehrheitlich, das heißt auch international durchgesetzt hat sich die Bezeichnung „people with disabilities". Sie erfährt große Akzeptanz durch Menschen mit Behinderungen selbst und wurde auch von der „CRPD" („Convention in the Rights of Persons with Disabilities") für gut befunden und anerkannt (Harpur 2012:327f.). Auch im deutschen Sprachgebrauch hat sich die Bezeichnung, „Menschen mit Behinderung" etabliert (Österreichischer Behindertenbericht 2009). In einer Broschüre von „BIZEPS[12]", einer Peer Beratungsstelle[13] für Menschen mit Behinderung in Wien, wird zusätzlich die Verwendung der Bezeichnung „Menschen mit Beeinträchtigung" („Mobilitätsbeeinträchtigung", „Sehbeeinträchtigung", „psychische Beeinträchtigung" etc.) empfohlen (http://www.bizeps.or.at/shop/gefesselt.pdf Stand 27.5.2014).

Ich verwende in dieser Arbeit die international und von Menschen mit Behinderungen selbst akzeptierteste Form der sprachlichen Benennung – nämlich „Menschen mit Behinderung", wahlweise auch „Menschen mit körperlichen Einschränkungen" und dergleichen, wie der Verein „Bizeps" es empfiehlt. „Behinderung" wird in diesem Sinne nicht als Wesenseigenschaft sondern als ein Merkmal unter vielen anderen begriffen. Wichtig ist, wie Zola (2004) anmerkt, und in Punkt 2.1.1 gezeigt wurde, ein Bewusstsein für die Begriffsgeschichte von „Behinderung" zu entwickeln und den Terminus in seiner Verwendungsweise kritisch zu reflektieren.

Im Anschluss wird das Konzept Mutterschaft in seiner historischen Gewordenheit und seiner aktuellen normativen Verankerung näher beleuchtet.

[12] http://www.bizeps.or.at/

[13] Der Begriff der „Peerberatung" stammt aus dem Angloamerikanischen und ist als „Beratungsansatz" aus der „Independent Living Bewegung" hervorgegangen. „Peer Counseling" meint die qualifizierte Beratung von Menschen mit Behinderung durch Menschen mit Behinderung, also von „Betroffenen" an „Betroffene" und von den Prinzipien „Ganzheitlichkeit" und „Parteilichkeit" getragen (Franz 2002:22 n. Steiner 1999:181).

## 2.2 MUTTERSCHAFT

Ehe in diesem Abschnitt auf das Konzept „Mutterschaft“ aus sozialwissenschaftlicher Sicht eingegangen wird, erfolgt eine kurze Skizzierung des veränderten normativen Leitbildes [14] von Elternschaft heute (Schneider 2002:10) [15], das eng mit der sich wandelnden Konstruktion des Kindes im Zusammenhang steht (Thelen/Haukanes 2010a:2) und seine Wirkung auf beide Geschlechter gleichermaßen entfaltet. Die nun folgenden Ausführungen beziehen sich auf das spezifisch deutsche und österreichische Elternideal.

Einen wesentlichen Bestandteil der Normierung von Elternschaft bilden nach wie vor das Sicherstellen einer „gelingenden Sozialisation“ und die Integration des Nachwuchses in die Gesellschaft, auch „qualitative Reproduktion“ genannt (Schneider 2002:11). Verändert hat sich die „Fraglosigkeit“ und „Natürlichkeit“ mit der Vater- oder Mutterschaft heute verwirklicht wird. Entgegen der früheren Konzeption von Elternschaft als „selbstverständlichem biografischem Übergang[16]“ (Schneider 2010:26) ist Vater oder Mutter zu werden heute zu einer Option geworden, die nicht mehr zwingend verwirklicht werden muss (ebd.). Die „Opportunitätskosten“ von Elternschaft sind gestiegen – es besteht eine zunehmende Konkurrenz zu anderen Handlungsalternativen, wie „Konsum, Beruf oder persönlicher Unabhängigkeit“ (ebd.). Insgesamt sind heute weniger Kinder im Lebensverlauf zu versorgen, die Ansprüche an die Qualität der Kindererziehung und die Intensität der Zuwendung an diese sind jedoch gestiegen (Dausien 1996:22). Schneider (2010:27) spricht von einer zunehmenden Pädagogisierung und Professionalisierung der Elternrolle(n), die sich zum Beispiel im Ideal der „kindgerechten Erziehung“ oder dem Verbringen von „Qualitätszeit“ ausdrückt und zum Ziel hat, „die bestmögliche Entwicklung des Kindes zu sichern“. Auch gesellschaftlich akzeptierte Formen von Erziehungsstilen haben sich stark gewandelt: „Selbstständigkeit und

[14] „Leitbilder“ sind nach Popp (2009:91) „gesellschaftliche Konstrukte, Ergebnisse von Vereinbarungen und Zuschreibungen, die Sinn vermitteln und Orientierung schaffen, aber auch gleichzeitig soziale Anforderungen und Normen vorgeben“. Gesellschaftliche Leitbilder von „guter Elternschaft“ vermitteln, wie Elternschaft idealerweise gestaltet werden sollte (ebd.).

[15] Elternschaft bezeichnet nach Schneider (2002:10) aus sozialwissenschaftlicher Sicht einerseits „einen sozial definierten Status“ (Elternschaft) und andererseits *„ein gesellschaftlich überformtes lebenslanges Beziehungsverhältnis zwischen Eltern und Kindern“ (ebd.).*

[16] Bis in die 1970er Jahre galt die Geburt von Kindern als selbstverständliche, unhinterfragte Folge der Eheschließung (Nave-Herz 2006:51).

Selbstverantwortung“ haben „Gehorsam und Pflichtbewusstsein“ als neue Erziehungsleitbilder abgelöst (Schneider 2002:16). [17] „Elternschaft“ ist demnach insgesamt „voraussetzungsvoller“ geworden, die Anforderungen an eine „gelingende Erziehung“ sind gestiegen (ebd.). Auch die Rollenerwartungen an Kinder haben sich verändert (Nave-Herz 2006:191). An Kinder werden nicht länger „materielle Erwartungen“ gestellt[18], ihnen kommt heute eine „sinnstiftende Funktion“ zu: Sie werden gewünscht und geplant und gelten als „psychische Bereicherung“ (Nave-Herz 2006:194). Aspekte des Kindeswohls werden in zunehmendem Ausmaß in der Gesetzgebung verankert und stehen heute im Mittelpunkt der sozialen Konstruktion von Elternrechten und Elternpflichten (Schneider 2002:9, Thelen/Haukanes 2010a:1).

Was das Geschlechterverhältnis betrifft, ist seit den 1970er Jahren ein langsamer „Entdifferenzierungsprozess der Elternrollen“ zu beobachten (Nave-Herz 2006:183) – zumindest im Hinblick auf einige „Rollensegemente“ (Nave-Herz 2006:184). Es zeigt sich ein etwas ausbalanzierteres Rollenverständnis was die Kinderversorgung betrifft (Thelen/Haukanes 2010b:17), eine gestiegene Toleranz der Berufstätigkeit von Frauen und Müttern gegenüber und die allgemeine Anerkennung der Notwendigkeit väterlichen Engagements (Schneider 2002:13).

Erstaunlich konstant ist nach Schneider (2010:30) die (Re)traditionalisierung der Rollen- beziehungsweise Aufgabenverteilung zwischen den Geschlechtern am Übergang zur Elternschaft – Schneider und Rost (1995) sprechen in diesem Zusammenhang auch von „differentieller Elternschaft [19] “ – und das Leitbild der „guten Mutter“ geblieben (Schneider 2010:32). Während Konstruktionen von Vaterschaft, das gegenwärtige „Vaterbild“ als eher „diffus“ zu bezeichnen ist (Schneider 2010:32) [20] und die

[17] Bis in die 1960er Jahre galten „Bedürfnisaufschub“ und „Maßnahmen zur Abhärtung des Kindes“ als die notwendigen Voraussetzungen für die Ausbildung „bürgerlicher Individualität“ (Herwartz-Emden 1995:35).

[18] Bis ins 19. Jahrhundert galten Kinder als „kleine Erwachsene“: Von ihnen wurde erwartet, dass sie zum materiellen Unterhalt der Familie beitragen, Eltern und Geschwister im Alter und im Falle von Krankheit unterstützen und elterliche Betriebe abhängig von der Erbfolge übernehmen. „Kinderarbeit“ – auch außerhäuslich in Betrieben und Fabriken – war bis in den Anfang des 20. Jahrhunderts weit verbreitet (Nave-Herz 2006:191).

[19] Während Mütter mit der Geburt eines Kindes ihre Erwerbstätigkeit einstellen oder deutlich reduzieren und hauptverantwortlich für die Kinderversorgung sind, erhöhen Väter die Ihrige (Schneider 2010:30f.).

[20] Die „neuen Väter“ werden innerhalb der Sozialwissenschaften seit einigen Jahren verstärkt beforscht (z.B. Matzner 1998, 2004), sind empirisch aber noch nicht allzu häufig anzutreffen. Die in westlichen Gesellschaften stattfindende Neudefinition der Vaterrolle konzipiert den Vater als aktiv sorgenden Protagonisten, der in Bezug auf das Kind ähnliche Versorgungstechniken übernimmt wie die Mutter (Thelen/Haukanes 2010b:17). Als Beginn eines allmähllichen Wandels ist die sehr langsam wachsende Inanspruchnahme von Karenzzeiten auf Seiten der Väter, also eine insgesamt stärkere Beteiligung von

Ausgestaltung der Vaterrolle einen relativ breiten Spielraum erlaubt May (2008:473), entfaltet die Ideologie von „guter" Mutterschaft im deutschsprachigen Raum trotz sich verändernder gesellschaftlicher Verhältnisse und Anforderungen an Frauen weiterhin seine Wirkung (Schneider 2010:32, Badinter 2010:10).[21] Der Wandel, der gegenwärtig in Bezug auf die Vaterrolle konstatiert wird, gilt nicht in gleichem Ausmaß für die Mutterrolle: Analog dem Label „Neue Väter" existiert keines der „Neuen Mütter" (Nave-Herz 2006:184f.).

Um die Wirkmächtigkeit der Diskurse rund um „gute Mutterschaft" (Schütze, 1991) bis in die Gegenwart zu verstehen und zu verdeutlichen, wird im Folgekapitel ein kurzer Ausflug in die Vergangenheit unternommen.

### 2.2.1 Konstruktionen von Mutterschaft im geschichtlichen Verlauf

Claudia Honegger zeigt in ihrem Werk „Die Ordnung der Geschlechter" (1991), wie sich ausgehend von der „französischen Moralphysiologie" um 1750 mächtige wissenschaftliche Diskurse über die Beschaffenheit des weiblichen Körpers entfalten. Im Unterschied zur Antike, in der Männer- und Frauenkörper als biologisch identisch, nur sozial verschieden betrachtet wurden[22], werden in der Rennaissance Männer- und Frauenkörper erstmals geöffnet und einer genauen Untersuchung unterzogen (Laqueur 1992:98). Die Körperteile der Frau erhielten Namen. Die „Rhetorik der Differenz" (Laqueur 1992:127) prägte von nun an den wissenschaftlichen Diskurs. Die Debatte wurde in die „Natur" verlagert (Laqueur 1992:175). Von „biologischen Besonderheiten

Vätern an der Pflege und Erziehung ihrer Kinder zu beobachten (Schneider 2010:32). Von einer „Trendwende" kann jedoch noch nicht gesprochen werden (ebd.).

[21] Elisabeth Badinter (2010) beschreibt in ihrer Abhandlung „Der Konflikt" das französische Mutterideal, das sich in vielerlei Hinsicht vom Deutschen und Österreichischen unterscheidet. Während Mütter in deutschsprachigen Ländern als unabdingbar für die psychische Entwicklung des Kindes gelten und für ihren Nachwuchs zu allen Opfern bereit sein sollten – es handelt sich um ein von Pflicht belastetes Mutterideal – wird in Frankreich Mutterschaft nicht als „Inbegriff des Lebens" (Badinter 2010:10) verstanden. Französische Mütter bleiben, so Badinter (2010) auch Frauen und gehen weiterhin ihrer beruflichen Beschäftigung und anderen Bedürfnissen nach. Der Staat übernimmt einen wesentlich größeren Anteil an der Kinderbetreuung, was gesellschaftlich als akzeptiert gilt. Badinter zu Folge ziehe dieses weniger maternalistische und folgenlosere Leitbild von Mutterschaft nach sich, dass Frankreich eine der höchsten Geburtenraten in der EU aufweist (Badinter 2010:11).

[22] Wie Laqueur (1992) anhand seiner Rekonstruktion der Hervorbringung von „Geschlechterdifferenzen", wie sie uns heute bekannt sind, zeigt, war von der klassischen Antike bis zum Ende des 17. Jahrhunderts nur eine Grundstruktur des menschlichen Körpers von Bedeutung gewesen: die des Mannes (Laqueur 1992:23). Der Körper der Frau wurde als „Variation" des männlichen Körpers verstanden (Laqueur 1992:40).

des weiblichen Körpers wurden charakterliche und moralische „Eigenschaften" der Frau abgeleitet und deren gesellschaftliche Stellung festgeschrieben (Honegger 1991:115): *„Man erfand zwei biologische Geschlechter, um den sozialen eine neue Grundlage zu geben" (Laqueur 1992:173).* Von „abweichenden" körperlichen Besonderheiten, wie zum Beispiel kleineren Knochen, feineren Nerven und Gefäßen, schwächeren Muskeln wurde auf die Psyche der Frau, ihr Gemüt, ihren Charakter und ihre Moral geschlossen (Honegger 1991:115). Die scheinbare körperliche Schwäche der Frau wurde herangezogen, um ihr „sensibles", „sanftmütiges", „empfindliches" Wesen zu erklären. „Die Fähigkeit zu lieben" wurde zum Stigma weiblicher Natur (Honegger 1991:166). Mutterschaft, als die höchste und einzige Bestimmung der Frau, wurde regelrecht glorifiziert (ebd.).

Dem moralphysiologischen Diskurs rund um den „Geschlechtscharakter" der Frau im 18. Jahrhundert (Honegger, 1991) folgte eine weitere „Polarisierung der Geschlechterrollen" in der bürgerlichen Gesellschaft (Hausen 1976): Die „Familie" – auf „Affektivität und Intimität" beruhend – wird in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts als ruhender Gegenpol zu den Begleiterscheinungen der Industrialisierung konstruiert (Schütze 1991:21). Mit der Herausbildung der bürgerlichen Gesellschaft und der Trennung in „öffentlich" (Erwerbsarbeit) und „privat" (Reproduktions- und Hausarbeit) findet eine zunehmende Intimisierung und Emotionalisierung der familiären Binnenstruktur und eine weitere Ausdifferenzierung der Geschlechterrollen statt (Nave Herz 2006:192). In diesem Zeitraum etabliert sich das kulturelle Deutungsmuster „Mutterliebe": *„Es bestimmt normativ nicht nur die Mutter-Kind-Beziehung sondern auch die Binnenstruktur der Familie und die Rolle der Frau" (Schütze 1991:7, 147).* „Mutterliebe" wird zur „Pflichterfüllung", gleich jener „Mission", die dem Mann im Beruf zukommt (Schütze 1991:72).[23]

Im 20. Jahrhundert schließlich übernimmt die Psychologie die Deutungshoheit über die Mutter-Kind Beziehung: „Mutterliebe" wird zur „emotionalen Bereicherung": Die Mutter macht sich schuldig, wenn die Bereicherung ausbleibt oder sie gar unbewusst negativ empfindet (Schütze 1991:92). Entwicklungspsychologische Theorien gewinnen an Einfluss. Es erfolgt eine Fokussierung auf die (frühe) Mutter-Kind-Bindung und auf den „Schaden", der angerichtet wird, wenn diese Bindung nicht glückt. Auch die

[23] Vor dem 19. Jahrhundert galt das Aufziehen von Kindern als eine von vielen anderen Aufgaben der Frau (Herwartz-Emden 1995:35). In der vorindustriellen Zeit waren üblicherweise mehrere Bezugspersonen an der Erziehung der Kinder beteiligt – weder der Vater noch die Mutter waren die Hauptbezugspersonen (Nave Herz 2006:183). Dass Mütter eine spezielle und unersetzliche Rolle im Leben der Kinder spielen ist demnach eine relativ neue Ansicht (Pasquale 1998:22).

Psychoanalyse fokussiert ganz auf die Mutter-Kind Beziehung (Rumpf 1988).[24] Vorstellungen vom „eigentlichen Wesen der Geschlechter“ (Hausen 1976:369) werden wissenschaftlich fundiert und bis weit hinein ins 20. Jahrhundert popularisiert.

Auch wenn entwicklungspsychologische und (psychoanalytische) Theorien mittlerweile an Deutungsmacht verloren haben (Thelen/Kaukanes 2010b:17 n. Mayall 2002:16), sind sie ein essentieller Bestandteil von einem ganzen „Apparat an Expertenwissen“ geworden, der Vorstellungen über kindliche Bedürfnisse und „angemessener, richtig praktizierter“ Elternschaft verbreitet (ebd.) und die Ideologie „guter Mutterschaft“ mitgeprägt hat.

### 2.2.2 Normative Leitbilder „guter“ Mutterschaft heute

*„In Western Countries, motherhood is part of a powerful nuclear family ideology that permeates all of society and is defined and delineated by strong social norms. There exist strong expectations to be a ‚good mother‘ and consequently mothers tend to try to present themselves as fulfilling the necessary requirements“ (May 2008:471ff.).*

Ideologien „guter Mutterschaft“ (Schütze 1991) besitzen in Form von gesellschaftlichen Leitvorstellungen über Mutterschaft und Mütterlichkeit aber auch im Selbstbild vieler Frauen nach wie vor eine hohe Verbindlichkeit (Schneider 2010:30): *„Die Macht der Mutterbilder ist faktisch ungebrochen und erfasst sowohl berufstätige Frauen wie Hausfrauen“ (Herwartz-Emden 1995:32).*

Das wichtigste normative Kriterium guter Mutterschaft ist heute die Herstellung einer emotionalen Bindung und Beziehung zum Kind und die Gewährleistung einer konstanten „mütterlichen Präsenz“ (ebd.). Die emotionale Verankerung der Mutter-Kind Beziehung gilt als *die* ideologische Basis von Mutterschaft in westlichen Industrieländern (Herwartz-Emden 1995:38). Die Mutter-Kind-Beziehung – besonders die erste Phase dieser – ist in

[24] Dies hat nach Rumpf (1988:115) dazu geführt, dass Frauen mehr denn je mit der Erziehung eines Kindes allein gelassen und als schuldig betrachtet werden, wenn diese ungünstig verläuft . Mütter suchen folglich die Gründe für Probleme in der Mutter-Kind Symbiose bei sich selbst und nicht etwa „im stummen Zwang der Verhältnisse“ (Rumpf 1988:114f.), womit Rumpf die Konzeption von Familie als „private“ Entität meint, *„die für jede Mutter-Kind Beziehung Enge, Isolation, ein zuviel an Nähe und damit ein (latent) aggressives Szenarium provozieren muss“ (Rumpf 1988:114).*

dieser Konzeption in hohem Maße individualisiert und psychologisiert[25] (Herwartz-Emden 1995:32 n. Müller 1989:66) und trage, so Herwartz-Emden (1995:38) nur den Anschein von Autonomie. Im Gegensatz zu bäuerlichen Gesellschaften, in denen Muttersein noch als soziales Ereignis und soziale Aufgabe betrachtet wird, sei Mutterschaft und Mütterlichkeit in westlichen Industrieländern „kein Teil der öffentlichen Kultur" (Herwartz-Emden 1995:22 n. Nadig 1989). Mütter hätten demnach nicht die Chance, ihr Muttersein „sozial abgestützt" zu erleben (ebd.). Auch Villa (2010) sieht die Betonung von Autonomie in der westlichen Konzeption der „Mutterrolle" kritisch. Sie plädiert in ihrem Beitrag für die Anerkennung der *„Angewiesenheit aller Menschen auf Menschen als menschliche Bedingtheit" (Villa 2010:o.S.).* Die derzeitige „Fetischisierung von Autonomie" entspräche weder den Bedürfnissen noch den Praktiken von Menschen im Allgemeinen und denen von Familien erst recht nicht (Villa 2010:o.S.).

Villa konstatiert des Weiteren eine zunehmende politische und mediale Diskursivierung von Mutterschaft in den letzten beiden Jahrzehnten, welche ihrer Meinung nach Tendenzen der Verunsicherung hervorriefen. Die „Selbstverständlichkeit von Mutterschaft" sei, so Villa (2010:o.S.) „dahin": *„Mutterschaft versteht sich heute nicht mehr von alleine" (Villa 2010:0.S.)*. Dass es so viel Dissens gäbe – alltagsweltlich und durchaus auch wissenschaftlich – zeuge von der Reflexivierung, die die einst als natürlich zementierte Anschauung von Muttersein erfahren hat. Folglich boomt auch der einträgliche Markt neuer Ratgeber- und Lifestylemagazine zum Thema: „Mutterschaft – wie geht das?" (Villa 2010:o.S.).

In Deutschland (und auch in Österreich) herrscht nach wie vor eine ausgeprägte Mutter-Kind-Ideologie in Form der Vollzeitmutter als mütterlichem Ideal und der Unverzichtbarkeit einer Bezugsperson für das Kind – der Mutter – vor, die sich jedoch langsam im Aufweichen befindet (Vinken 2007:20,39). Kinder gelten in deutschsprachigen Ländern als Privatsache. Die Familienpolitik sieht keine Gleichzeitigkeit von Beruf und Familie vor. Sie fördere, so Vinken (2007:36) Rolle der Ehefrau und Mutter und reproduziere die Dualität von Arbeitswelt und Familie.

[25] Das psychologisierte Mutterbild transportiert „Kindbezogenheit" als Erziehungsideal. Die Mutter hat ihre persönlichen Bedürfnisse zurückzustellen – *„eine Interessenslage der Frau verschieden von jener des Kindes" (Herwartz-Emden 1995:32)* ist in dieser Konzeption der Mutterrolle nicht existent" (ebd.).

Einen weiteren wichtigen Bestandteil des Normkomplexes „Mutterschaft“ und auch der weiblichen Identitätsbildung bildet das weiblich konnotierte „Sorgen“ – „Care“.

### 2.2.3 Weibliches Sorgen – „Care“

Das englische “care” verweist zum einen auf die emotionale, affektive Komponente, die der Begriff beinhaltet im Sinne von „to care about someone“, sowie andererseits auf das „to care for someone“, womit konkrete, praktische Arbeitsweisen gemeint sind (Ungerson 1983:31). Im Deutschen wird der Begriff „Care“ mit „Kümmern“, „Betreuung“ sowie „Pflege“, im sozialwissenschaftlichen Kontext in jüngster Zeit, mit „Sorge“ übersetzt und beforscht (Thelen 2011:16).[26] “Care” ist in den letzten Jahrzehnten von einem vormals “versteckten”, im privaten Raum verorteten und auszuhandelnden (weiblichen) Problem zu einem “öffentlich diskutierten Gegenstand” avanciert (Fine 2005:248) und kann eine Fülle von Sorgetätigkeiten umfassen: Die Pflege von alten Menschen, die Sorge um Kinder, alle Formen von zwischenmenschlichen Sorgepraxen sowie Care für Menschen mit Beeinträchtigungen (Thelen 2011:16). Care stellt demgemäß eine auf zwischenmenschliche Beziehungen bezogene Praxis dar und wird im Rahmen dieser Arbeit in Anlehnung an Graham (1983) *„as a concept encompassing that range of human experiences which have to do with feeling concern for, and taking charge of the well-being of others“ (Graham 1983:13)* definiert.

In welcher Form „Care“ in einer Gesellschaft organisiert wird, hängt mit kulturellen Vorstellungen über Sorgezuständigkeiten und “idealen” Versorgungssituationen zusammen: *“Care steht immer mit bestimmten Sorgenormen und Geschlechterkonstruktionen in Verbindung” (Thelen 2011:4).* Diese Bilder fließen in die politische Ausgestaltung von Care ein (Williams 2001:470).

[26] Die Entwicklung des Care Konzepts wurde (und wird) vor allem in der feministischen und der Disability-Forschung vorangetrieben (Thelen 2011:16). Bei der wissenschaftlichen Untersuchung von „Care“ werden länderspezifisch unterschiedliche Akzente gesetzt: Während im deutschsprachigen Raum alte und kranke, beziehungsweise pflegebedürftige Menschen im Mittelpunkt der Care-Forschung stehen, wird Care im englischsprachigen Raum (in Großbritannien, den USA und Australien) als die „Gesamtheit unbezahlter Tätigkeiten der häuslichen Reproduktion“ betrachtet (Thelen 2011:17). In Skandinavischen Studien wiederum wird auch bezahlte Sorge in öffentlichen Einrichtungen unter „Care“ subsumiert (ebd.). Die Versorgung von Kindern wird im deutschsprachigen Raum – unter Rückgriff auf den Terminus „Betreuung“ gesondert behandelt (Thelen 2011:17).

Mütterliches Sorgen und die gesellschaftliche Organisation von Care wurde vor allem von feministischen Wissenschaftlerinnen beforscht und kritisch reflektiert. In ersten Analysen in den 70er Jahren wurde auf die segregierte Arbeitsteilung zwischen den Geschlechtern und die damit verbundene Ausbeutung unbezahlter weiblicher Arbeitskraft und die Rolle des Staates, dies perpetuierend, aufmerksam gemacht (Williams 2001:475). In den 80er Jahren, im Zeichen des Differenzparadigmas stehend, wurde Care indessen als eine genuin weibliche Fähigkeit und Essenz gefeiert und in diesem Sinne naturalisiert (ebd.). Hillary Graham hat schließlich mit ihrer Konzeption von Care (1983) die marxistische und die zweite eher psychologisierende Sichtweise von Care vereint und auf die „dual nature of caring" (Graham 1983:16) hingewiesen: *„Caring as labour and as love" (ebd.). – „Caring as activity and identity" (Graham 1983:13f.).* Care wird in diesem Entwurf sowohl als Produkt sozialer Verhältnisse, als auch als wesentlicher Bestandteil weiblicher Identität begriffen (Graham 1983:29f.) und bezeichnet gleichzeitig die Grenze zum Mann-Sein und zu Männlichkeit: *„Not caring becomes a defining characteristic of manhood" (Graham 1983:18).*[27]

Sorgetätigkeiten haben demgemäß einerseits *„den Charakter einer strukturellen Zumutung an Frauen" – einhergehend mit beschränkter gesellschaftlicher Teilhabe am öffentlichen Leben, anderseits stellt Sorgen eine wichtige soziale Praxis von Frauen dar, die viele Frauen sich mit der Orientierung auf den zwischenmenschlichen Bereich zu Eigen machen" (Brückner 2008:52).*

Die Liebe zwischen Mutter und Kind gilt (in westlichen Gesellschaften) als *das* Parade-Sorgeverhältnis: *"The paradigmatic care relationship is the mother-child-dyad, which often serves as the template for thinking about caring. In this model caring (mothering) is viewed as natural and instincitve – woman's natural vocation" (Glenn 2000:87).* Dieses idealisierte Modell blende, so Glenn (2000) die Diversität an Formen, wie Eltern-Kind-Verhältnisse gestaltet werden können und in anderen Kulturen auch gestaltet werden aus: *„However this idealized model is deceptive as it ignores the actual diversity in the ways mothering/caring is actually carried out within and across cultures. Caring can take place in the household or in public institutions, can be carried out individually or collectively and as paid or unpaid labour. Care can also be fragmented, divided among several caregivers and between ‚private' and ‚public' settings" (Glenn 2000:87).*

[27] Die jüngere feministische Debatte rund um „Care" ist von Neuordnungs- und Erweiterungstendenzen in der Konzeption von Sorgearbeit über die Gender Dimension hinausgehend geprägt (Williams 2001:478). Einen prominenten Stellenwert nimmt in diesem Zusammenhang die „ethics of Care" Diskussion (u.a. Sevenhuijsen 1998, Tronto 1994) ein.

Carol Stack zeigte schon in ihrer Studie „All our kin“ (1974), wie in einer Afroamerikanischen Community in den USA Elternschaft gestaltet und verstanden wird. Aus ökonomischen Gründen – es handelt sich um eine von Armut betroffene Gemeinschaft – hat sich das Konzept „geteilter Elternschaft“ durchgesetzt. Die Sorge für Kinder wird gemeinschaftlich getragen. Bestimmte Funktionen von Elternschaft werden an andere (verwandte oder auch nicht verwandte) Personen, die als fähig betrachtet werden, die Sorge für ein Kind für einen bestimmten Zeitraum oder gänzlich zu übernehmen, übergeben. Carol Stack spricht in diesem Zusammenhang von „kinscription“ (Stack, 1974). Elternsein und Care wird weniger durch biologische Abstammung geregelt, sondern als soziale Rolle betrachtet.

### 2.2.4 Mutterschaft im weiblichen Lebensverlauf

Mutterschaft ist heute kein „Schicksal“ mehr. Untersuchungen im deutschsprachigen Raum zeigen (z.B. Dausien 1996, Herwartz-Emden 1995:37, Rille-Pfeiffer 2010), dass Berufsorientierung und Berufstätigkeit im Leben von Frauen eine wichtige Rolle spielen, Mutterschaft zunehmend geplant und tendenziell später realisiert wird, aber immer noch eine feste Größe im Leben von Frauen darstellt. Verglichen mit männlichen Lebensläufen sind weibliche Lebensverläufe in konservativen Wohlfahrtsstaaten mit ausgeprägtem Familienernährermodell (Preglau 2010:153 n. Lewis/Ostner 1995), wie in Österreich[28], häufiger durch „Diskontinuitäten“ gekennzeichnet und weisen in Regel eine „stärker reproduktionsbezogene Struktur“ (Dausien 1996:27), das heißt, eine stärkere Ausrichtung auf Familien- und Reproduktionsarbeit, auf.[29] In diesem Phasenmodell folgen berufliche Entwicklung und familiäre Sorge aufeinander – Frauen streben das Leitbild der selbstständigen Frau an bis dieses mit der Geburt des ersten Kindes vom Ideal der guten Mutter abgelöst wird (Thelen 2014:83 n. Dornseiff/Sackmann 2003). Die zunehmende Erwerbsbeteiligung von Frauen und die kürzeren Unterbrechungszeiten zeigen aber, dass

[28] In Österreich herrscht das so genannte Familienmixmodell” (Brückner 2008:50 n. Gottschall 2001) vor, das von *“zurückgebliebenem Ausbau sozialer Dienstleistungen, einem relativ hohen Anteil familiarisierter – sozialstaatlich qua Steuerpolitik und Transferzahlungen gestützter – Sorgearbeit als Teil einer geschlechterwirksamen Disemploymentstrategie (Elterngeld, Entgelt für Pflege), vergleichsweise niedriger Frauenerwerbstätigkeit und hoher Frauenarbeitslosigkeit und einem mittleren Maß an oft geringfügiger Niedriglohnarbeit im Sorgebereich gekennzeichnet ist“ (ebd.).*

[29] Frauen werden in patriarchal kapitalistischen Gesellschaften „doppelt vergesellschaftet“ (Becker-Schmidt 1987). Sie lernen, die Aufgaben der sozialen und familiären Reproduktion zu übernehmen und sind andererseits auch aufgefordert, eine berufliche Identität zu entwickeln (Becker-Schmidt 1987:23).

die Versorgung von Familie und Kindern grundsätzlich keine Argumente mehr sind, auf Berufstätigkeit zu verzichten (Dausien 1996:37). Auch Bildung hat deutlich an Einfluss auf die Strukturierung von Lebensläufen gewonnen (Dausien 1996:34) – Tendenzen der „Individualisierung" prägen weibliche Biografien heute (ebd.).[30]

Die Veränderung der Lebensverläufe birgt jedoch auch Widersprüche (Dausien 1996:79f.). Wunschvorstellungen und institutionelle Rahmenbedingungen klaffen auseinander (Villa (2010:o.S.). So entsprächen die Lebensverläufe von Frauen heute immer weniger der „weiblichen Normalbiografie[31]", wie sie im 19. Jahrhundert von bürgerlichen Frauen gelebt wurde, jene in dieser Zeit entstandene Normierung der Mutter-Kind-Beziehung ist jedoch weiterhin wirksam (Keupp/Bilden 1989:30). Hinzu kommen soziale Wandlungsprozesse, wie gestiegene Scheidungsraten und die zunehmende Zahl von Alleinerzieherinnen. Gesellschaftliche Institutionen, die diese neuen Entwicklungen „abfedern", sind jedoch noch nicht in ausreichender Weise vorhanden (Dausien 1996:22).

Eltern, vor allem Mütter mit Behinderung sind, sofern sie Unterstützung zur Organisation ihres Alltags und der Kinderversorgung heranziehen, zusätzlich zur Vereinbarungsproblematik mit dem Arrangieren dieser Hilfe(n) befasst und können infolgedessen dem etablierten elterlichen Idealbild nicht entsprechen. Es stellt sich daher die Frage, wie Eltern, beziehungsweise Mütter mit Behinderung sich im Dschungel hegemonialer Leitbilder von Elternschaft verorten.

Erste Antworten auf diese Frage werden im nun folgenden Kapitel gegeben. Es erfolgt eine Einführung ins Thema „Elternschaft im Kontext einer körperlichen Einschränkung". Ehe die im Rahmen dieser Arbeit recherchierten empirischen Befunde zum Thema vorgestellt werden, wird skizziert, welchen Bedeutungsgehalt die Termini „Reproduktive Freiheit" und „Care" aus der Sicht von feministischen Wissenschafterinnen mit Behinderung haben.

[30] So folgt auf die eigene Ausbildung der Einstieg in den Beruf. Beides wird durch eine Partnerschaft nicht in Frage gestellt. Kinder sind ausdrücklich gewünscht, aber zu einem Zeitpunkt, an dem die äußeren Bedingungen zur Bewältigung des „Vereinbarkeitsproblems" günstig sind (Dausien 1996:35).

[31] „Weibliche Normalbiografie" rekurriert auf das sich im 19. Jahrhundert für Frauen des Bürgertums etablierende Muster nach der Heirat, beziehungsweise Geburt eines Kindes den Beruf aufzugeben und sich ganz der Mutterrolle und Familienarbeit zuzuwenden (Keupp/Bilden 1989:31ff.). Dieses Muster hat sich als „Ideal" herausgebildet, konnte von Frauen aus dem Arbeiter- beziehungsweise aus dem bäuerlichen Milieu jedoch nicht gelebt werden (Keupp/Bilden 1989:31).

# 3 ELTERNSCHAFT IM KONTEXT KÖRPERLICHER EINSCHRÄNKUNG

Die im Kapitel „Mutterschaft“ erläuterten normativen Erwartungen an Eltern und Mütter heute, betreffen, da sie Teil unseres kollektiven Wissensbestandes sind, Eltern, beziehungsweise Mütter mit Behinderung in gleichem Maße. In welcher Weise genau, ist Gegenstand dieser Untersuchung.

In der jüngeren Vergangenheit war die Verwirklichung von Sexualität und Elternschaft für Menschen mit Behinderung nicht immer möglich. Insbesondere während der NS Zeit[32], aber auch bis in die jüngere Gegenwart[33] wurde die Sexualität von Menschen mit Behinderung staatlich kontrolliert und sanktioniert und wird aktuell unter dem Deckmantel der „Wahlfreiheit“ im Zuge pränataldiagnostischer Tests erneut eingeschränkt (vgl. dazu Hubbard 2006).

Gesellschaftliche Annahmen und Vorurteile über das „Wesen“ und die Sexualität und Körperlichkeit von Menschen mit Behinderung bewirken, dass die Statusposition „Elternschaft“ häufig gar nicht erst mit der Lebenslage „Behinderung“ in Verbindung gebracht wird: *„Inherent in this denial is a complex intertwining of prejudices about the body, discrimatory judgements about dependence and caring capacity, and prejudicial assumptions about expectations in intimate relationships“ (Lloyd 2001:718).*

Diese Haltung spiegelt sich auch in der Behindertenhilfe und im Wissenschaftsbetrieb wider: Es gibt in Österreich bis dato keine als solche ausgewiesenen speziellen Hilfsangebote für Eltern mit Behinderung und, wie schon eingangs beschrieben, nur wenige Studien, die sich mit Elternschaft und Behinderung aus wissenschaftlicher Sicht befassen. Ein gesellschaftlicher Bewusstseinswandel ist jedoch im Gange. So wurde in

[32] Mit der Schaffung eines „Eugenik Sterilisationsgesetzes“ bei der Machtübernahme Hitlers wurden nach Hubbard (2006) bis zum Jahr 1939 drei bis vierhundertausend Menschen mit Behinderung zwangssterilisiert (Hubbard 2006:97 n. Proctor 1988:108f.), im Zuge des Gesetzes zur „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ (Hubbard 2006:97) bis September 1941 über 70.000 Menschen mit Einschränkungen und psychisch kranke Kinder und Erwachsene getötet (Hubbard 2006:98).

[33] Zwangssterilisationen, insbesondere an Menschen mit intellektueller Beeinträchtigung, überwiegend an Frauen (Pixa-Kettner 1996), wurden in Deutschland bis zur Einführung des Betreuungsgesetzes 1992 (Köbsell 2003:171), in Österreich bis zum Inkrafttreten des Österreichischen Strafgesetzbuches 1975, völlig ungeregelt, seither „als Spezialregelung zum Sachverhalt der Einwilligung der Verletzten im StGB § 90, Abs. 2“ (Tatbestand „Schwere Körperverletzung“) besonders geregelt (siehe Trompisch (1998): http://bidok.uibk.ac.at/library/trompisch-sterilisation.html (Stand 3.6.2014)) fortgesetzt.

der UN-Konvention für Menschen mit Behinderungen – von Österreich am 30. März 2007 ratifiziert (http://www.bizeps.or.at/links.php?nr=135 Stand 3.6.2014) – in „Artikel 23“ explizit auf die „reproduktiven Rechte“ von Menschen mit Behinderung Bezug genommen. Die Vertragsstaaten werden aufgefordert, jegliche Diskriminierung von Menschen mit Behinderung in Bezug auf alle Fragen, die Ehe, Familie, Elternschaft und Partnerschaft betreffen, abzubauen, zu gewährleisten, dass Menschen mit Behinderung ihre Fruchtbarkeit behalten und zu sichern, dass ihnen die notwendigen Mittel zur Ausübung ihrer Elternrechte zur Verfügung gestellt werden (http://www.un.org/Depts/german/uebereinkommen/ar61106-oebgbl.pdf (S.22) Stand 3.6.2014). Die Umsetzung dieser Forderung ist rechtlich jedoch nicht bindend und bleibt den Vertragsstaaten überlassen.

Wissenschaftlerinnen mit Behinderung interpretieren den Bedeutungsgehalt der Termini „reproduktive Freiheit“ und „Care“ vor diesem Hintergrund anders als die Vertreterinnen der „Zweiten Frauenbewegung“.

## 3.1 „REPRODUKTIVE FREIHEIT“ UND „CARE“ AUS SICHT VON WISSENSCHAFTLERINNEN MIT BEHINDERUNG

Mit dem wohl bekanntesten Slogan „Mein Bauch gehört mir“ kämpften Frauen im Zuge der „zweiten Frauenbewegung“ in den 60er Jahren für ihr Recht auf „reproduktive Selbstbestimmung“ (Holland-Cunz 2003:143) – dafür, über ihren Körper und das, was mit diesem passiert, selbst entscheiden zu dürfen (ebd.). Sie erhoben Einspruch gegen den Konservativismus der 1950er und 60er Jahre und forderten eine Befreiung aus der patriarchal definierten Frauen- und Mutterrolle – vornehmlich durch die „Bezogenheit auf andere“ gekennzeichnet (Holland-Cunz 2003:109f., 145). Frauen entdeckten sich selbst als „Subjekte“ und „Objekte der Auseinandersetzung“, befreiten sich aus traditionellen Zuschreibungen und suchten Selbstverwirklichung abseits der für sie wenigen und engen vorgesehenen Lebenswege (ebd.:142-145). Die innerhalb erster feministischer Forschungen zu „Care“ geübte Kritik an der gesellschaftlichen Organisation von Sorgearbeit als die weibliche Arbeitskraft ausbeutend (Williams 2001:475) wurde nicht von allen Frauen geteilt. In den 1990er Jahren melden sich Frauengruppierungen zu Wort, die sich in dem dominanten Entwurf weißer westlicher

Feminstinnen von „Care“ als Frauen in ihrer Enfaltungsmöglichkeit „unterdrückend und einschränkend“ nicht mitgemeint fühlten (Cockburn 2005:80). Afroamerikanische Frauen zum Beispiel, die historisch tendenziell für andere als ihre eigenen Familien Sorgeleistungen zu erbringen hatten teilten die Kritik an diesem Sorge-Konzept nicht, eben so wenig, Frauen mit Behinderung. Feministische Wissenschaftlerinnen mit körperlichen Einschränkungen beanstandeten, dass es nicht gelungen sei, die Perspektive von Frauen mit Behinderung in den feministischen Care-Diskurs einzubringen: *„There is a remarkable absence of a disability perspective in feminist theorising about motherhood“ (Lloyd 2001:720).*

Während im Zuge erster feministischer Gesellschaftsanalysen in den 70er Jahren die Alleinverantwortung der Mütter und deren Alleinzuständigkeit für die Versorgung ihrer Kinder kritisiert und „Mutterschaft“ mit einem Verlust von Autonomie und Abhängigkeit von männlichen Ernährern assoziiert wurde (Herwartz-Emden 1995:30), kämpften und kämpfen Frauen mit Behinderung für das Recht auf die Ausübung dieser Rolle. Nach Kallianes und Rubenfeld (1997) erklären sich Frauen mit Behinderung mit den Forderungen der feministischen Bewegungen durchaus einverstanden – der Terminus „reproduktive Freiheit“ beinhaltet aus ihrer Sicht jedoch mehr – nämlich das Recht auf Schwangerschaft, Mutterschaft und die Ausübung der Mutterrolle (Kallianes/Rubenfeld 1997:204). Den Autorinnen zufolge laste in den meisten Gesellschaften der Gegenwart noch immer ein subtiler Druck auf Frauen, Mütter zu werden. Jene, die dieser Erwartung nicht nachkommen oder nicht nachkommen können, werden als „aufrührerisch“ und „vom Standard abweichend“ (oder auch als egoistisch) bezichtigt, beziehungsweise bemitleidet (Kallianes/Rubenfeld ebd.). Dies gelte, den Autorinnen zufolge, jedoch nicht für Frauen mit Behinderung: *“However, a double standard exists for disabled women, who have been seen as asexuall or ‘defective’ and undesirable as sexual partners or mothers. Both disabled and non-disabled women’s sexuality and reproductive capacities have been regulated by patriarchal society, but here expectations of women’s traditional reproductive role are reversed – what is expected, encouraged and, at times, compelled among non-disabled women is not expected, discouraged and proscribed among disabled women.“ (Kallianes/Rubenfeld 1997:205 n. Waxman 1993).*

So erwachse die Diskriminierung für Frauen mit Behinderung nicht etwa aus der Erwartung an diese, die Mutterrolle erfüllen zu müssen, sondern im Nicht Zugestehen dieser Rolle (Lloyd 2001:717). Deshalb sei es, so Lloyd, für Frauen mit Behinderung oft

umso erstrebenswerter, Mutterschaft zu verwirklichen und über diesen Weg Anerkennung zu finden: *„A primary issue for disabled women may be to establish recognition of her right to be seen as a sexual being, as being capable of reproduction, of filling the mothering role" (Lloyd 2001:718f.).*

Dass Mutter zu sein einen essentiellen Bestandteil der von den Frauen im Interview transportierten Selbstidentität darstellt, zeigt sich, wie später im Ergebnisteil noch dargestellt werden wird, im Rahmen dieser Studie sehr deutlich. Die Mutteridentität überlagert jene der behinderten Frau.

Beanstandet wurde auch die von westlichen Feministinnen vorgenommene Konzeption von Care. Dass Frauen mit Behinderung häufig selbst Unterstützung zur Organisation des Alltags brauchen, sei, so Keith (1992) in (früheren) feministischen Studien zu „Care" nicht berücksichtigt worden. Wissenschaftlerinnen mit Behinderung kritisieren die in feministischen Forschungen über „Care" gezogene Trennlinie zwischen „Abhängigkeit und Unabhängigkeit" als analytische Kategorie und die daraus hervorgegangenen Konzepte der Unterdrückung informeller Carer sowie die Konstruktion von Frauen mit Behinderung als Last (Keith 1992:170): *„Feminist research on care, it is argued, has ignored women who may need care (...)" (Keith 1992:167).* Diese Zugangsweise verstelle den Blick darauf, dass es möglich ist, „Carer" und „Cared-for" zugleich zu sein – was bei vielen Müttern mit Behinderung der Fall ist: *„So, disabled women are the providers as well as the recipients of care. Thus, constructions like of the disabled person as a burden and the informal carer as an oppressed woman are challenged" (Lloyd 2001:721).*

Frauen mit Behinderung seien, so Lloyd (2001), häufig mit dem Problem konfrontiert, dass sie als nicht fähig betrachtet werden, „Care Leistungen" zu erbringen weil sie selbst häufig Assistenz (in unterschiedlichem Ausmaß) benötigen (Lloyd 2001:720). Dies sei nach Lloyd (2001:724) problematisch, da Frauen mit Behinderung, um nicht den Verdacht zu wecken dass sie nicht zurecht kommen und „ganz normal" erscheinen wollen, oft nicht die Unterstützung einfordern, die sie brauchen würden: *„Disabled women may be drawn in the same undervalueing of the way in which they fulfil the caring role and responsibility if they cannot undertake all the tasks without assistance" (Lloyd 2001:724).*

Das „Beweisen müssen", eine gute Mutter zu sein, das Bestreben, dem Bild einer „normalen" oder sogar Supermutter zu entsprechen, gekoppelt mit dem dem Bedürfnis nach Autonomie in der Ausübung der Mutterrolle, stellt ein zentrales Ergebnis dieser

Studie dar und wird von den Frauen, wie noch gezeigt werden wird, auf unterschiedliche Weise repräsentiert.

Im Anschluss folgt nun die Darstellung der im Rahmen dieser Masterarbeit recherchierten empirischen Befunde zum Thema „Elternschaft im Kontext körperlicher Einschränkung".

## 3.2 EMPIRISCHE STUDIEN

Im deutschsprachigen Raum erscheint 2003 Gisela Hermes' Dissertation, die wenig später (2004) in Buchform mit dem Titel „Behinderung und Elternschaft leben - kein Widerspruch: Eine Studie zum Unterstützungsbedarf körper- und sinnesbehinderter Menschen in Deutschland" publiziert wird und die bislang umfassendste Studie zum Thema Elternschaft im Kontext körperlicher Behinderung im deutschsprachigen Raum darstellt. Eine weitere Dissertation, die ebenfalls die Situation von Eltern mit körperlichen Einschränkungen zum Thema hat, erscheint von Martin Behrendt mit dem Titel „Die Situation körperbehinderter Eltern: Eine empirische Untersuchung auf der Basis von Gesprächen" 1998.

Englischsprachige Publikationen zum Thema Mutterschaft, beziehungsweise Elternschaft im Kontext einer körperlicher Einschränkung können in diversen Fachzeitschriften ab den 1980er Jahren ausgemacht werden und stammen vorwiegend aus den USA und Großbritannien, vereinzelt auch aus Australien und Kanada. Bei den vorgefundenen Studien handelt es sich hauptsächlich um qualitative Erhebungen unterschiedlicher Samplegröße zum Thema „Mutterschaft, beziehungsweise Elternschaft im Kontext einer körperlichen Beeinträchtigung" (Thomas 1997[34], Prilleltensky 2003[35], 2004, Kaiser/Reid/Boschen 2012 [36] ) und um eine Überblicksarbeit über bereits

[34] Thomas Carols Studie (1997) basiert auf semistrukturierten Interviews mit 17 Frauen mit physischen Beeinträchtigungen, die zum Zeitpunkt des Gesprächs schwanger waren, in Betracht zogen, schwanger zu werden oder bereits kleine Kinder hatten. Thomas versucht in ihrer Untersuchung die Wirksamkeit sozialer Strukturen in individuellen Erzählungen aufzuspüren (Thomas 1997:624 n. Evans 1993).

[35] Prilleltensky Ora (2003) führte 26 Interviews mit 13 Frauen mit körperlichen Einschränkungen – die Mehrheit von ihnen Rollstuhlfahrerinnen – und hielt zusätzlich 4 Fokusgruppen mit insgesamt 35 kanadischen Teilnehmerinnen ab.

[36] Kaiser, Reid und Boschen (2012) haben in ihrer qualitativen Untersuchung zwölf kanadische Eltern mit einer Rückenmarksverletzung („spinal cord injury") mündlich befragt und deren Umgang mit Hilfen in Bezug auf die Versorgung ihrer Kinder erforscht.

vorhandene Forschungsarbeiten zum Thema (Kirshbaum/Olkin 2002[37]). Auch finden sich tagbuchartige Selbstreflexionen (Killoran 1994, Kent 2002) und persönliche Erfahrungsberichte (z.B. Kocher 1994; Gill 1994) unter der recherchierten Literatur.

Beinahe alle zitierten Forschungsarbeiten stammen von „Betroffenen" – überwiegend von Müttern mit körperlichen Beeinträchtigungen – selbst. Dies deutet darauf hin, dass Forscherinnen und Forscher mit physischen Einschränkungen im deutsch- wie auch im englischsprachigen Raum Bedarf sehen, die Situation von Eltern mit Behinderung zu beleuchten und für die breitere Öffentlichkeit sichtbar und zugänglich zu machen. In der Folge sollen nun die wichtigsten Ergebnisse aus diesen Studien zusammengefasst werden.

Gisela Hermes (2004) gibt in ihrer qualitativen Studie erste Einblicke in die Lebenslagen von Eltern mit unterschiedlichen körperlichen Einschränkungen. Hermes beleuchtet die Erfahrungen der Interviewten (n=12) am Übergang zur Elternschaft, ihre Unterstützungssituation und ihre jeweils erprobten individuellen Lösungsstrategien zur Bewältigung von Alltagsschwierigkeiten (Hermes 2004:91). Die Autorin geht auch auf das Thema „Persönliche Assistenz" ein und zeigt sowohl die Möglichkeiten, die diese Form der Unterstützung bietet, aber auch die Probleme auf, die sich in einer solchen „Dreierkonstellation" in Bezug auf die Gestaltung der Eltern-Kind-Beziehung ergeben (Hermes 2004:131). Zusätzlich zu der qualtiativen Erhebung führte Hermes eine quantitative Befragung durch[38], aus welcher hervorgeht, dass der Großteil der Befragten mit einem nicht behinderten Partner und einem oder mehreren Kindern in einem gemeinsamen Haushalt lebt (Hermes 2004:163). Die Mütter schildern je nach Behinderungsart unterschiedliche Probleme in der Alltagsbewältigung mit Kind (Hermes 2004:179f.). Die überwiegende Mehrheit der Frauen berichtet über Schwierigkeiten sowohl bei der Versorgung des Kindes in den ersten drei Lebensjahren als auch bei Aktivitäten außer Haus und in der Zugänglichkeit von öffentlichen Verkehrsmitteln und Einrichtungen (Hermes 2004:165f.). Mütter, die in einer Partnerschaft leben, gaben an,

[37] Kirshbaum's und Olkin's Studie (2002) basiert auf einem Überblick über bisherige Forschungsarbeiten zum Thema „Elternschaft im Kontext einer physischen Beeinträchtigung" in den USA. Die AutorInnen bemängeln, dass ein Gutteil dieser Studien auf die Suche nach „Problemen" in diesen Familien ausgerichtet ist und es daher besonders wichtig sei, Forschungen über Eltern mit Behinderung bedacht und sensibel anzulegen (Kirshbaum/Olkin 2002:66f.).

[38] Hermes kontaktierte verschiedene Behindertenberatungsstellen und -verbände und bat um die Verteilung von Fragebögen an Mütter mit Körper- oder Sinnesbehinderungen. Von 600 verteilten Fragebögen wurden 120 ausgefüllt retourniert (Hermes 2004:161ff.).

dass sie vorwiegend von ihrem Partner oder von Verwandten unterstützt werden, allein lebende Mütter von Persönlichen AssistentInnen und Tagesmüttern (Hermes 2004:174).

Martin Behrendt, selbst körperbehindert und Vater eines Sohnes, führte ebenfalls Interviews mit Eltern mit körperlichen Einschränkungen (n=50) durch. In seiner Dissertation (1998) beschreibt er, wie die Befragten die Schwangerschaft, Geburt, Kleinkindphase und Schulphase ihrer Kinder erlebt haben, geht darauf ein, wie die Gesellschaft auf das Elternsein der Befragten reagiert und zeichnet die alltäglichen Schwierigkeiten der Eltern bei der Versorgung ihrer Kinder nach.

Die englischsprachige Literatur unterscheidet sich von der deutschsprachigen insofern, als insbesondere in den Selbstreflexionen und persönlichen Erfahrungsberichten der Autorinnen mehr Selbstbewusstsein durchdringt, was das Erleben und die Ausgestaltung der Mutterrolle als Frau mit körperlicher Einschränkung betrifft. Dies steht aller Voraussicht nach mit gesellschaftlich unterschiedlichen kulturellen Idealen und Leitbildern von Mutterschaft (Vinken 2007, Badinter 2010, Herwartz-Emden 1995) und Autonomie im Kontext von Behinderung (Thelen 2014:33) im Zusammenhang.

Kent (2002) schildert in ihrem Beitrag ihre Erfahrungen als blinde Mutter und beschreibt unter anderem auch ihr Auftreten in der Öffentlichkeit, geprägt von Stolz und Selbstbewusstsein: *„I seized every opportunity to walk the streets, to ride the city buses, to present myself in the public" (Kent 2002:81).* Die Autorin berichtet von dem Eintritt in eine „neue Community", den sie mit dem Übergang zur Mutterschaft erlebt – einer „community of motherhood" (Kent 2002:83), in der nicht mehr die „Behinderung", sondern der „Status Mutterschaft" von Bedeutung ist (Kent 2002:83). Auch Kocher (1994:131) hebt den Anschluss an die „nicht behinderte Umwelt" als positive Erfahrung am Übergang zur Mutterschaft hervor. Die Autorinnen berichten des Weiteren über Schuldgefühle, die physischen Aspekte von Elternschaft nicht oder nur in eingeschränkter Form erfüllen zu können (z.B.: Kocher 1994:129f.) und betonen, wie auch meine Interviewpartnerinnen, jene Aspekte von Elternschaft, die ihnen (Kocher 1994:130), beziehungsweise den befragten Eltern (Prilleltensky 2004:219, Kaiser et al. 2012:133), gut gelingen – die Emotionalen: *„The essence of parenting is the emotional caring, commitment, closeness, and the guidance and values the parent gives to the child" (Kocher 1994:130).* Bauliche und einstellungsmäßige Barrieren (Kocher 1994:130, Killoran 1994:126, Kaiser et al. 2012:133) sowie entmutigende Erfahrungen im Umgang mit dem

medizinischen Personal (Gill 1994:119, Killoran 1994:124f., Prilleltensky 2003:44) werden von den Befragten als Beeinträchtigung der Mutterrolle und als Erfahrung des Ausgeschlossenwerdens thematisiert. Berichtet wird auch von sowohl hinderlichen als auch ermutigenden Reaktionen in Bezug auf die Schwangerschaft der Betroffenen von Seiten des persönlichen sozialen Umfeldes und des medizinischen Personals (Kent 2002:84, Prilleltensky 2003:44, Kaiser et al. 2012:127) sowie von hilfreichen und weniger hilfreichen Formen von Unterstützung (Prilleltensky 2003:40, Thomas 1997:636ff.) und dem Verhältnis der Befragten zu ihren Persönlichen AssistentInnen (Prilleltensky 2003:40). Die überwiegende Mehrheit der von Kaiser, Reid und Boschen (2012) interviewten Eltern berichten, in der Versorgung ihrer Kinder größtenteils auf informelle Unterstützungsleistungen zurückzugreifen, da „formelle Unterstützung" in ungenügender Weise zur Verfügung gestellt werden würde (Kaiser et al. 2012:133). Als nicht hilfreiche Formen von Unterstützung werden entmündigende Erlebnisse im Umgang mit SozialarbeiterInnen oder dem medizinischen Personal geschildert: *„A number of women in the study gave accounts of individual health workers who although well intended had 'taken over', had been unhelpful, or had lacked information or skills they required" (Thomas 1997:636).* Die weit verbreitete Vorstellung, dass Menschen mit Behinderung abhängig von der Hilfe anderer sind, führe, so Thomas (1997), zu der Annahme, dass diese (unbedingt) bestimmte Formen von Hilfe benötigten (Thomas 1997:639), was ein klassisches Beispiel für „disableism" sei: *„The impaired person is constructed as dependent and as reliant on the wisdom of 'expert others'. Disableism constructs women as the 'cared for', ignoring and excluding them as 'care givers'" (Thomas 1997:639 n. Morris 1995).* In einigen Studien wird der Drang der Interviewten, „der Umwelt" ständig beweisen zu müssen, als Elternteil mit Behinderung ein fähiger Elternteil zu sein (Kaiser et al. 2012:127, Kent 2002:85, Thomas 1997:622) beschrieben. Auch Ängste und Zweifel in Bezug auf die Gewährung von (genügend) Sicherheit für das Kind (Kaiser et al. 2012:127) werden von den Befragten thematisiert. Berichtet wird ferner auch von spezifischen Planungen und Überlegungen im Vorfeld der Schwangerschaft (Killoran 1994:126, Kaiser et al. 2012:128) und von einem gewissen Bedauern, Freizeitaktivitäten mit den Kindern in nur eingeschränktem Maß ausführen zu können (Kaiser et al. 2012:130). Als für alle Eltern bedeutsames Thema wurde in der Studie von Kaiser, Reid und Boschen (2012:127) das „Unabhängigsein (von Hilfen) in der Kinderbetreuung" erfasst. Ein weiteres interessantes Ergebnis zweier Untersuchungen (Kaiser et al. 2012, Thomas 1997) ist, dass für die

interviewten Frauen die Ausübung der Rolle der „primary care givers“ (Thomas 1997:639) von zentraler Wichtigkeit ist – *„In spite of their disability, most of the mothers in this study maintained the primary caregiver status within their home, a role that was highly important to them (…)“ (Kaiser et al. 2012:132f.)* – und die traditionelle Arbeitsteilung aufrecht erhalten wird, unabhängig davon, ob die Frau mit Behinderung selbst Assistenzleistungen bezieht oder nicht: *„Even if a male partner was present, disabled women were or continued to be, the main carers for children and other family members. (…) these women's self identities were very firmly tied to with being a successful mother and running a home“ (Thomas 1997:639).*

In den zitierten Studien finden sich bereits eine Reihe aufschlussreicher Ergebnisse in Bezug darauf, welche Erfahrungen Eltern mit Behinderung am Übergang zur Elternschaft machen, wie sie sich als Eltern, beziehungsweise Mütter positionieren und welche individuellen Strategien zur Bewältigung des Alltags sie entwickeln. So finden sich in beinahe allen Studien Schilderungen über negative Erlebnisse mit dem Gesundheitssystem während der Schwangerschaft und Geburt, über Reaktionen des persönlichen Umfeldes auf die Schwangerschaft und Elternschaft der Betroffenen, über Barrieren in der Umwelt oder in Form von „sozialen Reaktionen“ und über die (Un)Zufriedenheit mit erhaltenen Unterstützungsleistungen. In einigen der Forschungen werden Ängste am Übergang zur Elternschaft und Unsicherheiten in Bezug auf die Ausgestaltung der Elternrolle genannt (Thomas 1997, Kaiser et al. 2012), andere enthalten sowohl Informationen über „Selbstpositionierungen“ und „Care Praktiken“ von Müttern mit körperlichen Einschränkungen (Thomas 1997, Kaiser et al. 2012, Prilleltensky 2004, Kocher 1994) als auch über die Ausgestaltung von Assistenz-Beziehungen (Prilleltensky 2003, Hermes 2004).

Wie schon aus den angeführten Studien und auch teils aus dieser Forschungsarbeit hervorgeht, stellt das Unterstützungssystem der „Persönlichen Assistenz“ für Mütter mit körperlichen Einschränkungen nicht nur ein wesentliches Vehikel in der Alltagsbewältigung, sondern auch in der Ausgestaltung der Mutterrolle dar. Vor der Überleitung zum empirischen Part der Arbeit wird im nun folgenden Kapitel das Konzept der Persönlichen Assistenz in seinem Entstehungskontext, seinem allgemeinen Bedeutungsgehalt und seiner spezifischen Umsetzungsweise in Österreich näher beleuchtet.

# 4 KONTEXT: AMBULANTE UNTERSTÜTZUNG FÜR MENSCHEN MIT BEHINDERUNG

Seit dem letzten Jahrzehnt gilt die Umsetzung von „Selbstbestimmung“ für Menschen mit Behinderung als die zentrale Leitlinie der Behindertenpolitik sowohl in Deutschland als auch in Österreich (Waldschmidt 2003:o.S.).[39] Der Selbstbestimmungsgedanke geht auf die Zeit der Aufklärung zurück[40] und gilt als ein „Schlüsselbegriff der Gegenwart“ (Waldschmidt 1999:7): Er bezeichnet die als ideal betrachtete „Lebensform“ in „individualisierten Gesellschaften[41]“ und gilt als *der* zentrale Leitsatz im Kontext der Befreiungsbestrebungen von Menschen mit Behinderung aus fremdbestimmten Lebensverhältnissen (ebd.). Die Entwicklung des Modells der „Persönlichen Assistenz“ gilt als Meilenstein in den Emanzipationsbestrebungen von Menschen mit Behinderung (Watson et al. 2004:335). Die Impulse für dessen politische Implementierung sind von der so genannten Selbstbestimmt Leben Bewegung ausgegangen.

## 4.1 DIE SELBSTBESTIMMT LEBEN BEWEGUNG

Selbstbestimmung im Sinne der „freien Enfaltung der Persönlichkeit“ gilt seit der späten Moderne als ein „Grundrecht des Menschen“ (Waldschmidt 1999:7; Schimmel 2009:282). Das Individuum als autonomes Subjekt kann nunmehr unabhängig von

[39] Auch in der „Behindertenpädagogik“, in „sonderpädagogischen Diskursen“ oder im Bereich „institutioneller oder ambulanter Pflege“ hat Selbstbestimmung „als eigenständig zu beachtender Wert“ die Rechte von PatientInnen betreffend, wachsende Bedeutung erlangt (Kotsch 2012:35).

[40] Der Wortteil "Selbst" hat sich im Laufe des 18. Jahrhunderts, also zur Zeit der Aufklärung und frühen Moderne, herausgebildet, hat selbstreflexiven Charakter (Waldschmidt 2003a:o.S.) und verweist von der Wortgeschichte her auf ein einzelnes Wesen, das sich erkennt, indem es sich definiert und zugleich Macht über sich ausübt“ (Waldschmidt ebd.). Nach Immanuel Kant ist der Mensch grundsätzlich zu Selbstbestimmung fähig, da er über „praktische Vernunft“ verfügt (Waldschmidt 2003a:o.S. n. Kant 1993).

[41] Der Begriff „Individualisierungsgesellschaft“ wurde von Beck (1994) geprägt und meint komplexe Prozesse, die unsere Gesellschaft gegenwärtig prägen: Individuen sind heute (in westlichen Gesellschaften) weitgehend aus „vorgegebenen, sozialen Lebenswelten“, wie Klasse und Stand oder Familie/Verwandtschaft freigesetzt (Beck 1994:11). Der dadurch neu enstandene Rahmen für Entwicklung bietet Individuen neue Verwirklichungsmöglichkeiten, stellt aber auch neue Anforderungen an sie. Früher bekannte Selbstverständlichkeiten zerbröckeln, dem eigenen Leben „Sinn“ zu geben wird zur neuen Aufgabe (Keupp/Bilden 1989:21ff.). Biografien sind fast unbegrenzt offen. Die „Normabiografie“ wird zur „Bastelbiografie“ (Beck 1994:13). „Individualisierung“ oder auch die „Selbstinszenierung der eigenen Biografie“ wird vor diesem Hintergrund aber auch zum „Zwang“ und fordert einen hohen Anteil an Eigenleistung (Beck 1994:14). Nicht nur „Chancen“, sondern auch „soziale Risiken“ werden individualisiert (Beck 1994:58).

Tradition, Erziehung und Sozialstruktur seine persönliche Identität entwickeln und sein Leben tatkräftig gestalten (Waldschmidt 1999:7): *„Ursprünglich ein Konzept der bürgerlichen Eliten richtet sich der Selbstbestimmungsgedanke nunmehr an alle Menschen. Das Individuum will autonom leben; es soll autonom leben. Private Unabhängigkeit und persönliche Verantwortung machen die wesentlichen Bausteine der modernen Existenz aus. Den Hintergrund bildet eine globalisierte Ökonomie, die nicht mehr so sehr der arbeitenden Massen, sondern vielmehr des selbstständigen Unternehmers, des ‚flexiblen Menschen' (Sennett 1998) bedarf" (Waldschmidt 1999:8).*

„Selbstbestimmung" ist Anne Waldschmidt (1999:28) dem Menschen folglich nicht in Form einer anthropologischen Konstante grundsätzlich eigen, sondern bezeichnet ein „gesellschaftspolitisches Konstrukt" und eine „Dimension der sozialen Kategorisierung und Differenzierung[42]" (Waldschmidt 2003:o.S.). Selbstbestimmung erfordert Arbeit und braucht bestimmte gesellschaftliche Bedingungen, die die Entfaltung dieser ermöglichen. Eine Autonomie, die ganz und gar losgelöst vom gesellschaftlichen Hintergrund einfach „besteht", sei nach Waldschmidt (ebd.) „eine Fiktion".

Selbstbestimmung und der Kampf gegen Fremdbestimmung, innerhalb der Disability Forschung auch „Care [43] " genannt, spielt für Menschen mit Behinderung im deutschsprachigen Raum seit den 70er und 80er Jahren eine entscheidende Rolle (Steiner 2001:28). Inspiriert von der amerikanischen Independent Living Bewegung entstanden auch in Deutschland und Österreich erste Initiativen in Form von Selbsthilfegruppen, die gegen *„das überkommene Hilfesystem im Behindertenbereich" (Steiner 2001:29)*, gegen Erfahrungen der Ausgrenzung, Diskriminierung und Bevormundung, denen Menschen mit Behinderung in Behindertenheimen vermehrt ausgesetzt waren, protestierten (Waldschmidt 2003:o.S.).

Innerhalb der „Selbstbestimmt Leben Bewegung[44]" wird „Selbstbestimmung" vor allem als Gegenbegriff zu „Fremdbestimmung" definiert. Fremdbestimmend können neben

[42] Anhand des Grades der „Vernünftigkeit" und somit der Autonomiefähigkeit wird gesellschaftlich bestimmt, welche Personengruppen und welche nicht an den seit der Zeit der Aufklärung etablierten Freiheitsrechten teilhaben dürfen (Waldschmidt 2003:o.S.).

[43] Während im feministischen Care Diskurs der Fokus auf die Sorge tragenden Carer gelegt und Kritik an Care als die Ressourcen von Frauen ausbeutend geübt wurde und wird (Watson et al. 2004:331), wird der Fokus innerhalb der Disability Movement und -Forschung auf die EmpfängerInnen von Care, auf die „Cared for" gelenkt. „Care" im Sinne eines asymmetrischen Betreuungsverhältnisses wird vor diesem Hintergrund als zur Marginalisierung und Beschränkung von Menschen mit Behinderungen beitragend abgelehnt (Watson et al. 2004:332, Williams 2001:478, Kröger 2009:403).

[44] Zur österreichischen Selbstbestimmt Leben Bewegung siehe http://www.slioe.at/ (Stand 9.9.2014)

„Sachzwängen und der fachlichen Betreuung in Institutionen“ (Franz 2002:18)[45]“ auch „behindernde Strukturen und Barrieren in der Umwelt“ oder „gesellschaftliche Normen“ (ebd.) sein – zum Beispiel die Erwartung an Individuen in individualisierten Gesellschaften, möglichst selbstständig zu sein (ebd.). „Selbstbestimmung“ bedeutet aus Sicht der „Selbstbestimmt Leben Bewegung“ und der „Disability Studies“ eben gerade *nicht* „selbstständig“ zu sein, im Sinne von physisch etwas selber tun (Franz 2002:19), sondern „unabhängig“ zu sein vom Willen anderer –„selbstbestimmte Entscheidungen “ treffen zu können und „Wahlmöglichkeiten“ zu haben: *„For disabled people, independence is primarily about equity, empowerment, choice and control over their own lives” (Kröger 2009:407).*

Die Begriffe „Unabhängigkeit“, „Autonomie“ und „Selbstbestimmung“ werden innerhalb der „Disability Movement“ weitgehend synonym verwendet. Die Inanspruchnahme von „selbstbestimmten Hilfen“ zur Gestaltung des Alltags wird demnach nicht mit „Abhängigkeit“ und dem Verlust von Autonomie assoziiert, sondern als Möglichkeit, als Voraussetzung betrachtet, ein „selbstbestimmtes Leben“ führen zu können (Franz 2002:20f.).

Waldschmidt (1999:28) beschreibt das Selbstbestimmungsbestreben von Menschen mit Behinderung als „verspätete Befreiung“: Der moderne „Individualismus“ ermöglicht Menschen mit Behinderung (vor allem jenen mit körperlichen Einschränkungen[46]), denen bis ins 20. Jahrhundert bürgerliche Rechte und „Subjektivität“ aberkannt wurden, endlich das Verwirklichen ihres Wunsches nach Selbstbestimmung (Waldschmidt 1999:9, 25, 43).

[45] Institutionen der Behindertenhilfe entwickeln aus der Sicht der Disability Movement formale Strukturen und Sachzwänge, die Menschen mit Behinderung übergestülpt werden und sie „fremd bestimmen“. Ambulante und stationäre Pflegedienste legen fest, welches Personal die Pflege ausführt: Männer oder Frauen, Zivildiener oder PraktikantInnen. Heim- oder Hausordnungen regeln Besuchszeiten, Essenszeiten, sowie den Besitz von Haustieren und Möbeln. Vorherrschende Sachzwänge geben vor, wann aufgestanden, gefrühstückt, geduscht oder gebadet wird (Franz 2002:17f.). Fremdbestimmung wird auch durch „Fachlichkeit“ und „Betreuung“ geschaffen: *„Eine fremdbestimmende Fachlichkeit, die so genannte ‚Professionelle‘ in Handlungsfeldern der Pädagogik, Psychologie, Medizin und Therapie zu ExpertInnen für die Belange behinderter Menschen erhebt, sowie eine entmündigende, fürsorgliche Betreuung durch das tradierte Hilfesystem können als verantwortlich für fremdbestimmende Lebensstrukturen von Menschen mit Behinderung angesehen werden“ (Franz 2002:18).*

[46] Waldschmidt (1999:25) verweist in diesem Zusammenhang darauf, dass vor allem Frauen und Männer mit körperlichen Einschränkungen ihr Recht auf ein selbstbestimmtes Leben haben durchsetzen können. Die Mehrheit der Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen leben nach wie vor in Institutionen. Da die „Geisteskräfte“ von Menschen mit Lernbehinderungen als schwach eingestuft werden, ist es für diese ungleich schwerer als Subjekte anerkannt zu werden (ebd.).

Selbstbestimmung wird in der „neoliberalen Moderne“ jedoch auch zur „Pflicht“ und entfaltet „disziplinierenden Charakter“ (Waldschmidt 1999:42f.). Im Neoliberalismus werden die Individuen sich selbst überlassen. Eine autonome Lebensweise im Sinne des Nichtangewiesenseins auf Andere gilt in individualisierten Gesellschaften als höchster Wert. „Selbstenfaltung“ und „Eigenverantwortung“ wird zur Verpflichtung – „der auf sich allein gestellte Starke ist gefragt“ (Waldschmidt 1999:43). Abhängig sein von und angewiesen sein auf andere Menschen wird negativ bewertet. Der „verallgemeinerte Individualismus“ berge, so Waldschmidt (1999:44) für Menschen mit Behinderung somit „zwei Enden“: *„Er ermöglicht ihnen einerseits – endlich! – die Emanzipation; andererseits konfrontiert er sie mit der schlichtweg unerfüllbaren Anforderung, ganz alleine auf sich gestellt zu sein“ (ebd.).*

Obschon für alle Menschen gleichermaßen gilt, dass es bestimmte Rahmenbedingungen braucht, um Selbstbestimmung verwirklichen zu können (Waldschmidt 1999:13), erweist sich die Herstellung einer selbstbestimmten Subjektivität unter den Bedingungen einer gesundheitlichen Einschränkung, so Waldschmidt (1999), als störanfälligerer und fragilerer Prozess, erfordert mehr Arbeit und eine bewusstere Reflexion (Waldschmidt 1999:10).

Im Rahmen dieser Studie zeigt sich, dass die von der Disability Bewegung- und Forschung vorgenommene Definition von Selbstbestimmung nicht von allen interviewten Müttern mit Behinderung geteilt wird. Die Frauen definieren und erreichen Selbstbestimmung auf unterschiedliche Weise. Vor allem in Bezug auf die Ausgestaltung der Mutterrolle aber auch in der Bewältigung des Alltags gemeinhin orientiert sich die Mehrheit der Mütter an der gesamtgesellschaftlich üblichen individualistischen Konzeption von Autonomie. Dies zeigt sich daran, dass zumindest vier der befragten Mütter bemüht sind, ihren Unterstützungsbedarf so gering wie möglich zu halten und die Mutterrolle und Bewältigung des Alltags autonom im Sinne von selbstständig zu leisten.

Um Menschen mit Behinderung aus Abhängigkeitsverhältnissen – institutioneller aber auch informeller Art[47] – zu befreien, wurde, ausgehend von den Initiativen der weltweit

[47] In diesem Kontext sei die Studie von Rose Galvin (2004) erwähnt, die zeigt, dass auch das Angewiesensein auf die Hilfe von Familienangehörigen für Menschen mit Behinderung als belastend und problematisch erlebt werden kann, da die erhaltene Hilfe nicht in gleicher Weise rekompensiert werden kann und der Eindruck, keine Gegenleistung erbringen zu können und eine Belastung zu sein zu Schuld- und Schamgefühlen bei den Betroffenen führt (Galvin 2004:139). Diese „Komponente“ enfällt, wenn

sich formierenden Behinderten- und Selbstbestimmtlebenbewegungen, das Modell der „Persönlichen Assistenz“ entwickelt, welches nachfolgend zunächst allgemein und schließlich in seiner spezifischen österreichischen Ausprägung vorgestellt wird.

## 4.2 DAS MODELL DER PERSÖNLICHEN ASSISTENZ

Der Kerngedanke „Persönlicher Assistenz“ ist, dass Menschen mit Behinderung als ArbeitgeberInnen eine aktive Rolle in der Gestaltung der Assistenzbeziehung einnehmen (Watson et al. 2004:335). „Persönliche Assistenz“ findet innerhalb der persönlichen, vertrauten Umgebung oder auch am Arbeitsplatz nach den jeweiligen Wünschen und Bedürfnissen der ArbeitgeberInnen statt (ebd.) und kann vielfältige Bereiche und Inhalte umfassen – zum Beispiel Assistenz bei der Körperpflege, im Haushalt, der Mobilität, bei der Ausbildung oder Berufstätigkeit (Rehfeld 2001:53f.), oder, wie im Rahmen dieser Studie gezeigt wird, auch bei der Ausführung der Elternrolle. Die zeitliche Dauer und Häufigkeit der Inanspruchnahme von Persönlichen AssistentInnen kann, je nach individuellem Bedarf, beträchtlich variieren (Rehfeld 2001:55). Die Aufgabe von Persönlichen AssistentInnen ist, nach den Anweisungen und Anleitungen der AssistenznehmerInnen zu handeln. Die Rolle einer Persönlichen AssistentIn gut erfüllen zu können, erfordere nach Rehfeld (2001:56) das Vorhandensein bestimmter „persönlicher Fähigkeiten“ – zum Beispiel, sich als Person zurücknehmen zu können, die Privatheit der AssistenznehmerIn zu achten und Akzeptanz und Toleranz gegenüber dem Lebensstil der jeweiligen ArbeitgeberInnen aufbringen zu können (ebd.). Persönliche AssistentInnen kommen aus den verschiedensten Bereichen, viele studieren noch und verfügen über keine spezielle fachliche, insbesondere pädagogische Ausbildung (Kelly 2011:563). Auf diese Nichtfachlichkeit des Personals wird in der Rekrutierung von Persönlichen AssistentInnen großer Wert gelegt. Die Grenze zu „Care“, zu „Pflege“ und die nicht-Erwünschtheit von Bevormundung soll deutlich markiert werden (Williams 2001:482): *„An important argument against a professionalisation of the assistants would be that the Independent living ideology easily could be undermined and the rehabilitation paradigma re-*

Menschen mit Behinderung durch „Direktzahlungen“ die benötigten Leistungen selbst am „Markt“ einkaufen können (Theunissen/Plaute 2002:51).

*established" (Askheim 2010:336).* Eingeschult werden die Persönlichen AssistentInnen von den DienstgeberInnen selbst.

Die Konzeption von „Persönlicher Assistenz" als „nüchternes Arbeitsverhältnis", entspricht jedoch, wie anhand einiger Forschungsarbeiten (Ungerson 1999, Karner 1998, Skar and Tamm 2001, Koch/Mahnke 1992, Kotsch 2012) bereits gezeigt wurde, nicht der tatsächlichen Praxis. Die zitierten Studien belegen, dass „Care Elemente" im Sinne von „emotion work" (Hochschild 1983) in Assistenzbeziehungen eine tragende Rolle spielen: *„Unsurprisingly there is already some evidence that disabled people and their assistance do not experience Personal Assistance in purely contractual, unemotional and instrumental terms" (Watson et al. 2004:338).*

So können derlei als „formell konzipierte Arbeitsbeziehungen" den Charakter von „Eltern-Kind-Beziehungen", „Freundschaften" (Skar/Tamm 2001) oder auch „Liebesbeziehungen" annehmen, wie aus meiner eigenen Forschung hervorgeht. Wie Karner (1998) in ihrer Studie zu „homecare workers" zeigt, entwickeln sich auch teils „familienähnliche Verhältnisse" zwischen „Caretaker" und „Carereceiver", vor allem dann, wenn die eigene Familie nicht in den Care Prozess involviert ist.[48] Aufgrund des hohen Grades an Nähe und Intimität in den Assistenzbeziehungen fällt die Abgrenzung zwischen Arbeitsverhältnis und Freundschaft oft besonders schwer. Assistenzbeziehungen, die in Freundschaften übergehen, können auch in Abhängigkeitsverhältnissen münden (Koch/Mahnke 1992:22f.). Assistenzbeziehungen gestalten sich demnach äußerst komplex und beinhalten in der Regel ein hohes Maß an „Reziprozität" und „emotionaler Involviertheit" auf beiden Seiten (Watson et al. 2004:338).[49]

[48] In diesen Studien zeigt sich, dass Care nicht nur eine „Folge" von Beziehungen ist, sondern auch Beziehungen schafft (Thelen 2014:34).

[49] Vor diesem Hintergrund wurde vor allem von feministischen Forscherinnen Kritik an der „Auslöschung" von „Care", wie sie im Zuge der Einführung Persönlicher Assistenz von der „Independent Living Bewegung" vorgenommen wurde, geübt. Eine solche Konzeption von „Persönlicher Assistenz" verdecke und negiere „Care" als wichtigen Bestandteil dieser Arbeitsbeziehungen: *„The notion of ‚emotion work' (Hochschild 1983) is totally downplayed in the conception of Personal Assistance as a business arrangement between the disabled person, who is the employer, and the assistant, who is the employee" (Watson et al. 2004:337).*

## 4.3 PERSÖNLICHE ASSISTENZ IN ÖSTERREICH

Persönliche Assistenz, beziehungsweise die Gewährung „Persönlicher Budgets“, die es Menschen mit Behinderung ermöglichen soll, jene Leistungen, die sie benötigen, am privaten Markt einzukaufen, existieren in Ländern wie Schweden und den Niederlanden seit 1994 beziehungsweise 1995, in Großbritannien in Form von „direct payments“ seit 1997 und in Deutschland seit 2001 (Loeken 2006:30-37). In Österreich können Menschen mit Behinderung seit 2008 die so genannte „Pflegegeldergänzungsleistung“ zur Finanzierung Persönlicher Assistenz beantragen. Dies ist eine freiwillige Leistung des „Fonds Soziales Wien[50]“. Das heißt, es besteht kein Rechtsanspruch auf den Erhalt dieser (Widl 2006[51]).

Persönliche Assistenz kann in Österreich entweder über das „ArbeitgeberInnenmodell“ oder über eine „Assistenzorganisation“ organisiert werden. Während im „DienstgeberInnenmodell“ wesentliche Funktionen, wie „Personalkompetenz“, „Finanz- und Organisationskompetenz“ von der Dienstgeberin/dem Dienstgeber selbst ausgeführt werden, wird beim Bezug Persönlicher Assistenz über eine Organisation die Finanzkompetenz sowie Beratung und Hilfestellung in Konfliktsituationen von der Organisation geleistet (Franz 2002:243fff.). Dies schlägt sich auch in den Kosten nieder. Das „ArbeitgeberInnenmodell“ sei, so Mayrhofer (2010:7 [52] ), das (weitaus) kostengünstigere und werde von AssistenznehmerInnen überwiegend bevorzugt. Manche AssistenznehmerInnen kombinieren auch beide Modelle (ebd.). Persönliche Assistenz wird in Österreich überwiegend von Frauen ausgeübt (ebd.). Die Arbeitsverhältnisse finden sozialversicherungspflichtig oder unter der Geringfügigkeitsgrenze meist in Form der „freien DienstnehmerInnenschaft“ statt. Lohnfortzahlungen im Krankheitsfall werden oft nicht geleistet. Am häufigsten im ArbeitgeberInnenmodell beschäftigt sind Studierende (Franz 2002:44).

[50] http://www.fsw.at/ (Stand 9.9.2014)
[51] Wildl Klaus (2006): Persönliche Assistenz-Wiener Modell. Siehe www.bizeps.or.at/news.php?nr=6942 (Stand 3.6.2014).
[52] Siehe http://behinderung.fsw.at/downloads/dokumente/PGEval_2010_Endbericht.pdf (Stand 3.6.2014).

Ein aktueller Bericht über die Situation Persönlicher Assistenz in Österreich (Stockner 2011[53]), von „SLIO[54]“ in Auftrag gegeben, bringt Aufschlüsse über Zahlen und Fakten zu „Persönlicher Assistenz“, die von offizieller Seite nicht zur Verfügung stehen.[55] Nach Stockner leben in Österreich nur etwas mehr als 1.000 Menschen mit Persönlicher Assistenz während mindestens 15.000 Frauen, Männer und Kinder mit Behinderung in Wohneinrichtungen der Behindertenhilfe, beziehungsweise in Alten- und Pflegeheimen untergebracht sind. Die Ausgaben der öffentlichen Hand für Maßnahmen der „institutionellen Segregation“ übersteigen jene für betreutes Wohnen beziehungsweise den Ausbau „Persönlicher Assistenz“ um ein Vielfaches (Stockner 2011:3). Persönliche Assistenz in Österreich ist in jenen Bundesländern am stärksten ausgebaut, in denen erfolgreiche Selbstbestimmt Leben Organisationen bestehen. Was die individuelle Bedarfsabdeckung betrifft, stellt Wien die höchsten Leistungen zur Verfügung, das Tiroler Modell weist den umfassendsten BezieherInnenkreis auf. Die Systeme in Salzburg, Kärnten und Vorarlberg müssen nach Stockner *„als kaum ausgebaut bis gar nicht vorhanden bezeichnet werden“ (Stockner 2011:3).*

Um Persönliche Assistenz beantragen zu können, müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllt werden. Ein Antrag auf Persönliche Assistenz kann in Wien beispielsweise nur von Menschen mit einer körperlichen Beeinträchtigung, die Pflegegeld der Stufen 3 bis 7 beziehen, im erwerbsfähigen Alter sind, in einem Privathaushalt in Wien leben, die österreichische Staatsbürgerschaft haben oder durch das EWR-Abkommen begünstigt sind, eine Berufsunfähigkeits- oder Invaliditätspension, Sozialhilfe, Notstandshilfe, Arbeitslosengeld oder Kindergeld beziehen, beantragt werden. Menschen mit intellektuellen oder psychischen Beinträchtigungen und Personen, die besachwaltert werden, sind vom BezieherInnenkreis „Persönlicher Assistenz“ in Österreich ausgeschlossen. Der Status Elternschaft wird bei der Berechnung Persönlicher Assistenz bislang offiziell nicht berücksichtigt.[56]

[53] Siehe http://www.slioe.at/downloads/themen/assistenz/PA_institutionelle_Segregation.pdf (Stand 3.6.2014)
[54] Siehe http://www.slioe.at/ (Stand 9.9.2014)
[55] Die Darstellungen gründen auf persönlicher Kommunikation (telefonisch oder via email) mit den Ämtern der Landesregierungen und den relevanten Leistungserbringern beziehungsweise KonsumentInnen (Stockner 2011:2).
[56] Siehe http://behinderung.fsw.at/unterstuetzung_im_alltag/pflegegeldergaenzungsleistung.html (Stand 3.6.2014)

Die Höhe der zugesprochenen Leistung richtet sich folglich nach dem Grad der Beeinträchtigung und der jeweiligen Zuordnung zu einer Pflegestufe. Sehbehinderte und blinde Menschen sind im Wiener Modell der Pflegestufe 3 beziehungsweise 4 zugeordnet, das heißt ihr Anspruch auf Persönliche Assistenz ist im Vergleich zu RollstuhlfahrerInnen, die in eine höhere Pflegestufe fallen, quantitativ bedeutend geringer (http://www.fsw.at/export/sites/fsw/fswportal/downloads/broschueren/senioren/SenPflege.pdf Stand 3.6.2014). Ähnlich verhält es sich in Niederösterreich (http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008859 Stand 2.9.2014).

Nach der Einführung in theoretische Begrifflichkeiten und Konzepte sowie in den aktuellen Forschungsstand zum Thema Elternschaft im Kontext einer körperlichen Einschränkung und den spezifischen ambulanten Hilfekontext für Menschen mit Behinderung in Österreich werden im nun folgenden Teil die empirische und methodologische Anlage der Studie sowie der konkrete Forschungsablauf von der Fragestellung bis zur Ergebnisdarstellung dargelegt und für den/die Leser_in transparent gemacht.

# 5 EMPIRISCHE VORGEHENSWEISE

Die Frage nach Repräsentationsformen von Mutterschaft im Kontext einer körperlichen Einschränkung wird über eine qualitative, offene Herangehensweise an den Forschungsgegenstand[57] – über den Einsatz Narrativer Interviews (Schütze 1977, 1983) in Kombination mit einem semistrukturierten Fragebogen – erschlossen. Insgesamt sechs Mütter mit Körper- und Sinneseinschränkungen aus Wien und Niederösterreich konnten für die Teilnahme an dieser Studie gewonnen werden. Nicht die gesamte Biografie der Befragten ist Gegenstand der Untersuchung, sondern ein bestimmter „Lebensausschnitt" – der Übergang zur Mutterschaft und die Zeit danach. Die retrospektiven Deutungen der Interviewten werden verstehend-rekonstruktiv im Rahmen der Methodologie „narrativ-biografischer Interviews" (Lamnek 1995a, Dausien 1994, 1996, 2008, Lucius-Hoene/Deppermann 2002, 2004, Rosenthal 2008) aufgearbeitet. Eine solche methodische Vorgehensweise fußt auf bestimmten forschungstheoretischen und methodologischen Maximen, die in der Tradition des „Interpretativen Paradigmas[58]" stehen. Die konkrete diese Forschung anleitende Frage lautet:

*„Welche Erkenntnisse über Repräsentationen von Mutterschaft im Kontext einer körperlichen Beeinträchtigung lassen sich aus den Erzählungen von Müttern mit Körper- und Sinneseinschränkungen gewinnen?"*

Die Forschungsfrage beziehungsweise auch die Intervieweinstiegsfrage fokussiert den Aspekt Mutterschaft im Kontext der Erfahrung von Behinderung im Leben der Befragten. Sie schließt an bereits bestehende empirische Befunde zum Thema, wie in Punkt 3.2

[57] Ein qualitatives Forschungsvorgehen ist durch eine bestimmte „Forschungshaltung" (Froschauer/Lueger 2009:144) – durch die Prinzipien „Offenheit" und „Kommunikation" (Rosenthal 2008:39) – gekennzeichnet, die sowohl in der Erhebungs- als auch der Auswertungsphase eines Forschungsprojekts zu beachten ist, wie im Kapitel „Forschungsprozess" noch näher nachzulesen sein wird.

[58] Das interpretative Paradigma kann als „grundlagentheoretische Position" bezeichnet werden, die davon ausgeht, dass alle Interaktion ein interpretativer Prozess ist, in dem die Handelnden sich durch sinnhafte Deutungen dessen, was andere tun oder tun könnten, aufeinander beziehen (Lamnek 1995a:43). Interpretative Sozialforschung begreift soziale Wirklichkeit und damit den Untersuchungsgegenstand der Sozialwissenschaften demnach als eine durch Interpretationshandlungen Konstituierte (Froschauer/Lueger 2009:59). Die Deutungen der Individuen sind nicht beliebig, sondern basieren auf jenen im Verlauf der Sozialisation erworbenen und internalisierten kollektiv verteilten Wissensbeständen (Rosenthal 2008:40). Die Aufgabe interpretativer Sozialforschung ist, diese Deutungen zu erschließen und verfügbar zu machen (Froschauer/Lueger 2009:59).

ausgeführt, an, ist jedoch offen genug, um auch neue Erkenntnisse und Einsichten in den Forschungsgegenstand zu ermöglichen.

Ein besonderes Augenmerk wird im Rahmen dieser Arbeit darauf gelegt, in welcher Weise die Protagonistinnen das Heranziehen von Hilfen bei der Ausgestaltung der Mutterrolle – formeller oder informeller Art – in den Erzählungen thematisieren. Die Betrachtung dieses Gesichtspunktes erlaubt Aufschlüsse über das Vorhandensein und die Erwünschtheit sozialer Unterstützung zur Ausgestaltung der Mutterrolle und etwaiger Ambivalenzen, die sich hinsichtlich der Inanspruchnahme dieser Hilfen ergeben (siehe z.B. Karner 2004). So werden die gesellschaftlichen – in diesem Fall die spezifisch österreichischen Rahmenbedingungen, innerhalb derer Mütter mit körperlichen Einschränkungen Elternschaft gestalten – in besonderer Weise berücksichtigt und das in der Literatur beschriebene Spannungsverhältnis als Mutter mit Behinderung „Carer" und „Cared for" zu gleich zu sein (Lloyd 2001) ausgelotet.

## 5.1 FORSCHUNGSPROZESS

Die Suche nach InterviewpartnerInnen im Raum Wien und Niederösterreich[59] erstreckte sich über ein halbes Jahr und erfolgte zum einen auf informellem Weg – im Zuge meiner Tätigkeit als Persönliche Assistentin über meine damaligen Kundin und zum anderen auf Formellem – über die Aussendung zweier Briefe an zwei Wiener Organisationen – an die „WAG[60]" („Wiener Assistenzgenossenschaft") – eine von Menschen mit Behinderung gegründete Organisation, die Persönliche AssistentInnen an Menschen mit Körper- und Sinneseinschränkungen in Wien und Niederösterreich vermittelt und auch Sozialberatung anbietet – und den „Blinden- und Sehbehindertenverband [61] in Wien" – einer Beratungseinrichtung für blinde Personen und Menschen mit Seheinschränkungen aus Wien, Niederösterreich und dem Burgenland.

[59] In der Konzeption weiterer an diese Arbeit anschließenden Forschungsprojekte empfielt es sich, auch andere „Räume" zu erschließen, als, wie in Kapitel 4.3 gezeigt wurde, das Unterstützungssystem der Persönlichen Assistenz, welches für zumindest zwei der im Rahmen dieser Studie interviewten Mütter ein wesentliches Vehikel in der Ausgestaltung der Mutterrolle darstellt, in bestimmten österreichischen Bundesländern als „noch kaum ausgebaut" zu bezeichnen ist (Stockner 2011:3).
[60] Siehe http://www.wag.or.at (Stand 5.12.2013)
[61] Siehe http://www.braille.at/ (Stand 5.12.2013)

Das Untersuchungsfeld weist wegen meiner Tätigkeit als „Persönliche Assistentin“ einen Bezug zu meiner eigenen Lebenswelt auf. Diese Verbindung birgt einerseits die Gefahr, dass die notwendige Distanz zum Untersuchungsgegenstand unzureichend ist und relevante soziale Phänomene übersehen werden, wenn sie zu den Alltagsselbstverständlichkeiten der Forscherin gehören, andererseits ist dieser (persönliche) Bezug die wesentliche Voraussetzung dafür, Zugang zu der interessierenden Zielgruppe und deren Wissen zu bekommen (Kelle/Kluge 2010:33f.).

Die ursprüngliche Ausrichtung der Untersuchung auf Eltern mit physischen Einschränkungen wurde im Verlauf der Forschung abgeändert, als sich ausschließlich Mütter mit Behinderung als Forschungsteilnehmerinnen zur Verfügung gestellt haben, was zeigt, dass sich Väter mit körperlichen Einschränkungen von der Thematik nicht angesprochen fühlen oder nicht erreicht werden konnten. Der Untersuchungsgegenstand ist demnach in wesentlicher Weise durch die Kategorie „Geschlecht“ moderiert.

Meine erste Interviewpartnerin, Frau Gabler, lernte ich im Juli 2012 beim Verlassen einer Veranstaltung des Beratungszentrums „Bizeps“, zu der ich meine Kundin begleitete, kennen. Im Gespräch stellte sich heraus, dass Frau Gabler auch die Leiterin einer Beratungsstelle spezifisch für Frauen mit Behinderung in Wien ist und ich sie ohnehin kontaktieren wollte. Frau Gabler erklärte sich sogleich für ein Interview bereit. Das Gespräch fand einen Monat danach, am 5. September 2012, in Frau Gablers Büro im Westen von Wien statt. Wenige Zeit später konnte eine weitere Mutter mit physischer Einschränkung, Frau Eisenauer, eine Bekannte meiner Kundin, für ein Interview gewonnen werden. Die Kontaktaufnahme fand per email, das Gespräch am 27. September 2012 in Frau Eisenauers Büro in der Wiener Innenstadt statt. Nach einer ersten Reflexionsphase und parallelen Aufarbeitung der Theorie erfolgte im November 2012 der nächste Anlauf, mit dem Ziel, weitere InterviewpartnerInnen zu rekrutieren. In der Hoffnung und Erwartung, möglichst viele Mütter und Väter mit unterschiedlichen körperlichen Einschränkungen und unterschiedlich hohem Unterstützungsausmaß zu erreichen, nahm ich Kontakt mit den beiden schon erwähnten Organisationen auf. Sowohl die Leiterin der „WAG“ als auch eine Mitarbeiterin des Büros des „Blinden- und Sehbehindertenverbandes“ erklärten sich einverstanden, ein von mir verfasstes Schreiben, in dem ich mein Forschungsinteresse erkläre und um eine Teilnahme an meiner Studie in Form von „persönlichen Gesprächen“ bitte, an ihre Kundinnen und

Kunden weiterzuleiten. Die WAG leitete mein Schreiben unmittelbar (am 19.11.2012) via email an ihre KundInnen weiter, der PR-Referent des Blinden- und Sehbehindertenverbandes integrierte meine Anfrage in die Dezember-Ausgabe des Online-Newsletters des Verbandes und brachte sie auf diese Weise an das Zielpublikum. Bereits wenige Tage nach dem Verschicken des Schreibens kontaktierten mich am 20. und 21.11.2012 zwei Mütter mit Seheinschränkungen über die „WAG“ per email und erklärten sich für ein Gespräch bereit. Das Interview mit Frau Wenigwieser fand am 4. Jänner 2013 in deren Haus in einem kleinen Ort in Niederösterreich statt, jenes mit Frau Zellinger am 21.2.2013 in deren Wohnung in einem südlichen Wiener Gemeindebezirk. Am 13.12.2012 erreichten mich in Resonanz auf die Aussendung des Blinden- und Sehbehindertenverbandes zwei weitere emails – ebenfalls von Müttern mit Seheinschränkungen – die sich zu einem Interview bereit erklärten. Das Gespräch mit Frau Böhnisch fand am 21.1.2013 in deren Wohnung im Westen Wiens, das Interview mit Frau Steindl einige Zeit davor, am 11.1.2013, ebenfalls in deren Wohnung in einem nördlichen Wiener Gemeindebezirk statt.

Der Forschungsprozess wurde weitgehend nach den Prinzipien qualitativer, interpretativer Sozialforschung (Lamnek 1995a:22fff., Rosenthal 2008) organisiert. Parallel zur Erhebung der Interviews erfolgte die schrittweise Aufarbeitung der Theorie zum Forschungsgegenstand. Auf Vorab-Hypothesen wurde verzichtet, mit dem Ziel, möglichst viel Neues im Forschungsfeld zu entdecken. Die „theoretische Strukturierung“ des Forschungsgegenstands wurde zurückgestellt, bis sich die Strukturierung des Forschungsgegenstands durch die Forschungssubjekte herausgebildet hat (Rosenthal 2008:39 n. Hoffmann-Riem 1980:346). Nach jedem Interview erfolgte eine kurze Reflexionsphase, in der auch Memos verfasst wurden, in denen subjektive Eindrücke während und nach den Interviews verarbeitet sowie erste Interpretationsversuche unternommen wurden. Die Forschungsfrage sowie die methodische Vorgehensweise wurden im Verlauf der Forschung an den Forschungsgegenstand angepasst und geringfügig abgeändert. Das Wissen und die Erfahrungen aus den bereits geführten Gesprächen wurden in die jeweils Folgenden mitgenommen. Es ergab sich eine schrittweise Verdichtung des Materials, gemeinsame Themen kristallisierten sich heraus. Theoretisches Vorwissen über den Forschungsgegenstand wurde während des gesamten Forschungsprozesses einbezogen: In der Erhebungsphase als „heuristisch-analytischer Rahmen“, in der Auswertungsphase als „sensitizing concepts“ (Witzel 2000:2f. n. Blumer

1954:7). Ein „Kernstück“ interpretativer qualitativer Sozialforschung, die zyklische Erhebung und Auswertung der Interviews, die eine jeweils anschließende Auswahl des nächsten Falles auf Basis der Erkenntnisse des Vorangegangenen vorsieht (Froschauer/Lueger 2009:16), konnte nicht umgesetzt werden. Im Gegensatz zum „Theoretical Sampling“ erfolgte die Suche nach InterviewpartnerInnen gleich am Beginn des Forschungsprojekts.

Die 2013 im Laufe der Erhebungsphase entstandene Auswahl bestehend aus sechs Müttern mit unterschiedlichen körperlichen Einschränkungen ist hinsichtlich mehrerer Merkmale heterogen: Die sechs Fälle unterscheiden sich in Bezug auf soziodemografische Merkmale, wie Alter, Familienstand, Anzahl der Kinder, Bildungsgrad, Beruf, den biografischen Abstand zur Geburt des ersten Kindes und die Art und das Ausmaß an sozialer Unterstützung, die zur Gestaltung der Mutterrolle von den Befragten herangezogen wird.

Die Fallzahl ist gemäß einer qualitativen Vorgehensweise niedrig. Aussagen sollen nicht über die Erfassung vieler Fälle sondern über die tiefergehende Analyse einzelner Fälle getroffen werden. Die Menge des erhobenen Materials hat daher eine randständige Bedeutung für die Analysequalität und wissenschaftliche Tragfähigkeit qualitativer Forschung (Froschauer/Lueger 2009).

## 5.2 ERHEBUNG

Als „Erhebungsinstrument“ wurde das „Narrative Interview“ nach Fritz Schütze (1977, 1983) gewählt, welches in idealer Weise dazu geeignet ist, subjektive Wissensbestände zu erschließen (Lucius-Hoene 2002:9). Bei dieser Form des Interviews werden die Relevanzsetzungen der Interviewten in den Vordergrund gestellt und „das kommunikative Regelsystem des Forschungssubjekts“ in Geltung gelassen (Hoffman-Riem 1984:14). Die erzählende Person erhält die Aufgabe ihre ganze lebensgeschichtliche Erfahrung im Auge zu behalten, sie auf den thematischen Fokus der Studie zu beziehen und dessen biografische Bedeutung herauszuarbeiten (Lucius-Hoene 2002:79). Den Interviewten wird eine Bewertung ihrer Lebensgeschichte im Hinblick auf die Interviewfragestellung abverlangt (Lucius-Hoene 2002:79f.).

Das „Spezielle“ an der Programmatik des von Fritz Schütze konzipierten „Narrativen Interviews“ ist, dass es in seiner Anlage auf die Entfaltung bestimmter „Zugzwänge“ hin ausgerichtet ist. Durch eine offen gehaltene, erzählanregende Intervieweinstiegsfrage, die an die Lebenswelt der Befragten anknüpft und der völligen Zurücknahme der interviewenden Person während des gesamten Erzählvorgangs sollen die GesprächspartnerInnen zu einer langen ununterbrochenen Erzählung ihrer eigenerlebten Geschichte angeregt und die Entfaltung dreier Zugzwänge stimuliert werden. Es handelt sich dabei um den „Gestaltschließungszwang“ – die begonnene Geschichte soll in einem Durchgang auch abgeschlossen werden (Lamnek 1995b:70 n. Schütze 1977) – den „Kondensierungszwang“ – die interviewte Person muss die Erzählung auf die wesentlichen „Erfahrungsknotenpunkte“ beschränken (Lucius-Hoene/Deppermann 2004:36) und den „Detailierungszwang“ – die für das Verständnis des Erzählten nötigen Zusammenhänge und Hintergrundinformationen müssen hinreichend expliziert werden (vgl. Lamnek 1995b:70 n. Schütze 1977). Fragen, die während des Interviews auftauchen, sollen erst nach Abschluss der Erzählung – in der exmanenten Phase des Interviews – gestellt werden. Das Narrative Interview soll *„die Ereignisverstrickungen des Biografieträgers so lückenlos reproduzieren, wie das im Rahmen systematischer sozialwissenschaftlicher Forschung überhaupt möglich ist“ (Schütze 1977).*

Die „Provokation von Selektionsleistungen“ (Froschauer/Lueger 2003:34) soll die Interviewten dazu anregen, ihre „eigenen Relevanzkriterien“ (ebd.) zu offenbaren und eine eigene Erzählstruktur zu entwickeln (Froschauer 2003:15). Diese hohe Strukturierungsleistung durch die Befragten soll zum bestmöglichen Verständnis des untersuchten sozialen Systems beitragen (Froschauer/Lueger 2003:17) und eine Rekonstruktion jener Regeln, an denen sich die Befragten in ihrem Handeln orientieren, möglich machen (Froschauer 2003:52).

Witzel (2012:8) hält die in der Programmatik des „Narrativen Interviews“ vorgesehene totale Zurückhaltung des Interviewers/der Interviewerin als Voraussetzung für die Entfaltung der beschriebenen „Zugzwänge“ zwar für wichtig, gibt aber zu bedenken, dass eine solche Interviewtechnik eine ähnlich künstliche Interviewsituation hervorrufen kann, wie es strukturierteren qualitativen Interviewverfahren nachgesagt wird. Weiters, so Witzel (ebd.), setzt die Erfüllung dieses Anspruchs eine sehr hohe kommunikative Kompetenz und die Fähigkeit, eine ausgedehnte Erzählung aufrechterhalten zu können auf Seiten der InterviewpartnerInnen voraus, die diese womöglich überfordert (Witzel

2012:8,31, Lucius-Hoene 2002:80). Für das Gelingen der im „Narrativen Interview“ angelegten „Programmatik“ (Schütze 1977) spricht aber, nach Lucius-Hoene (2002:80), dass „erzählen von sich selbst“ für viele Menschen eine hoch befriedigende Aktivität darstellt.

In der konkreten Umsetzung der Methode, habe ich mich weitgehend an der von Schütze (1977) entwickelten „Programmatik“ orientiert, es bedurfte jedoch auch einiger Abänderungen. Bei der Formulierung der „Eröffnungsfrage“ habe ich mich bemüht, diese sehr offen und erzählgenerierend zu halten, um den Befragten einen möglichst offenen Einstieg in das Thema zu ermöglichen und sie selbst bestimmen zu lassen, was zum Thema für sie von Bedeutung ist. Dass der Statusübergang zur Mutterschaft ein Bedeutungsvoller ist, wird in der Anlage dieser Studie vorausgesetzt. Die von mir formulierte Erzählaufforderung lautet:

*„Bitte erinnern Sie sich zurück an die Zeit nach der Geburt Ihres Kindes. Wie haben Sie diesen Übergang erlebt? Was hat sich verändert? Wie haben Sie Ihren Alltag mit Kind organisiert? Bitte erzählen Sie einfach.“*

Die gewählte Einstiegsfrage ist offen gehalten und setzt am Übergang zur Mutterschaft als zeitlich interessierende Passage an, reicht jedoch, da die Geburt des ersten Kindes bei einigen der interviewten Mütter schon längere Zeit zurückliegt, bis in die Gegenwart. Die Dauer der Interviews variierte zwischen 50 min und 2 Stunden, wobei die Mehrheit – vier der Gespräche – die 1,5 Stunden Marke überschritt. Je nach biografischem Abstand zur Geburt des ersten Kindes wurde das Erleben der Phase des Übergangs zur Mutterschaft ausführlicher und emotional involvierter oder mit mehr Distanz behaftet beschrieben. Drei der Frauen holten zur Explizierung ihrer Argumente auch die Phase der Schwangerschaft mit in die Erzählung hinein.

Das formulierte Interesse am persönlichen Erleben sollte den Frauen einen hohen Spielraum für eigene Relevanzsetzungen einräumen, die Teilfrage nach der Art der Alltagsorganisation mit Kind sie dazu anregen, über die Bedeutung von sozialer Unterstützung am Übergang zur Mutterschaft zu sprechen beziehungsweise zur Sondierung, ob und in welcher Form die Themen „Hilfe“ und „Unterstützung“ in der Gestaltung der Mutterrolle überhaupt von Relevanz für die Befragten ist, beitragen.

Das Thema „soziale Unterstützung“ im Alltag und bei der Kinderversorgung nahm in einigen Darstellungen bereits in der Haupterzählphase großen Raum ein, in anderen sehr wenig, was bereits Aufschlüsse über die „Strukturen und Prozesse des untersuchten sozialen Systems“ (Froschauer 2003:52) gibt. Um sicherzugehen, dass Hilfeleistungen im Alltag mit Kind auf jeden Fall thematisiert werden, habe ich nach Abschluss der Haupterzählung mit Hilfe einer Netzwerkkarte in Anlehnung an Kahn und Antonucci (1980)[62] nach den im Leben der Interviewten wichtigsten Personen und der Art dieser Beziehungen gefragt, um im Anschluss daran noch unterschiedliche Formen von „sozialer Unterstützung[63]“ – „praktische, konkrete“, „emotionale Hilfen“ sowie das Erhalten von „Ratschlägen und Informationen“, „Kontakt“ und „Geselligkeit“ abzufragen, um herauszufinden, welche Personen in diesem Zusammenhang von den Frauen genannt, beziehungsweise welche Beziehungen in diesem Kontext näher beschrieben werden. Mit der Frage nach „Hilfeformen“ und nicht nach „Beziehungstypen“ sollte vermieden werden, Beziehungstypen vorab (in formell/informell, verwandtschaftliche/professionell etc.) zu klassifizieren und neueren wissenschaftlichen Erkenntnissen Rechnung getragen werden, wonach das „Geben“ von sozialer Unterstützung nicht nur eine Funktion von bereits bestehenden Beziehungen sondern auch eine Folge sozialer Beziehungen sein kann (Thelen 2014:34). Dieses zusätzliche Erfragen von Hilfeleistungen nach Abschluss der Haupterzählung hat sich als unterschiedlich ergiebig erwiesen – einige der Frauen beantworteten die Fragen sehr knapp, was sich in der Analyse als ebenso aufschlussreich erwies, bei anderen wiederum fungierten die Nachfragen als weitere Erzählanreize, die neue ergiebige narrative Erzählstränge stimulierten. Während der Haupterzählung habe ich mich – ebenfalls analog der Programmatik des Narrativen Interviews – bemüht, den Erzählfluss der

[62] Die Netzwerkzeichnung der von Kahn und Antonucci (1980) entwickelten „Methode der konzentrischen Kreise“ besteht aus drei sich umschließenden Kreisen. Im innersten Kreis befindet sich die befragte Person selbst, das „Ich“. Die befragte Person wird aufgefordert die in ihrem Leben wichtigsten Personen je nach Nähegrad in die Kreise einzuzeichnen und die den genannten Personen jeweilig zugeordneten Positionen zu erläutern (Hollstein 2006:19 n. Kahn/Antonucci 1980).

[63] Der Begriff der „sozialen Unterstützung“ wurde in seinen Dimensionen schon vielfach inhaltlich bestimmt – mit sehr heterogenem Ergebnis (Laireiter 2009:89). Laireiter differenziert in „psychologische Unterstützung“ und „Instrumentelle Unterstützung“. Unter Ersterer versteht er „Zugehörigkeit und Geborgenheit“, „emotionale Unterstützung/Rückhalt“, „kognitive Unterstützung/Klärung“, „Geselligkeit/Kontakt“ und „Selbstwertstützung“. Unter „instrumenteller Unterstützung“ fasst er „konkrete Hilfen und tatkräftige Formen von Unterstützung“, wie „Ratschläge“, „praktische Hilfe/Arbeit“, „finanzielle Hilfen“ sowie „stellvertretende Bewältigung oder Intervention“ (Laireiter 2009:89). In der von mir konzipierten Frage nach Formen von Unterstützung wurden je zwei Arten von „psychologischer Unterstützung“ und „instrumenteller Unterstützung“ integriert, um beide Bereiche abzudecken.

interviewten Mütter möglichst wenig zu stören und aktiv zuzuhören. Analog Witzel (2000:4) wurden die Gesprächstechniken flexibel eingesetzt: Je nach Erfordernis – abhängig vom Grad der Reflexivität, Eloquenz und Offenheit der Befragten – habe ich stärker auf Zuhören oder unterstützendes Nachfragen im Dialogverfahren gesetzt.

Am Ende des Interviews holte ich noch einige sozialstrukturelle Daten (Alter, Familienstand, Beruf etc.) mittels eines Kurzfragebogens ein, versprach alle Angaben zu anonymisieren und bedankte mich bei den Müttern für das Gespräch.

## 5.3 AUSWERTUNG

Die Auswertung der Interviews erfolgte im Rahmen der Methodologie „Narrativ-biografischer Interviews“ (Lamnek 1995a, Dausien 1994, 1996, 2008, Hoene/Deppermann 2002, 2004, Rosenthal 2008). Den Analysefokus bilden die Äußerungen der Interviewten und deren zugrunde liegende Regeln (Froschauer/Lueger 2003:18). Das Ziel der Untersuchung liegt im „Verstehen“ der von den Interviewpartnerinnen im Gespräch hergestellen „Sinnstrukturen“ (Lucius-Hoene/Deppermann 2002:95). Eine solche wissenschaftliche Vorgehensweise wird auch als (Re)konstruktion bezeichnet (Froschauer/Lueger 2009:27):

*„Der Begriff soll verdeutlichen, dass es sich nicht bloß um eine Rekonstruktion im Sinne des neutralen und quasiobjektiven Nachbauens der beobachteten Phänomene geht, sondern um deren theoretisierende Aufarbeitung im Sinne einer wissenschaftlich-argumentativen Konstruktion[64]“ (ebd.).*

„*Die Forschungslogik der Rekonstruktion zielt darauf ab, die Kategorien, Prozesse und Zusammenhänge, mit denen die Interaktionsteilnehmer selbst narrative Identität konstituieren, zu entdecken“ (Lucius-Hoene/Deppermann 2002:96).*

Eine solche (Re)konstruktion ist in der erlebten Welt des/der Interpreten/Interpretin verankert. Deshalb kann sie keinen Anspruch auf das einzig mögliche Wissen über den Gegenstandsbereich stellen. Sie ist vielmehr ein Versuch, von dem sich die Wissenschaft

[64] Die Rekonstruktion biografischer Konstruktionsprozesse in der Analyse autobiografischer Texte ist keine „abbildhafte Reproduktion“ dieser, sondern eine „Kokonstruktion“ unter Rückgriff und Einbezug einer bestimmten Fragestellung und sensibilisierender Konzepte (Dausien 2008:361).

ein genaueres und zuverlässigeres Verständnis des untersuchten Gegenstandsbereichs erhofft (Froschauer/Lueger 2009:27).

Für die qualitativ-rekonstruktive Analyse von Interviewtexten gibt es keine standardisierten Methoden (Dausien 1994:144). Bei der Ausdeutung der Gesprächstexte wurden aber bestimmte „Grundsätze" beachtet, die im Rahmen des interpretativen Paradigmas angesiedelt sind (ebd.). So wurde das Material zunächst Fall für Fall unter der Berücksichtigung der sich jeweils entfaltenden Erzählstruktur analysiert (Dausien 1996:115). Die fallspezifischen Charakteristika und Themen wurden formal und inhaltlich erfasst – die jeweilige „biografische Handlungsfigur" in ihrer Besonderheit nachvollzogen (Lamnek 1995a:352). Erst im Anschluss daran wurden die einzelnen Fälle auseinandergenommen und vergleichend analysiert. Alle auf diese Weise gewonnen Erkenntnisse wurden am empirischen Material ausgewiesen und geprüft: *„Sein Sinnreichtum ist der Schatz, der in der Analyse ans Tageslicht zu heben ist" (Lucius-Hoene/Deppermann 2002:97).*

Die Interpretation des Datenmaterials selbst erfolgte weitgehend in Anlehnung an Lucius-Hoene und Deppermanns (2002, 2004) Anleitung zur „Rekonstruktion narrativer Identität". Unter „Narrativer Identität" werden all jene Aspekte von Identität verstanden, die *„im Modus der autobiografischen Narration*[65] *dargestellt und hergestellt werden" (Lucius-Hoene/Deppermann 2002:47).*

Die erzählende Person gibt das Erlebte so wieder, wie sie es gemäß ihrer Erinnerung erfahren hat und vermittelt der Hörerin/dem Hörer, was das Erlebte für sie bedeutet, an welchen Handlungsmaximen sie sich orientiert und wovon sie sich distanziert (Lucius-Hoene/Deppermann 2004:23f.). Im Akt des Erzählens besteht eine wesentliche Distanz zum ursprünglich Erlebten – das Erzählte kann demnach nicht mit dem tatsächlich Erlebten gleichgesetzt werden. Sowohl Erzählen als auch Erinnern sind in diesem Sinne konstruktive Leistungen (Lucius-Hoene/Deppermann 2004:29).

Der/die Forscher_in, der/die sich idealerweise mit seinen/ihren Stellungnahmen weitgehend zurückhält, bildet eine Projektionsfläche für die Problematiken der erzählenden Person und verkörpert den Blick von Außen, die verbreitete öffentliche

[65] Lucius-Hoene und Deppermann (2004) bestimmen autobiografisches Erzählen als *„das Erzählen von Selbsterlebtem, das über die Erzählsituation hinaus biografische Bedeutung hat und in dem die erzählende Person etwas für sie Wichtiges im Hinblick auf sich selbst, ihre Erfahrung und ihre Weltsicht ausdrückt" (ebd. 2004:20 n. Linde 1993:20f.).*

Meinung, die ME Komponente nach Mead (1973) (ebd. 83, 33, 264). „Narrative Identität" ist demnach situationsgebunden – *„ihre Gültigkeit hängt von den spezifischen Gegebenheiten ihrer Entstehungssituation ab" (ebd.:55)* – und beinhaltet nur Teilaspekte „von möglichen Identitätsansprüchen" (Lucius-Hoene/Deppermann 2002:55). Sie ist empirisch fassbar und nicht mit dem „Selbst", der „Identität" einer Person gleichzusetzen (ebd.).[66]

Im Rahmen der Analyse wurden Teilaspekte der von den Protagonistinnen im Interview hergestellten Narrativen Identität in Rekurs auf die Forschungsfrage rekonstruiert: *„Narrative Identität als Fallstruktur ist also die Interpretation der Äußerungen des Erzählers (sic!) in Hinblick auf eine bestimmte identitätsrelevante Fragestellung, die sowohl die Vorgabe für die erzählerische Darstellung bildet, als auch die Rekonstruktion anleitet" (Lucius-Hoene/Deppermann 2004:272).*

In der Interpretation der Interviews wurde sowohl dem Umgang der Befragten mit der Eingangsfragestellung[67] als auch mit etwaigen Folgefragen, dem „Fragehorizont[68]" (Lucius-Hoene/Deppermann 2004:265ff.), den Positionierungsaktivitäten der Interviewten (ebd.:61) sowie den „Funktionen des Erzählens[69]" – *„Die Frage nach der Art und Weise in der der Erzähler (sic!) die Interviewsituation für sich nutzt, kann (…) einen Zugang zu den aktuellen reflexiven Brennpunkten, Konflikten und Bedürfnissen des Erzählers (sic!) vermitteln" (Lucius-Hoene/Deppermann 2002:89)* – besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Interviewpassagen in denen die Protagonistinnen „Sichtweisen von Mutterschaft"

[66] Diese wird in neueren solzialkonstruktivistischen und interaktionistischen Identitätstheorien nicht mehr im essentialistischen Sinn als etwas, das ein Mensch „hat" sondern als einen sich permanent in Entwicklung befindlichen offenen Prozess verstanden (Lucius-Hoene/Deppermann 2002:48 n. Keupp et al. 1999). Identität konstituiert sich in der Auseinandersetzung und Wechselbeziehung des Individuums mit seiner Umwelt und ist demnach maßgeblich „sozial konstituiert" (Lucius-Hoene/Deppermann 2002:49) und ebenso „Ausdruck soziohistorischer Lebensumstände" (ebd.).

[67] Da die Eingangsfrage häufig sehr offen formuliert ist, sind viele Erzähler nicht sicher, was genau ihre Aufgabe ist. Dies kann sich zum Beispiel in Rückfragen an den Interviewer äußern (Lucius-Hoene/Deppermann 2004:267).

[68] Der „Fragehorizont" bezeichnet nach Lucius-Hoene/Deppermann (2004:265) die Folgeerwartungen und Antwortmöglichkeiten, die dkurch die Fragen der Interviewerin vorgegeben werden.

[69] Neben dem Bemühen auf das Forschungsinteresse der Interviewerin einzugehen, kann Erzählen den Befragten jedoch auch der Erfüllung einer Reihe an „selbstbezogenen Bedürfnissen" dienen (Lucius-Hoene/Deppermann 2004:87). In dem der/die Sprecher_in im Interview seine/ihre subjektive Perspektive entfaltet, vermittelt er/sie in der Erzählung auch bestimmte Botschaften (Lucius-Hoene/Deppermann 2002:41). So kann die intensive Beschäftigung mit der eigenen Person während des Erzählens in Anwesenheit einer aufmerksamen und unterstützenden Zuhörerin zu einem „Akt der Selbstvergewisserung", „klärenden Auseinandersetzung", „sozialen Rückversicherung" oder „sozialen Bestätigung" werden" (ebd.:80). Auch kann „Erzählen" der „Bewältigung von Erlebtem" dienen (ebd.:74). Ebenso kann die Forscherin für den Wunsch nach Anerkennung der Lebensleistung der Interviewten, nach Mitleid und Empathie für seine/ihre Leidenserfahrungen, nach Beachtung seiner/ihrer Standpunkte in Anspruch genommen werden (ebd.:88).

vermitteln, die „Rolle der Behinderung“ thematisieren und auf „soziale Unterstützung“ Bezug nehmen, wurden besonders genau betrachtet.

In der fallübergreifenden Analyse wurde ferner ein besonderes Augenmerk auf „Handlungsfelder der Identitätsbildung“, thematisierte „Probleme und Konflikte“ und „Handlungs- und Selbstdarstellungsstrategien“ gelegt (Lucius-Hoene/Deppermann 2004:328). Die wesentlichen wiederkehrenden Themen, Befunde und Kernkonzepte (ebd.:327) wurden im Fallvergleich sukzessive zu Mustern verdichtet, die grundlegenden Strukturen der Selbstrepräsentation der Befragten (ebd.:273) herausgearbeitet.

Die Kategorienbildung erfolgte nach einer „abduktiven Logik“ (Dausien 1996:115), womit gemeint ist, dass ein empirisches durch eine Textstelle repräsentiertes Phänomen begrifflich „auf den Punkt gebracht“ wird (Kelle/Kluge 2010:61).

Bei der im Anschluss folgenden Ergebnisdarstellung handelt es sich um am Material entwickelte und plausibilisierte Kategorien über biografische Konstruktionsmodi (Dausien 2008:361) von Mutterschaft, Care, Autonomie, Behinderung und Normalität. Es werden jene Interpretationen dargeboten, die sich am plausibelsten erwiesen haben und an ausgewählten Textstellen belegt (Rosenthal 2008:98). Die Reichweite solcher „gegenstandsorientierter Thesen“ bezieht sich auf das abgegrenzte untersuchte Feld, auf Phänomene, die sich innerhalb dieses abgrenzbaren Kontextes ähneln (Froschauer 2009:81). Da die offene Technik des Erzählens die InformantInnen häufig zu intimen und für ihr Selbstverhältnis bedeutsamen Selbstexplorationen und Enthüllungen motiviert (Lucius-Hoene/Deppermann 2002:325), wurde die Intimssphäre der ErzählerInnen in besonderer Weise geschützt, indem ihre Namen und sonstigen personenbezogenen Angaben anonymisiert wurden (ebd.).

# 6 ERGEBNISSE

Ehe die Ergebnisse aus der fallübergreifenden Interpretation der Interviews dargestellt werden, folgt in diesem Kapitel zunächst die Vorstellung der interviewten Frauen in Form von kurzen Fallbeschreibungen. Der/die Leser_in soll einen Überblick über die in den jeweiligen Interviews transportierten Inhalte und die jeweilige Fallfigur bekommen.

## 6.1 VORSTELLUNG DER INTERVIEWTEN PERSONEN

Bei der nun folgenden Vorstellung aller Interviewpartnerinnen werden zunächst die wichtigsten sozialstrukturellen Daten der jeweiligen Person angegeben und im Anschluss die bereits analytisch geordneten wesentlichen Interviewinhalte und Diskursstränge skizziert.

### FRAU GABLER

Frau Gabler ist zum Zeitpunkt des Interviews 42 Jahre alt, hat einen Lebensgefährten und lebt mit ihrer dreijährigen Tochter in einer Wohnung in Wien, welche Teil eines gemeinschaflich organisierten Wohnprojekts ist. Frau Gabler ist ausgebildete Lebens- und Sozialberaterin, ist in der „Selbstbestimmt Leben Bewegung“ aktiv und arbeitet in einer Peerberatungsstelle für Frauen mit Behinderung in der Bundeshauptstadt. Frau Gabler lebt mit einer fortschreitenden Muskelerkrankung – sie sitzt im Rollstuhl – und organisiert ihren Lebensalltag mit einer hohen Stundenanzahl an „Persönlicher Assistenz“.

Frau Gabler hatte schon immer einen Kinderwunsch. Als sie Ende dreißig ist, aber keinen festen Partner hat, entscheidet sie sich dafür, ein Kind zu bekommen. Frau Gabler erzählt im Gespräch ausführlich darüber, wie sie die Zeit vor und nach der Schwangerschaft und den Übergang zur Mutterschaft erlebt hat. Frau Gabler berichtet von einer spezifischen Form der Vorbereitung auf die Mutterrolle und von besonderen Ängsten im Vorfeld der Schwangerschaft und auch nach der Geburt des Kindes. Als anfangs allein erziehende, unverheiratete Mutter mit physischer Einschränkung sieht Frau Gabler sich einem

besonders hohen Risiko ausgesetzt, Opfer einer staatlichen Intervention zu werden. Sie berichtet im Gespräch von ihren Ängsten vor dem Jugendamt und dem Verlust des Kindes, von vielen Planungen und Erkundigungen, die sie im Vorfeld der Schwangerschaft eingezogen hat, um der befürchteten Wegnahme des Kindes entgegenzuwirken. Frau Gablers Ansicht nach müssten Mütter mit Behinderung besonders hohe mütterliche Anforderungen erfüllen, um Vorurteile, die Versorgung eines Kindes nicht bewältigen zu können, zu entkräften. Frau Gabler betont im Verlauf des Interviews die besonderen An- und Herausforderungen, mit denen sie sich als Mutter mit körperlicher Beeinträchtigung konfrontiert sieht. Sie berichtet von negativen Erlebnissen im Krankenhaus, von hinderlichen sozialen aber auch unterstützenden Reaktionen aus ihrem persönlichen Umfeld während der Schwangerschaft und nach der Geburt des Kindes und von der besonderen Art der Ausgestaltung der Mutterrolle mit Persönlichen AssistentInnen. Frau Gabler vermittelt mir als Zuhörererin, dass es nicht leicht ist, Mutter mit physischer Einschränkung in dieser Gesellschaft zu sein. Frau Gabler führt an, dass sie „Hindernisse in der Umwelt“, wie zum Beispiel nicht barrierefreie Kindergärten, bestimmte menschliche Reaktionen und gesellschaftliche Normen bei der Ausübung ihrer Mutterrolle einschränken, thematisiert aber auch ihre individuelle Beeinträchtigung selbst als der Idealform von Erziehung im Wege stehend. In der Erfüllung der Mutterrolle autonom zu sein, ist für Frau Gabler sehr bedeutsam. Sie erreicht diese Autonomie durch die Hilfe ihrer Persönlichen AssistentInnen und in Abgrenzung zu diesen. Sie leitet ihre AssistentInnen ihren Vorstellungen gemäß an. Die Versorgung des Kindes erfolgt in Rollenteilung – die funktionalen Aspekte der Mutterrolle werden von den AssistentInnen ausgeführt, der emotionale Part von Frau Gabler. Frau Gabler ist in ihrer Handlungspraxis bestrebt, die Grenze zwischen diesen beiden Rollen deutlich zu markieren und aufrecht zu erhalten. Das Kind soll keine emotionale Beziehung zu den AssistentInnen aufbauen. Frau Gabler spricht im Verlauf des Interviews ausführlich darüber, auf welche pädagogischen Konzepte sie sich in der Erziehung ihres Kindes bezieht. Frau Gablers Erziehungsstil ist durch ein hohes Maß an Selbstreflexivität im erzieherischen Umgang mit dem Kind geprägt, emanzipatorisch ausgerichtet und an pädagogischem Fachwissen orientiert (Pasquale 1998:270). Die gewaltfreie Erziehung des Kindes auf gleicher Augenhöhe, die Förderung der Autonomie des Kindes und die Herstellung einer emotionalen Beziehung zu diesem bilden die wichtigsten Bestandteile von Frau Gablers im Gespräch transportierter Selbstidentität als Mutter. Erzählungen über die praktisch-

physische Versorgung des Kindes lassen sich im Interviewprotokoll kaum auffinden. Die teils ablehnenden Reaktionen der AssistentInnen in der Umsetzung des von Frau Gabler gewünschten Erziehungsstils verdeutlichen die Grenzen ihrer Selbstbestimmung. „Behinderung“ wird von Frau Gabler sowohl im individuell-medizinischen als auch im sozialen Sinn thematisiert.

### Frau Wenigwieser

Frau Wenigwieser ist zum Zeitpunkt des Interviews 33 Jahre alt, verheiratet und wohnt mit ihrem Ehemann und ihrem zweijährigen Sohn in einem Einfamilienhaus in einem Ort in Niederösterreich 50 km nördlich von Wien. Frau Wenigwieser ist im Alter von 19 Jahren erblindet. Nach einer eineinhalb jährigen Reha Phase absolviert sie das Studium für „Soziale Arbeit“ an einer Fachhochschule in Niederösterreich. Bis zu ihrer Karenz (zum Zeitpunkt des Gesprächs) arbeitet Frau Wenigwieser als Beraterin in einer Einrichtung der Behindertenhilfe in Niederösterreich. Ein- bis zweimal wöchentlich nimmt sie die Hilfe einer Persönlichen Assistentin in Anspruch.

Frau Wenigwieser hatte schon immer einen Kinderwunsch. Die Erblindung im Alter von 19 Jahren stellt jedoch eine Zäsur dar – die anfängliche Selbstverständlichkeit der Umsetzung des Kinderwunsches gerät ins Wanken. Frau Wenigwieser erzählt im Interview von einer intensiven und langen, beinahe zehnjährigen Vorbereitungsphase auf die Mutterschaft, gekennzeichnet von der Bewältigung immer wieder aufkommender Ängste, die Mutterrolle nicht zu schaffen und dem Einholen von Informationen wie andere blinde Mütter das Muttersein bewältigen. Frau Wenigwieser schiebt schließlich alle Zweifel beiseite und entscheidet sich gemeinsam mit ihrem Ehemann für ein Kind. Im Interview beschreibt Frau Wenigwieser ausführlich, wie sie nach der Geburt des Kindes in Anwesenheit ihrer Mutter, die sich währenddessen in einem anderen Raum befindet, schrittweise die Versorgung des Kindes erlernt. Im Verlauf der Erzählung betont Frau Wenigwieser immer wieder die „besonderen Herausforderungen“, mit denen sie sich aufgrund ihrer Einschränkung in Bezug auf die Versorgung des Kindes konfrontiert sieht. Jede neue Entwicklungsphase des Kindes erfordere, so Frau Wenigwieser, neue Anpassungstechniken, die jeweils neu erlernt und erprobt werden müssten, was Frau Wenigwieser als „sehr herausfordernd“ beschreibt. Auch Frau Wenigwieser ist bestrebt,

in der Versorgung des Kindes autonom – im Sinne von selbstständig – zu sein. Sie erreicht diese Autonomie, indem sie sich in jeder neuen Entwicklungsphase des Kindes so lange in dessen Versorgung erprobt, bis sie diese alleine übernehmen kann und schließlich unabhängig von der Hilfe anderer Personen ist. Frau Wenigwieser wendet in der Versorgung des Kindes bestimmte behinderungsspezifische Techniken an – sie stellt anhand von Geräuschen fest, wo sich das Kind aufhält und krabbelt beispielsweise auch neben dem Kind her, um nachvollziehen zu können, was dieses in den Mund nimmt. Besondere Schwierigkeiten, die sich aufgrund des fehlenden Sehsinns in Bezug auf die Versorgung des Kindes ergeben, werden von Frau Wenigwieser in ihrer Dimension und Reichweite relativiert, behinderungsspezfische Carepraktiken normalisiert – Frau Wenigwieser möchte beispielsweise nicht „überbesorgt" oder dem Kind „zu nahe" sein. Sie ist in ihrer Handlungspraxis bestrebt, sich dem Idealbild der (autonomen) Mutter, die die physische Versorgung des Kindes und die emotionalen Aspekte der Mutterrolle erfüllt, anzunähern. Ein großer Teil von Frau Wenigwiesers Ausführungen beinhaltet Situationsbeschreibungen, wie Frau Wenigwieser diese Selbstständigkeit in der Ausübung der Mutterrolle erreicht. Die autonome Erfüllung der Mutterrolle ist für Frau Wenigwieser von zentraler Wichtigkeit, erfordert jedoch durch den weitgehenden Verzicht auf personelle Hilfen besondere Anstrengungen. Aus der Erzählung geht weiters hervor, dass die Gewährleistung des „Wohls des Kindes" für Frau Wenigwieser ungleich bedeutsamer ist, als das Erfüllen „äußerer Repräsentationsfaktoren", wie das Führen eines perfekten Haushalts. Für die Haushaltsarbeit nützt Frau Wenigwieser die Unterstützung ihrer Persönlichen Assistentin. Die physische Einschränkung wird von Frau Wenigwieser im medizinisch-individuellen Sinn als „persönliches Dezifizit" thematisiert, das die Versorgung des Kindes erschwert.

### FRAU STEINDL

Frau Steindl ist zum Zeitpunkt des Interviews 43 Jahre alt, geschieden und lebt mit ihren beiden Kindern (13 und 11 Jahre), einem Sohn und einer Tochter mit intellektueller Einschränkung, in einer Gemeindewohnung in einem nördlichen Wiener Gemeindebezirk. Bis zur Geburt ihres ersten Kindes im Alter von 30 Jahren arbeitete Frau Steindl als Hilfsarbeiterin in einer Lebensmittelfabrik. Seither ist Frau Steindl zu Hause.

Frau Steindl lebt seit ihrer Kindheit mit „Juveniler Makuladegeneration“, einer Netzhauterkrankung, bei der der innerste und schärfste Punkt des Auges betroffen ist.

Auch Frau Steindl hat sich immer schon Kinder gewünscht. Frau Steindl eröffnet das Interview mit der Erzählung über ihre gescheiterte Ehe und den damit zerplatzten Traum der heilen Familie nach dem Vorbild ihrer Eltern. Aus dieser ersten Positionierung kann abgelesen werden, dass die Verwirklichung von Mutterschaft und (lebenslanger) Partnerschaft und Ehe nach dem Leitbild der „bürgerlichen Kernfamilie“ („heiraten, Kinder kriagn und ewig zamm bleiben“) die zentralen „Säulen“ von Frau Steindls narrativer Selbstidentität bilden. Im Verlauf des Interviews erzählt Frau Steindl immer wieder über die zerbrochene Ehe und ihre Enttäuschung darüber, auch über ihre Art, die Mutterrolle ohne die Hilfe ihres Exmannes zu gestalten und über Barrieren, mit denen sie sich in der Alltagsbewältigung konfrontiert sieht. Auf meine Nachfrage berichtet Frau Steindl, dass sie im Vorfeld der Schwangerschaft keine Bedenken hatte, die Mutterrolle nicht zu schaffen, jedoch besorgt war, die Behinderung an ihre Kinder weiterzuvererben. Am Beispiel ihrer Geschwister hätte sie sich, so Frau Steindl, mit dem Vererbungsrisiko der Krankheit auseinandergesetzt und sich schließlich entschlossen, „das Wagnis“ einzugehen. Frau Steindl berichtet im Verlauf des Interviews ausführlich über ihr mütterliches Engagement als allein erziehende Frau. Als „Vollzeitmutter“ ist Frau sie bestrebt, die Bedürfnisse ihrer Kinder optimal zu erfüllen: Kommunikativer Austausch, bewusstes miteinander Zeit verbringen und die Herstellung einer emotionalen Bindung zu den Kindern sind die wichtigen Bestandteile von Frau Steindls im Interview präsentierter mütterlicher Praxis- und Selbstidentiät. Frau Steindl will ganz für ihre Kinder da sein. Die Anliegen und Wünsche der Kinder stehen an oberster Stelle, Frau Steindl stellt ihre eigenen Bedürfnisse hinter jene ihrer Kinder zurück. In ihrer konkreten Handlungspraxis ist auch sie bestrebt, die Mutterrolle autonom im Sinne von „selbstständig“ (ohne fremde Hilfe) zu erfüllen. Auch die selbstständige Bewältigung des Haushalts ist für Frau Steindl von besonderer Wichtigkeit. Sie erreicht diese Autonomie durch das „selber tun“. Das Streben nach dieser Form von Autonomie verlangt jedoch auch Frau Steindl, die die Inanspruchnahme von Hilfen weitgehend vermeidet, besondere Anstrengungen ab. Sie berichtet in diesem Zusammenhang von besonderen Schwierigkeiten beim Einkaufen und beim Fahren mit öffentlichen Verkehrsmitteln. Frau Steindl fühlt sich durch Barrieren im Außen (Stationen werden im Bus nicht angesagt) und sie behindernde soziale Reaktionen (beim Einkaufen wird Frau Steindl nicht

geholfen) in ihrer Autonomie beschränkt und sieht sich blinden Personen gegenüber, denen sehr wohl geholfen werde, benachteiligt. In ihrer alltäglichen Performanz zeigt sich Frau Steindl um Anpassung bemüht. Sie ist bestrebt, ihre Seheinschränkung vor ihrem Umfeld und ihren Partnern so gut wie möglich zu verbergen. Auch dieser besondere Einsatz erfordert Arbeit und Anstrengungen. Die „Behinderung“ wird von Frau Steindl sowohl im individuellen Sinn als persönliches Defizit, das sie zu kaschieren versucht als auch im Sinne von sozialen Barrieren in Form sozialer Reaktionen und nicht behindertengerechter Rahmenbedingungen thematisiert.

### FRAU EISENAUER

Frau Eisenauer ist zum Zeitpunkt des Interviews 53 Jahre alt und lebt mit ihrem Partner und ihrer zehnjährigen Tochter in einem gemeinsamen Haushalt in einem südlichen Wiener Gemeindebezirk. Frau Eisenauer arbeitet seit vielen Jahren in einer Einrichtung der Bundesregierung, ist aktives Mitglied der Selbstbestimmt Leben Bewegung. Sie lebt mit einer fortschreitenden Muskelerkrankung, sie sitzt im Rollstuhl und organisiert ihren Alltag als berufstätige Mutter mit Kind mit einem hohen Stundenausmaß an Persönlicher Assistenz.

Frau Eisenauer berichtet, keinen ausgeprägten Kinderwunsch gehabt zu haben. Sie war jedoch erfreut als sie mit Anfang Vierzig schwanger geworden ist. In der Eingangserzählung nennt Frau Eisenauer in sehr komprimierter Form jene Aspekte, die sie rückblickend als bedeutsam in Bezug auf ihr Erleben des Übergangs zur Mutterschaft und der Organisation des Alltags mit Kind einordnet. Sie erzählt, dass sie ihren Alltag schon vor ihrer Schwangerschaft mit Persönlicher Assistenz organisiert habe. Als Frau Eisenauer von ihrer Schwangerschaft erfuhr, war für sie klar, dass es „zu riskant wäre mit der Betreuung und Versorgung des Kindes allein zu sein“ und sie einen höheren Assistenzbedarf haben werde als zuvor. Frau Eisenauer suchte während der Zeit der Schwangerschaft um die benötigten Assistenzstunden an, was sich als schwierig gestaltete, da „Persönliche Assistenz“ zu diesem Zeitpunkt noch nicht als Regelleistung etabliert war. Den Übergang zur Mutterschaft beschreibt Frau F. als „aufregende Zeit“, da weder Frau Eisenauer noch ihre Assistentinnen Erfahrungen mit Kindern gehabt hätten. Frau Eisenauer erzählt, gemeinsam mit den Assistentinnen in die Mutterrolle

hineingewachsen zu sein. Auch in Frau Eisenauers Fall erfolgt die Ausgestaltung der Mutterrolle in geteilter Form: Unter ihrer Anleitung führen die Assistentinnen die funktionalen Aspekte der Mutterrolle aus, Frau Eisenauer die emotionalen. Die Rollenabgrenzung erfolgt etwas weniger strikt als im Falle von Frau Gabler – Frau Eisenauer vertraut darauf, dass die Unterschiedlichkeit der Rollen sich auf „natürliche Weise" in der Interaktion entfaltet und vom Kind intuitiv aufgenommen wird. In der Erziehung des Kindes ist Frau Eisenauer darauf bedacht, dass das Kind lernt, selbstständig zu werden und nicht von den Assistentinnen verwöhnt wird. Insgesamt stellt sie den Übergang zur Mutterschaft und auch ihr derzeitiges Leben als Mutter mit Behinderung als „wenig problematisch" und „gut machbar" dar. Das Leben als berufstätige Mutter mit Kind gestaltet sich so, wie bei anderen berufstätigen Müttern auch – es ist ein gewisser Organisationsaufwand, der jedoch gut bewältigt werden kann. Die wenigen „Besonderheiten", die sich aufgrund der physischen Einschränkung ergeben, werden von Frau Eisenauer normalisiert, um gar nicht erst als „Besonderheit" zu erscheinen. Autonomie in der Alltagsbewältigung als berufstätige Mutter mit Kind ist auch für Frau Eisenauer besonders wichtig. Sie erreicht diese Autonomie mit Hilfe ihrer Persönlichen Assistentinnen. Frau Eisenauer zeigt sich sehr zufrieden mit der von ihr gewählten Lebensform – durch die Alltagsorganisation mit Persönlicher Assistenz erreicht sie das von ihr gewünschte und für sie mögliche höchste Ausmaß an Selbstbestimmung. Die „Einschränkung" wird von Frau Eisenauer weder im sozialen noch im individuellen Sinn als „beeinträchtigend" thematisiert.

### FRAU ZELLINGER

Frau Zellinger ist zum Zeitpunkt des Interviews 39 Jahre alt, verheiratet, Mutter zweier Kinder (5 Jahre und 1 Jahr) und in Karenz. Zuletzt (bis zu ihrer Karenzzeit) arbeitete sie als Beraterin bei einer Einrichtung der Behindertenhilfe. Davor war Frau Zellinger im Bereich „Öffentlichkeitsarbeit" selbstständig. Frau Zellinger lebt seit ihrer Geburt mit einer Sehbeeinträchtigung. Sie organisiert ihren Alltag mit einigen Stunden Persönlicher Assistenz pro Woche.

Frau Zellinger wollte schon immer Kinder, allerdings erst zu einem Zeitpunkt, an dem sie sich beruflich bereits verwirklicht hat. Frau Zellinger erzählt in der Eingangserzählung

von der Geburt ihrer beiden Kinder. Sie hätte sich, so Frau Zellinger „normale Geburten“ gewünscht, ihr sei jedoch von ärztlicher Seite aufgrund der Gefahr einer nochmaligen Netzhautablösung beide Male von einer „Spontangeburt“ abgeraten worden. Frau Zellinger beschreibt diese Erfahrung als „sehr prägend“. Sie habe sich letztlich für einen Kaiserschnitt entschieden, da ihr das Risiko, ganz zu erblinden, zu groß gewesen sei. Den Übergang zur Mutterschaft beschreibt Frau Zellinger als „große Umstellung“, mit der sie jedoch sehr gut zurechtgekommen sei. Sie erwähnt in diesem Kontext, dass beide Kinder sehr erwünscht gewesen seien und sie durch ihre Nachbarin, die ebenfalls zeitgleich Kinder bekommen habe, sehr viel „Anschluss“ gehabt habe. Auf meine Nachfrage hin schildert Frau Zellinger Alltagssituationen, die sie aufgrund ihrer Seheinschränkung als schwierig erlebt – zum Beispiel die Beaufsichtigung des Kindes am Spielplatz. Frau Zellinger thematisiert ihre Seheinschränkung hauptsächlich an Stellen, an denen sie über die Ausgestaltung der Mutterrolle spricht: Die Beeinträchtigung erscheint in diesem Kontext als die ideale Ausübung der Mutterrolle etwas einschränkend: Frau Zellinger kann nicht so viele Aktivitäten wie von ihr gewünscht alleine mit den Kindern unternehmen und nicht immer in der angestrebten Qualität. Indem Frau Zellinger aber hervorhebt, wie viel sie trotz der Seheinschränkung mit ihren Kindern alleine tun kann, nähert sie sie sich in ihrer Darstellung ihrem Erziehungsideal sehr stark an. An Frau Zellingers Schilderungen, wie sie die Zeit mit ihren Kindern verbringt, kann abgelesen werden, dass sie sich als „aktive Mutter“ verortet, die sehr viel mit ihren Kindern unternimmt – sei es in Form von sportlichen Aktivitäten oder in Form von bildungsfördernden Maßnahmen, wie Museums- oder Theaterbesuchen – Unternehmungen, die den Horizont der Kinder erweitern sollen und charakterbildend wirken. Doch auch die psychisch-emotionale Versorgung der Kinder ist für Frau Zellinger bedeutsam. Für bestimmte Aktivitäten und Versorgungspraktiken, die sie aufgrund ihrer Seheinschränkung nicht alleine ausführen kann, zieht Frau Zellinger personelle Hilfen heran – sie verfügt über ein dichtes soziales Netzwerk. Nicht nur Frau Zellingers Ehemann, sondern eine Vielzahl an Personen fungieren als Helfer in einem jeweils geringen Ausmaß. Die Persönliche Assistentin, die einmal pro Woche zu Frau Zellinger kommt, erleichtert ihr die Mobilität außer Haus und hilft im Haushalt. Frau Zellinger vermittelt im Zuge ihrer Erzählung, dass es selbstverständlich möglich ist, als Mutter mit Behinderung Kinder zu haben und für deren Wohl sorgen zu können. Die Zuhörerin gewinnt den Eindruck, dass Frau Zellinger mit ihrer Situation sehr gut

zurechtkommt. Die „Besonderheiten“, die in Bezug auf die Versorgung der Kinder aufgrund der Behinderung erwachsen, werden von Frau Zellinger in ihrer Dimension relativiert, indem jene Carepraktiken betont werden, die gut funktionieren. Muttersein mit Einschränkung erscheint im Zuge von Frau Zellingers Darstellung als gut bewältigbar, als „ganz normal“ wie bei anderen Müttern (ohne Einschränkungen) auch.

## FRAU BÖNISCH

Frau Bönisch ist zum Zeitpunkt des Interviews 52 Jahre alt, verheiratet und Mutter von vier Kindern (24, 23, 18 und 11 Jahre). Frau Bönisch lebt seit ihrer Kindheit mit einer Sehschwäche, die im Zuge der Operation eines Gehirntumors hervorgerufen wurde. Nach dem Besuch einer Wiener Blindenschule absolvierte Frau Bönisch eine Ausbildung zur Telefonistin. Sie arbeitet seit neunzehn Jahren mit zwischenzeitlichen Unterbrechungen (Karenzzeiten) als Telefonistin bei einer österreichischen Fluglinie.

Frau Bönisch beschreibt sich selbst als „sehr Kinder liebend“ und wollte schon immer Mutter werden. In der Eingangserzählung schildert Frau Bönisch chronologisch in groben Zügen jene Eckpunkte, die sie im Hinblick auf ihr Erleben des Übergangs zur Mutterschaft für relevant erachtet – die Kleinkindphase des ersten Kindes liegt bereits mehr als 20 Jahre zurück. Frau Bönisch erzählt zunächst von der Geburt ihrer ersten Tochter, die 1989 zur Welt gekommen ist. Frau Bönisch schildert, sie habe während der Schwangerschaft „kein Problem“ gehabt. Diese sei „ganz normal vergangen“. Frau Bönisch führt weiter aus, dass sie zwei Jahre in Karenz gewesen sei und „ihren Alltag geschafft“ habe, weil sie „Kinder immer gern gehabt“ hätte. Als sie nach Abschluss der Blindenschule die Tochter ihrer Schwester ein Jahr versorgt habe, so Frau Bönisch, sei sie schon geübt im Umgang mit Kindern gewesen. Ein Jahr nach der ältesten Tochter sei schließlich die zweite Tochter geboren worden, weitere vier Jahre später der Sohn und neun Jahre nach diesem die jüngste, heute elf Jahre alte Tochter. Frau Bönisch präsentiert sich im Interview als geübte und erfahrene Mutter. Nach Abschluss der Eingangserzählung berichtet Frau Bönisch bis zum Ende des Interviews von gegenwärtigen Ereignissen. Sie kehrt im Verlauf der Erzählung immer wieder die schulischen Leistungen ihrer jüngeren und auch die beruflichen Leistungen der älteren Kinder und deren Freunde hervor. Gute schulische Leistungen zu erbringen und

erfolgreich im Beruf zu sein, stellen für Frau Bönisch wichtige Werte dar, die es anzustreben gilt. Frau Bönisch kann die Fähigkeiten ihrer Kinder gut einschätzen und versucht eine optimale „Passung“ zwischen kindlichen Entwicklungsvoraussetzungen und den entsprechenden Bildungsangeboten herzustellen, ist auf die Ausstattung der Kinder mit den entsprechenden „Bildungskarrieren“ bedacht (Pasquale 1998:290). Im Interview finden sich auch zahlreiche Positionierungen über Frau Bönischs Auffassung von „richtiger Erziehung“ und über „heute übliche Elternpraxen“. Die Sehbeeinträchtigung wird von Frau Bönisch im Kontext der Verhinderung ihres Wunschberufes thematisiert, ansonsten in keiner Weise als „einschränkend“ genannt. Mutter mit Behinderung zu sein, unterscheidet sich in Frau Bönischs Darstellung nicht von „Mutter sein“ generell. Die ZuhörerIn gewinnt den Eindruck, dass Frau Bönisch keinerlei Mühe hat oder gehabt hat, die Mutterrolle zu bewältigen. Frau Bönisch präsentiert sich mir gegenüber als sehr selbstständig. Sie braucht und will keine Hilfe in der Bewältigung des Alltags mit ihren Kindern. Fragen nach erhaltenen Hilfeleistungen weist Frau Bönisch zurück und positioniert sich als selbst Hilfe erbringende und andere – auch Mitglieder ihrer „erweiterten Umwelt“ – Versorgende. Autonom im Sinne von selbstständig bei der Ausführung Mutterrolle und Bewältigung des Alltags zu sein, ist auch für Frau Bönisch sehr wichtig. Die Zuschreibung der „Hilfsbedürftigen“ lehnt sie ab. Mutter mit Behinderung zu sein unterscheidet sich auch in Frau Bönischs Darstellung nicht von Muttersein generell.

Im nun folgenden Kapitel werden die Ergebnisse aus der vergleichenden Fallanalyse – „Repräsentationen von Mutterschaft im Kontext einer körperlicher Einschränkung“ – dargestellt.

## 6.2 FALLVERGLEICH: REPRÄSENTATIONEN VON MUTTERSCHAFT IM KONTEXT KÖRPERLICHER EINSCHRÄNKUNG

Die nun präsentierten Ergebniskategorien sind als eine *„Systematisierung der Beobachtungen im untersuchten Feld" (Kelle/Kluge 2010:10)* zu verstehen und beschreiben die Besonderheiten und Eigentümlichkeiten – das Charakteristische – des gesammelten Materials (Froschauer 2009:69f.) – also jene im Verlauf der Analyse rekonstruierten typischen Deutungsmuster der Akteurinnen, die die untersuchte Lebenswelt repräsentieren (Kelle/Kluge 2010:11). Sie illustrieren den in den biografischen Erzählungen aufgespürten spezifischen Diskurs der befragten Gruppe (Rosenthal 2008:172) rund um „Mutterschaft im Kontext einer körperlichen Einschränkung" – die spezifischen Regeln dieses Diskurses – „die Regeln der Selbstrepräsentation" (Rosenthal 2008:184). Der Fokus liegt auf der Darlegung des Verbindenden aus den mütterlichen Selbstdeutungen. Nicht die gesamte Bandbreite der Ergebnisse wird gezeigt, sondern nur jene für die Forschungsfrage relevanten Ausschnitte daraus. Die identifizierten Konstruktionen von Mutterschaft, Care und Autonomie wurden analytisch mit der Frage nach der Art der Darstellung des Umgangs der Mütter mit sozialer Unterstützung, der Rolle, die sie ihrer Einschränkung zuschreiben und im Hinblick darauf, auf welche Aspekte von Mutterschaft sich die Frauen in ihren Erzählungen beziehen und welche sie nicht erwähnen, erschlossen.

### 6.2.1 SELBSTREPRÄSENTATION NORMAL VERSUS BESONDERS

Das alle Fälle gleichermaßen verbindende Element, das erste Spezifikum des untersuchten Feldes, das sich im Quervergleich der Interviews zeigte, betrifft die Art und Weise der Darstellung des Mutterseins mit einer physischen Beeinträchtigung, beziehungsweise des Lebens mit einer Einschränkung, mir als Soziologin und „Vertreterin der Gesellschaft" (Lucius-Hoene/Deppermann 2002:88) gegenüber. Bei dieser Form der Selbstrepräsentation handelt es sich um jene mir von den Frauen vermittelte Perspektive, die ausdrückt, was es bedeutet, Mutter oder Mensch mit körperlicher Einschränkung in dieser Gesellschaft zu sein. Die Befragten nützen die

Interviewsituation in verschiedener Weise und vermitteln mir als Interviewerin bestimmte Botschaften (Lucius-Hoene/Deppermann 2002:41).

Es konnten zwei unterschiedliche „Darstellungsmodi“ identifiziert werden: Während drei Frauen (Frau Eisenauer, Frau Zellinger und Frau Bönisch) ihr Leben als Mütter mit physischer Einschränkung als ganz „normal“ verorten, also im Zuge des Interviews mir gegenüber die „Normalität“ ihres Daseins betonen, heben die drei anderen Mütter (Frau Gabler, Frau Wenigwieser und Frau Steindl) in ihren Erzählungen, die „besonderen Herausforderungen“, mit denen sie als Mütter und Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen in dieser Gesellschaft konfrontiert sind, hervor – verorten ihr Dasein als Mütter mit Einschränkungen (Frau Gabler, Frau Wenigwieser), beziehungsweise die Bewältigung des Alltags als sehbeeinträchtigte Person (Frau Steindl) mir als Zuhörerin gegenüber als „besonders herausfordernd“.

Unabhängig davon, ob in den Erzählungen die Normalität oder Besonderheit von Muttersein mit physischer Einschränkung betont wird, finden sich in allen Schilderungen, wie anschließend noch näher ausgeführt werden wird, Strategien der Normalisierung behinderungsspezifischer Aspekte von Care oder der Behinderung selbst.

In der Folge sollen nun zunächst die Unterschiede der jeweiligen Darstellungsstrategien und die Modi der Herstellung von „Normalität“ oder „Besonderheit“ an einigen Beispielen verdeutlicht werden.

#### 6.2.1.1 MUTTERSEIN MIT PHYSISCHER EINSCHRÄNKUNG ALS BESONDERHEIT

Frau Gabler, Frau Wenigwieser und Frau Steindl vermitteln mir als Zuhörerin die Besonderheit ihres Daseins, indem sie im Verlauf des Interviews immer wieder für sie schwierige oder herausfordernde Situationen schildern, die für sie als Mütter mit körperlichen Einschränkungen unterschiedlicher Art in der Ausgestaltung der Mutterrolle und/oder der Bewältigung des Alltags erwachsen (besondere „Ängste“, „Planungen“, „Lernphasen“, „soziale Barrieren“, „hinderliche soziale Reaktionen“). Diese Schwierigkeiten werden mit der physischen Einschränkung oder dem sozialen Umgang mit dieser gekoppelt.

Frau Wenigwieser schildert beispielsweise, wie sie sich anfangs in Anwesenheit ihrer Mutter schrittweise in der Versorgung des Kindes erprobt hat. Das Einstellen auf die jeweils neuen Entwicklungen, Bedürfnisse und Bewegungsmodi des Kindes, die Entwicklung neuer und geeigneter Versorgungstechniken – Frau Wenigwieser illustriert dies für mich als Zuhörerin am Beispiel der Breizeit und Krabbelphase des Kindes – beschreibt sie als besonders „fordernd" und mit besonderen Anstrengungen verbunden:

*„Durch des, dass i dann anfach mit eam mit gekrabbelt bin, hab i dann alles abgetastet, was er abgetastet hat- anfach um zu sehn „Is des gfährlich oder net?" oder „Was is des?" Und somit war des sehr anstrengend, weil's anfach so- weilst anfach krabbeln hast miassn und irgendwo diese Anspannung natürlich a oiso."*

Frau Wenigwieser vermittelt mir als Zuhörerin anhand der Schilderung zahlreicher weiterer Alltagssituationen, dass die im Alter von 19 Jahren aufgetretene Erblindung eine besondere Reflexion der Mutterrolle und besondere Anpassungsleistungen im Alltag nötig macht.

Frau Steindl betont in ihrer Erzählung ihr besonderes mütterliches Engagement als Alleinerzieherin in Abgrenzung zu jenem ihres Exmannes und die besonderen Herausforderungen, mit denen sie sich als Frau mit Seheinschränkung in der Alltagsbewältigung konfrontiert sieht. Im Verlauf des Gesprächs betont Frau Steindl mehrfach die „besondere Benachteiligung", die sie als Person mit Seheinschränkung in der täglichen Bewältigung des Alltags erfährt. Frau Steindl schildert ausführlich, wie sehr sie darunter leidet, dass ihre Behinderung von ihrer Umwelt nicht wahrgenommen werde, die „Umgebung" nicht „adäquat" auf ihre Bedürfnisse reagiere und ihr die Seheinschränkung nicht glaube. Sie berichtet in diesem Zusammenhang von zahlreichen negativen Erlebnissen beim Einkaufen und beim Fahren mit öffentlichen Verkehrsmitteln:

*„Na, dann bin i eben zwa Stationen gfahrn und dann hat er durchgsagt: „Umsteigen zur Linie 2" und „Halt, des war jetzt der falsche Bus." Jetzt bin i dann ausgstiegen oder i hab eben netterweise gefragt und hab gsagt „San Sie 32A?" „Steht des net oben?" (laut) „Oja, aber i siech des net." (…) „Asso, (.)." „Ah, san Sie jetzt 32A?" „Ja, aber es steht eh oben." (..) Gut. Na, dann hab i eben wieder- i sag i bin- Wiener Linien glaub i, des hab i schon auf Kurzwahl eingetippt, weil i was, mindestens amal in der Woche muas i anruafn. Es is zwar sinnlos, meiner Meinung nach, muas i ehrlich sagen."*

Auch Frau Gabler berichtet von schwierigen Erlebnissen in der Zeit der Schwangerschaft und nach der Geburt des Kindes. Als hinderlich in der Ausgestaltung der Mutterrolle beschreibt Frau Gabler Barrieren in der Umwelt, wie nicht behindertengerechte Kindergärten, soziale Reaktionen und zu einem geringeren Anteil auch ihre individuelle Einschränkung selbst. In dem Frau Gabler ihre Erfahrungen verallgemeinert und auf alle Mütter mit Einschränkungen umlegt, erscheint das Erzählte als besonderes Spezifikum, das alle Frauen mit Behinderung gleichermaßen betrifft – die Vermittlung von „Besonderheit" wird dadurch für die AußenbetrachterInnen noch verstärkt:

*„Frauen mit Behinderung und Kind haben eher die Tendenz Supermütter zu sein, „bloß nicht auffallen, bloß kein Problem haben", weil dann kommt- die Angst es kommt „wiss ma eh, dass Sie das nicht schaffen", „aha und jetzt sehn ma's" „und sie können's alleine nicht"."*

*„Das ist wieder so ein Thema: Behindert sein und im Krankenhaus: Es wird irrsinnig oft so auf die Behinderung alles gelegt."*

In allen drei Darstellungen wird die Behinderung im individuellen oder sozialen Sinn (soziale Barrieren, soziale Reaktionen) als einschränkend thematisiert. „Barrieren", die in der Ausgestaltung von Mutterschaft aber auch in der Alltagsbewältigung generell auftauchen, werden im Zuge dieser drei Darstellungen sichtbar gemacht und mir als Zuhörerin als das Leben erschwerend und mit besonderen Herausforderungen verbunden vermittelt. Die Schilderungen des Übergangs zur Mutterschaft und der Zeit danach beziehungsweise der Probleme in der Alltagsbewältigung sind ausführlich und detailreich und nehmen einen weitaus größeren Raum ein als in jenen Erzählungen, in denen die Normalität des Daseins betont wird. Alle drei Mütter sind bemüht, mir als Zuhörerin gegenüber ihre Situation so anschaulich wie möglich zu vermitteln und sie für mich nachvollziehbar zu machen. Sie werben um Anerkennung ihrer Lebensleistung und um Zustimmung zu ihren Standpunkten (vgl. auch Lucius-Hoene/Deppermann 2002:41). Die selbst nicht betroffene Zuhörerin, die nicht behinderte Umwelt soll verstehen, was in der Versorgung eines Kindes oder Bewältigung des Alltags aufgrund der Einschränkung, behindernder Strukturen oder Reaktionen als so schwierig und herausfordernd erlebt wird. Mutter mit physischer Einschränkung (in dieser Gesellschaft zu sein) unterscheidet sich dieser Darstellung nach von Mutter-Sein generell.

#### 6.2.1.2 MUTTERSEIN MIT PHYSISCHER EINSCHRÄNKUNG ALS NORMALITÄT

Jene Mütter hingegen, die die „Normalität“ ihres Daseins betonen, heben mir als Zuhörerin gegenüber hervor, dass es problemlos möglich ist, als Frau mit Behinderung auch Mutter zu sein und Muttersein mit physischer Einschränkung sich nicht gravierend von Muttersein generell unterscheidet. Die autonome Versorgung des Kindes kann mit oder auch ohne Unterstützung gewährleistet werden und stellt in diesem Sinne keine „Besonderheit“ dar. Die „Behinderung“ – im individuellen als auch sozialen Sinn ausgelegt und als kaum bis gar nicht einschränkend thematisiert. Alle drei Frauen zeigen sich zufrieden mit ihrer Situation. An einigen Beispielen soll nun verdeutlicht werden, wie die Frauen mir als Interviewerin diese „Normalität“ vermitteln.

Frau Eisenauer, Frau Zellinger und Frau Bönisch bringen mir als Zuhörerin gegenüber die Normalität ihres Daseins infolge der mehrfachen Verwendung des Wortes „normal“ sowie der Nicht-Thematisierung beziehungseise Relativierung von Schwierigkeiten in der Bewältigung der Mutterrolle und/oder des Alltags zum Ausdruck.

So beschreibt Frau Eisenauer den Übergang zur Mutterschaft als „unproblematisch“ und „gut bewältigt“, ohne nähere Details dazu auszuführen. Die Wiederaufnahme ihrer Berufstätigkeit nach der Karenz bezeichnet sie ebenso als „ganz normal“:

*„(...) ganz normal wie’s für alle is – es is eine Umstellung: Ma muss alles anders organisieren, mit Arbeiten und Kindergarten und all diesen Dingen, aber ich glaub, das is halt so wie’s für alle anderen auch ist. Und ständig mit Blick auf die Uhr und Panik und ähh – der Lift ist kaputt und ich komm jetzt nicht mehr rechtzeitig zur Schule, um sie zu holen oder so aber ich glaub’, das ist der Alltag von berufstätigen Frauen mit Kind, na? Ganz normal sag i mal.“*

Besondere Situationen, die für Frau Eisenauer in der Ausgestaltung der Mutterrolle aufgrund der physischen Einschränkung erwachsen, werden normalisiert, um gar nicht erst als Besonderheit zu erscheinen. Frau Eisenauer erzählt beispielsweise, sie sei „keine Psychologin“, hätte aber in den ersten vier Jahren ein sehr „stabiles Assistentinnen Team“ gehabt. Sie bezieht sich hierbei auf einen entwicklungspsychologischen Wissensstand, wonach die Gewährung von „Stabilität“ in den ersten drei Jahren wichtig für die Entwicklung eines Kindes ist. Auf diese Weise „normalisiert“ Frau Eisenauer das „besondere Setting“ – das Vorhandensein mehrerer nicht verwandter Bezugspersonen – in dem das Kind aufwächst.

Auch Frau Zellinger betont mir als Interviewerin gegenüber die „Normalität“ ihres Alltags als Mutter mit Seheinschränkung. Auf meine Frage, wie sie ihren Alltag mit Kind am Übergang zur Mutterschaft organisiert hätte, erwidert Frau Zellinger, ihr Organisationsbedarf sei „ganz normal“ gewesen, nicht mehr Aufwand als bei anderen Eltern (ohne Behinderung) auch:

*„A, ahm. Ja, i hab- i glaub- also i empfind des jetzt gar net so als ob i jetzt so viel Organisationsbedarf hätte mehr als wer anderer ja.“*

Einige Sorgetätigkeiten, wie die Beaufsichtigung des älteren Kindes am Spielplatz, beschreibt Frau Zellinger auf meine Nachfrage hin als schwierig. Die Seheinschränkung wird in diesem Kontext von Frau Zellinger als hinderlich in der Erfüllung des „gewünschten Standards“, des angestrebten Erziehungsideals thematisiert. Frau Zellinger relativiert die von ihr als eher schwierig auszuführend beschriebenen Sorgetätigkeiten, indem sie im nächsten Abschnitt betont, welche Carepraktiken ihr sehr gut gelingen. Das behinderungsspezifische Problem wird in seiner Reichweite relativiert, Normalität wird hergestellt.

Auch Frau Bönisch kehrt mir gegenüber die Normalität ihres Daseins hervor. Sie schildert die Schwangerschaften und das Großziehen ihrer Kinder als unproblematisch und ebenfalls als „ganz normal“. Die Sehbeeinträchtigung wird von Frau Bönisch nur in Bezug auf die Verhinderung ihres Berufswunsches und ansonsten in keiner Weise als einschränkend genannt. Auch mit der Betonung ihrer Rolle als für andere Sorgende und der Zurückweisung meiner Fragen nach erhaltenen Unterstützungsleistungen erzeugt Frau Bönisch „Normalität“.

Jene Mütter also, die die Normalität ihres Daseins betonen, stellen diese im Interview diskursiv durch die Verwendung des Wortes „normal“, durch die Nichterwähnung von Schwierigkeiten in der Alltagsbewöltigung mit Kind, über die Relativierung bestimmter behinderungsbedingter Problematiken, die in der Kinderversorgung erwachsen und der Betonung jener Carepraktiken, die gut funktionieren, her. Die Erzählungen sind insgesamt und vor allem was die Schilderung der Phase des Übergangs zur Mutterschaft betrifft, knapper gehalten – es ist kein Leidensdruck herauszuhören. Mir als Interviewerin wird vermittelt, dass das Leben als Mutter mit physischer Einschränkung gut machbar und ganz normal wie bei anderen Müttern auch ist – das ist kein Thema, worüber stundenlang erzählt werden könnte. Vorurteile gegenüber Eltern mit Behinderung sollen

mit dieser Darstellungsform entkräftet werden (vgl. auch Hermes 2004:42). Schilderungen über problematische Erlebnisse im Zusammenhang mit der Gestaltung der Mutterrolle oder der Bewältigung des Alltags finden sich in diesen Interviews kaum. Die physische Einschränkung wird nicht oder nur in sehr geringem Ausmaß als beinträchtigend thematisiert.

#### 6.2.1.3 DIE NORMALISIERUNG DES BEHINDERUNGSSPEZIFISCHEN IM ALLTAG

Wie bereits deutlich geworden ist, bildet „Normalität" eine zentrale Bezugskategorie in den Selbstthematisierungen der Interviewten (vgl. auch Pasquale 1998:169). Die Analyse der Gesprächstexte gibt unter anderem Aufschlüsse darüber, wie in der untersuchten Lebenswelt Normalität diskursiv konstruiert und über Handlungsweisen aktiv hergestellt wird. „Normalität" wird von den Müttern inhaltlich als das „allgemein (gesellschaftlich, mehrheitlich) Übliche" bestimmt (Waldschmidt 1998:11). Die Differenz zu dieser Normalität wird von den Müttern wahrgenommen und im Interview thematisiert. In Form von Normalisierungsstrategien versuchen die Befragten, den von ihnen beobachteten Unterschied zum „allgemein Üblichen" zu minimieren. Auffällig ist, dass mit Ausnahme von Frau Gabler, die sich teils kritisch über gesellschaftliche Mehrheitsnormen und deren Unsinnigkeit äußert [70], sich aber in anderen Bereichen – der partnerschaftlichen Rollenaufteilung oder der Repräsentation der Mutterrolle nach Außen hin beispielsweise – wiederum nach Normalität sehnt, „Normalität" durchwegs positiv bewertet und angestrebt wird (vgl. auch Link 2004:138). Die Frauen trachten nicht danach, das von ihnen wahrgenommene und thematisierte „Besondere" zu kultivieren, das „Unübliche" zu feiern oder „Normalität" widerständisch zurückzuweisen, wie das in der Krüppelbewegung der 80er und 90er Jahre teils üblich gewesen ist [71] (Schildmann

[70]Frau Gabler kritisiert beispielsweise an einer Stelle des Interviews bestimmte allgemein übliche von SozialarbeiterInnen herangezogene normative Standards zur Bewertung von „guter Elternschaft". Diese seien unsinnig und würden für Eltern mit Behinderung keinerlei Sinn ergeben: *„Also, was ich mir gebaut hab- so den Wickeltisch hab ich- und auch diese komischen Themen „ein Kind hat ein Kinderzimmer und ein Gitterbett und einen Babytisch und einen Kasten" – das passt alles für behinderte Frauen nicht. Der Wickeltisch ist scheiße, weil der ist viel zu hoch und für stehende Frauen und das Gitterbett kannst du vergessen und und dann kommt aber die Sozialarbeiterin und sagt „Haben Sie eh zu Hause ein Gitterbett und einen Wickeltisch" (in hoher Stimme nachäffend) also da haben's ihre Strukturen „was is eine Ok Familie" und wenn die Ok Familie kein Gitterbett hat, dann is es kein Ok Kinderzimmer (...)".*

[71] Mit Slogans wie „Lieber lebendig als normal" wurde innerhalb der Krüppelbewegung der gesellschaftlich ausgeübte Zwang zur Normalisierung kritisch zurückgewiesen (Schildmann 2001:7).

2001:7). „Normalität“, oder das in der Mehrheitsgesellschaft Übliche, wird von den Müttern angestrebt und zu verwirklichen versucht.

„Normalisierung“ erfolgt, wie eben gezeigt, auf diskursivem Weg in Form der Selbstrepräsentation als „normal“, beziehungsweise über die Relativierung bestimmter behinderungsspezfischer Schwierigkeiten und der Betonung dessen, was trotz der Behinderung in der Kinderversorgung gut funktioniert (z.B.: bestimmte Carepraktiken).

Normalität wird von den Frauen aber auch über bestimmte Handlungsmodi im Alltag hervorgebracht. „Normalisierung als Handlungsstrategie“ betont das aktive Herstellen von Normalität über das Tun, nicht so sehr über das Repräsentieren von Normalität nach Außen hin. Diese Art der Normalisierung über Handlungsweisen ist nicht mit den ursprünglichen tatsächlich geschehenen Handlungen gleichzusetzen – sie stellen die von den Frauen im Interview retrospektiv reproduzierten Erfahrungen – einen Ausschnitt der erzählten „Narrativen Identität“ (Lucius-Hoene/Deppermann 2002:47) – dar, die im Zuge der Analyse rekonstruiert wurden.

Normalisiert werden, wie in Kapitel 6.2.2.6 „Behinderungsspezifische Carepraktiken und deren Normalisierung“ noch gezeigt werden wird, behinderungsbedingte Versorgungspraxen. Insbesondere Frau Wenigwieser und Frau Zellinger sind bemüht, ihren Kindern nicht zu nah zu kommen oder nicht überbesorgt um sie zu sein (Frau Wenigwieser). Das Behinderungsspezifische an Care soll minimiert und in diesem Sinne normalisiert werden.

Wie vor allem an zwei Fällen deutlich wird, wird auch die Behinderung selbst normalisiert. Aus dem Interview mit Frau Steindl geht hervor, dass diese immer wieder mit ihrer Beeinträchtigung hadert und sich nach einem „normaleren Leben“ sehnt. Die Normalisierung der Behinderung erfolgt im Fall von Frau Steindl über Anpassung – über das Verbergen der Einschränkung vor dem näheren und weiteren sozialen Umfeld. Frau Steindl hat gelernt ihren Blick auf ihr „Gegenüber“ auszurichten. Auch beim Fernsehen oder bei Kinobesuchen strebt Frau Steindl nach Anpassung:

*„I sag, wie i damals meine Partner alle kennenglernt hab- „Gemma ins Kino?“ „Ja.“ „Na, und wie hat dir der Film gefallen?“ „Ja, war toll.“ „Wieso lachst du nie?“ „Achso ja.“ „Wart die lachen, da muas i mitlachen.“ Ja, i bin net wirklich, dass i sag „du hey i siech schlecht“.“*

Frau Steindl ist in ihrer alltäglichen Performanz um Normalisierung bemüht. Sie versucht ihre Seheinschränkung als „soziale Information“ (Goffman 1975:7) zu verbergen. Die Normalisierungsstrategien und Anpassungsleistungen, die Frau Steindl im Alltag erbringt, sind für diese jedoch mit besonderen Anstrengungen verbunden, die sie ebenfalls im Gespräch thematisiert.

Frau Eisenauer normalisiert (ihre) physische Einschränkung über die Gründung eines „besonderen Settings“, im Zuge dessen „behindert sein“ als „ganz normal“ erscheint. Auf meine Frage, ob Frau Eisenauer während der Schwangerschaft und nach der Geburt des Kindes Kontakt zu anderen Müttern gehabt hätte, antwortet Frau Eisenauer, sie habe im Verlauf ihrer Schwangerschaft keine Beziehung zu anderen Müttern aufgebaut, da sich dies nicht ergeben habe. Sie habe aber aus einem politischen Anspruch heraus eine „Müttergruppe“ für Frauen mit Behinderung gegründet, deren Funktion einerseits ein gegenseitiger Austausch von gemeinsamen Themen und Problemen sei und andererseits den Kindern zeigen soll, dass auch andere Kinder Mütter mit Behinderung haben:

*„(…) also sozusagen, weil ich eben seit vielen Jahrzehnten behindertenpolitisch aktiv bin, ah und daraus dann eben auch der politische Aspekt quasi in der Müttergruppe und für mich war's auch so- wo ich mir gedacht hab,' dass es für die Kinder sicher auch eine gute Erfahrung ist, wenn sie sehen, dass sie nicht die Einzigen sind, die eine behinderte Mutter haben.“*

Das beschriebene Bedürfnis, den Kindern zu zeigen, dass sie nicht die Einzigen sind, die eine Mutter mit Einschränkung haben, verdeutlicht Frau Eisenauers Bestreben, der „Behinderung“ den Sonderstatus zu nehmen und sie in den Bereich des Normalen einzuordnen. Den Kindern soll von Beginn an „Normalität“ suggeriert werden: „Auch andere Kinder haben Mütter mit Einschränkungen“. „Es ist normal, eine Mutter mit Behinderung zu haben“. Die Normalisierung der Behinderung erfolgt in diesem Fall über die Herstellung eines besonderen Settings – über die Gründung einer Müttergruppe.

Auch das Streben nach Autonomie in der Bewältigung des Alltags und der Ausgestaltung der Mutterrolle sowie nach jener des Kindes, die Forcierung von emotionalen Carepraktiken und die Betonung der Carer Rolle (und nicht der „Cared for“ (Loyd 2001)) stellen, wie später noch ausgeführt werden wird, Formen der Normalisierung im Sinne der Annhäherung an das gesellschaftlich Übliche (Waldschmidt 1998:11) dar.

Im Anschluss an Jürgen Link (1997) können die im Rahmen der Analyse identifizierten Normalisierungsstrategien der Frauen dem „flexiblen Normalismus“ zugeordnet werden.

Die Mütter sind um Selbstnormalisierung bemüht, das Behinderungsspezifische soll minimiert und der Normalität angenähert werden. Das was in der Mehrheitsgesellschaft üblich ist, wird von den Frauen angestrebt. Auch das Bemühen um Selbstbestimmung kann vor diesem Hintergrund als Form der Selbstnormalisierung gedeutet werden (Waldschmidt 1998:19).

### 6.2.2 Selbstrepräsentationen von Mütterlichkeit und „Care“

Im nun folgenden Abschnitt werden die im Zuge der Interviewanalyse rekonstruierten fallübergreifenden Konstruktionsweisen von Mutterschaft im Kontext körperlicher Einschränkung dargestellt. Wie in den Einzelfallbeschreibungen gezeigt, unterscheiden sich die jeweiligen Selbstcharakterisierungen der Frauen erheblich voneinander und reichen von der Selbstbezeichnung der „Berufstätigen Mutter“ (Frau Eisenauer) bis hin zur „Vollzeitmutter“, die ganz für ihre Kinder da ist (Frau Steindl). Es gibt jedoch auch eine Reihe an verbindenden Darstellungsmustern in den jeweiligen mütterlichen Selbstpräsentationen. Diese werden im nun folgenden Abschnitt aufgezeigt.

#### 6.2.2.1 SELBSTREPRÄSENTATION ALS CARER

Wie schon von Kaiser, Reid und Boschen (2012:132f.), Thomas (1997:639) und Lloyd (2001) gezeigt, bestätigen auch die Ergebnisse meiner Studie, dass die interviewten Mütter „trotz“ ihrer Einschränkungen und unabhängig davon, ob sie selbst Unterstützungsleistungen in Anspruch nehmen oder berufstätig sind, die Rolle der „die Kinder primär Versorgenden“ einnehmen und einnehmen wollen:

*„In spite of their disability, most of the mothers in this study maintained the primary caregiver status within their home, a role that was highly important to them (…) (Kaiser et al. 2012:132f.).*
*„Even if a male partner was present, disabled women were or continued to be, the main carers for children and other family members“ (Thomas 1997:639).*

Dass sich die Mütter mir als Interviewerin gegenüber als „Carer“ und eben nicht als „Cared for“ (Lloyd 2001) präsentieren, kann vor allem an ihren direkten und indirekten Selbstpositionierungen abgelesen werden: Anhand der Art wie die Aufteilung von

Sorgearbeit für das Kind/die Kinder beschrieben wird, wie die Frauen von ihrem Umgang mit sozialer Unterstüzung bei der Ausgestaltung des Alltags und der Elternrolle, berichten und an der Weise, wie sie ihre eigenen Carer Qualitäten beschreiben.

Die Analyse des Interviewmaterials zeigt, dass die partnerschaftliche Rollenteilung, sofern ein Partner vorhanden ist, mit Ausnahme von Frau Gabler, in allen Fällen traditionell – wie gesellschaftlich allgemein üblich – erfolgt – die Frauen also den Haupttteil der Versorgungs- und Erziehungsarbeit des Kindes übernehmen, während die Männer meist vollzeit berufstätig sind. Auch im Falle von Frau Gabler, die gegenteilig zu den anderen Frauen gemeinsam mit ihrem Partner eine weitgehend „egalitäre Arbeitsteilung" praktiziert und überdies für das Haupteinkommen der Familie sorgt, zeigt sich ein gewisses Sehnen nach einer traditionelleren Form der Rollenaufteilung, der Wunsch, mehr Zeit mit dem Kind verbringen zu können:

*„(…) also ich fühl mich ein bisschen wie der Mann, ich fühl mich wie so ein Mann, der ein Kind hat und an Freund und die alle erhalten muss also ich fühl mich sehr, fühl mich sehr männlich. Auch jetzt- sie hat heute neue Kindergruppe und ich bin jetzt nicht da, sondern mein Freund."*

Die Ausübung der „Primary Care Giver Rolle" (Thomas 1997) wird von den Frauen ausdrücklich gewünscht und eingefordert. Sorgen stellt demnach einen wesentlichen Bestandteil der von den Protagonistinnen im Interview präsentierten mütterlichen Identität dar (vgl. Graham 1983:29f.). Frau Wenigwieser beispielsweise betont in der Schilderung der Betreuungssituation nach der Geburt des Kindes im Krankenhaus, dass zwar ihr Mann die „erste Pflege des Kindes" (wickeln, baden) übernommen hätte, worüber sie erleichtert gewesen wäre, fügt im Nachsatz jedoch an, dass sie in Zukunft die „Hauptversorgung" des Kindes übernehmen werde:

*"Aba es war für mi scho klar, dass des- oiso es war für mi immer klar, dass des i machen mecht und dass des a gehen wird uund es hat sich dann eh sehr schnö aussergstellt, dass eh guat geht, oiso."*

Frau E's Vorstellung von Mutterschaft und ihr Anspruch an sich selbst ist, die Sorge für das Kind alleine, dem Leitbild der autonomen Mutter entsprechend, ohne Zutun ihres Partners oder anderer Personen zu leisten.

Die Analyse zeigt, dass alle Mütter bestrebt sind, möglichst viele Sorgeaktivitäten, die das Kind betreffen, selber zu übernehmen und nicht auf andere Personen zu übertragen. Erfolgt die Ausgestaltung der Mutterrolle mit Persönlicher Assistenz, so findet eine

Rollenaufteilung in „emotional“ und „funktional“ statt. Der emotionale Part wird von den Müttern übernommen und in seiner Qualität höher bewertet als der funktionale Aspekt.

Die Selbstpräsentation als „Carer“ wird besonders deutlich am Beispiel von Frau Bönisch, die sich während des gesamten Interviews als „für andere Sorgende“ – für ihre Familienmitglieder aber auch für Bekannte und Verwandte – und nicht als Hilfe in Anspruch nehmende Person positioniert. Frau Bönisch berichtet ausführlich darüber, in welcher Weise sie ihre Kinder und ihren Mann versorgt und wie sie sich darüber hinaus auch noch um verwandte und ihr bekannte Personen – um die Nichte oder die Tochter der Chefin – kümmert. Fragen nach selbst erhaltenen Unterstützungsleistungen weist Frau Bönisch zurück und erzählt stattdessen über Sorge- und Unterstützungsleistungen, die sie für andere Menschen erbringt. Auf meine Frage, ob und von wem Frau Bönisch praktische und emotionale Unterstützung bekommt, berichtet Frau Bönisch beispielsweise, wie sie ihren Mann und dessen Freund nach deren gemeinsamen Aktivitäten versorgt:

*I: „Und so praktische Hilfen oder emotionale Unterstützung?“ Frau W.: „(...) und mei Mann zum Beispiel, der hat immer mit seim blinden Freind- amal in der Woche san’s in die Sauna gangen und an Tag in der Woche haben’s Leseabend. (...). Da san’s aber dann am Abend ham kuma- i man, i hab die Kinder dann abgeholt, wenn er Sauna oder Leseabend ghabt hat (...). (...) hab dann gekocht und alles (...) oder Aufstrichbrote gmacht (...).“*

Indem Frau Bönisch ihre Rolle als Sorgende und nicht zu Versorgende betont, unterstreicht sie mir als Zuhörerin gegenüber ihre Carer Funktion und auch ihre Autonomie. Sie präsentiert sich als selbstständig und unabhängig von den Hilfeleistungen anderer. Sie selbst versorgt und hilft.

Die Selbstrepräsentation als Carer erfolgt in allen Fällen auch über die Betonung der eigenen Carer-Qualitäten und nicht etwa jener anderer Personen. Die Mütter präsentieren sich als jene, die für die Versorgung ihrer Kinder am besten geeignet sind. Tendenziell werden jene Sorgepraktiken, vorwiegend emotionale, als gut funktionierend hervorgehoben und besprochen oder das Ergebnis der gelungenen Erziehung in Form des „selbstständigen Kindes“ (Frau Gabler, Frau Eisenauer) präsentiert. Sofern die Ausgestaltung der Mutterrolle mit Persönlicher Assistenz erfolgt, wird die eigene Verantwortlichkeit für das Kind und die AssistentInnen dazu betont:

*„(…). Aber ich bin immer dabei. Also, die Sache ist schon, dass ma sagen muss, du gibst die Kinder nicht ab zu den Assistenten sondern du bist auch immer mit den Assistenten." (Frau Gabler).*

Für alle Mütter ist die Ausübung der „primary care giver" Rolle (Thomas 1997) demnach von Wichtigkeit. Die „Väter" der Kinder spielen in den Schilderungen der Interviewten eine marginale Rolle – sie tauchen einerseits als „Belastung" auf – werden als „nicht kooperativ" und „zu wenig engagiert in der Ausgestaltung der Vaterrolle" (Frau Steindl) beziehungsweise als „fünftes Kind" (Frau Bönisch), das es auch noch mitzuversorgen gilt und andererseits als „Mitversorgende", „Mithelfende" (Frau Wenigwieser, Frau Eisenauer, Frau Zellinger) und Mitentscheidungsträger" (Frau Wenigwieser) beschrieben. Das Bemühen der Mütter, die Kinderversorgung gänzlich selbst, beziehungsweise die emotionalen Anteile der Mutterrolle (Frau Gabler und Frau Eisenauer) selbst zu übernehmen und Unterstützungsleistungen im Zusammenhang mit der Versorgung des Kindes gering zu halten, steht im Zeichen des Wunsches nach Autonomie und könnte auch mit dem in der Literatur beschriebenen Bedürfnis (Lloyd 2001:720-724, Thomas 1997:622, Kaiser et al. 2012:127) der Mütter, sich selbst und der Umwelt zu beweisen, ein fähiger Elternteil (also „ganz normal") zu sein und auf diese Weise Anerkennung zu finden, im Zusammenhang stehen.

#### 6.2.2.2 DIE BEDEUTSAMKEIT EMOTIONALER SORGEPRAKTIKEN

Wie schon angedeutet, heben beinahe alle Befragten in den Erzählungen, obgleich sie sich in ihrer Selbstcharakterisierung als Mütter unterscheiden, vor allem „psychosoziale Aspekte von Mutterschaft" (Pasquale 1998:304), also emotionale Praktiken in der Ausgestaltung der Mutter-Kind-Beziehung, hervor. Dies verdeutlicht die normative Verankerung der Mutter-Kind-Beziehung als emotional. Wie in Kapitel 2.2.2 ausgeführt, bildet die Herstellung einer emotionalen Bindung zum Kind und die Gewährleistung dessen psychischen Wohlbefindens heute das wichtigste Kriterium guter Mutterschaft (vgl. Herwartz-Emden 1995fff.). In den Selbstthematisierungen der Befragten finden sich zahlreiche Bezüge zu entwicklungspsychologischen Wissensbeständen, wie zum Beispiel der Bedeutsamkeit des Stillens für die Entwicklung der Mutter-Kind-Beziehung.

Die Herstellung einer emotionalen Beziehung zum Kind über das Stillen wird von einigen der Mütter – insbesondere von jenen mit Seheinschränkungen, deren Kinder noch klein sind – im Interview thematisiert. So berichtet Frau Zellinger beispielsweise über ihr Bedürfnis, ihre Kinder zu stillen und über ihr Bemühen diesen Wunsch gegenüber den Ärzten auch durchzusetzen:

*„(…) des weiß i jetzt net ob des mit der Behinderung zu tun hat, aba mir war's halt wichtig, dass i die Kinder stillen kann und beim Johannes, also der is zu früh geholt worden, jetzt war der nu recht klan und hat net getrunken, weil er anfach irgendwie ka Kraft ghabt hat und da hab i mi halt schon sehr ums Stillen bemüht, des war ziemlich a Kampf und da hab i halt schon- i man, des war ma anfach wichtig- (…)."*

Das Stillen des Kindes und der Körperkontakt zu diesem nimmt auch in der Mutterschaftspraxis von Frau Wenigwieser besondere Bedeutung ein. Den ursprünglich praktisch gemeinten Tipp einer blinden Mutter an Frau Wenigwieser, Stillen sei einfacher als ein „Flascherl" anzurichten legt Frau Wenigwieser auf die Beziehungsebene um. Sie sieht im Stillen eine Möglichkeit, eine Beziehung zum Kind aufzubauen. Das Vorhandensein einer Bindung wird demnach nicht als selbstverständlich gegeben, sondern in ihrem Bestehen als gefährdet betrachtet – als etwas, das durch bestimmte Praxen hergestellt werden kann und das besonderer Aufmerksamkeit bedarf:

*„Also, des hat ma a a blinde Mutter gsagt. Sie hat gsagt „Schau, dass'd ihn stillen kannst" i man, sie hat's mehr so von der praktischen Seite gsagt „weil Flascherl machen, des is echt net anfach, mit dem omessn und mit dem und mit dem". Hab i ma dacht „ja, des spricht a scho amoi dafür" und dann hat's ma anfach aba a so taugt, so vom- ja, von der Beziehung her."*

Die Mutter-Kind-Bindung ist in Frau Wenigwiesers Deutung exklusiv und „besonders". Das Stillen des Kindes schafft eine Nähe, die nur Mutter und Kind haben können:

*„Und nachdem i eam eigentlich immer gestillt hab, haben ma immer da diese Verbindung ghabt. Des war, find i scho guat. Also (..) anfach diese Nähe, wennst ihm schon net irgendwie sehgn kannst net, also anschaun kann i ihn ja in dem Sinn net. Aber so diese ganz Nähe- diese ganze Nähe, was wirklich nur so Mutter und Sohn haben können oder Baby halt- des, des war mir scho vü wert a. Und also, des war scho schön."*

Emotionale Versorgungspraktiken erlangen im Selbstverständnis der Frauen auch deshalb einen so hohen Stellenwert, weil die praktisch funktionalen Aspekte der Mutterrolle aufgrund der körperlichen Einschränkungen teils von anderen Personen

ausgeführt werden – wie im Fall von Frau Gabler und Frau Eisenauer von den Persönlichen AssistentInnen – oder nicht in der gewünschten Qualität praktiziert werden können, wie aus einem Erzählabschnitt aus dem Interview mit Frau Zellinger hervor geht:

*„I man, es gibt halt Dinge, die wirklich schwierig sind, also, was weiß i, zum Beispiel ins Museum geh- also ma hat dann einfach- je älter der Johannes wird, desto mehr Bedarf is da anfach. Weil wenn wir zum Beispiel ins Naturhistorische Museum gengan- i kann eam zwar- wir kennan uns die Sachen anschaun aber i kann eam halt nix vorlesen- i was ja a net alles drüber (lacht). Und- oder ins Haus des Meeres oder sonst wo hin, ja. Und und da wollt er dann a anfach oft was wissen und da hab i mir dann schon dacht- also irgendwie muss is da- naja, es is halt schwierig (…). (…) beziehungsweise ja, natürlich, was was i, am Spielplatz oder so- wenn ma jetzt wo hin gehen, wo i mi net so gut auskenn oder irgendwo, wo's halt groß ist, dann is halt a schwierig, ja. Und da kann i halt net überall hingehn da auf's Klettergerüst oder so."*

Die Befragten thematisieren in diesem Zusammenhang teils Schuldgefühle und ein gewisses Bedauern, nicht beide Aspekte der Mutterrolle optimal erfüllen zu können. Die Behinderung wird als der idealen Ausgestaltung der Mutterrolle im Wege stehend und als persönliche Unvollkommenheit (vor allem Frau Wenigwieser, Frau Gabler, Frau Steindl) thematisiert. Um diese von den Frauen empfundene Unzulänglichkeit ein Stück weit auszuräumen, beziehungsweise zu relativieren, nennen die Befragten im Nachsatz meist jene Carepraktiken – eben meist Emotionale – die sehr gut funktionieren:

*„I man natürlich so diese erste Phase, wo's so ganz ruhig san, wo's nu gar net so von sich aus an Laut machen außer vielleicht weinen, ja, des war oft scho schwierig, net a, wo andere dann gsagt haben „ma schau, er plaudert scho mit mir", wo sie diese Mimik machen, na? Des war irgendwie scho hart a bissl net, dass ma des net so- I hab manchmal gsagt: „Du i was jetzt net, soll i plaudern mit dir, oder schlafst du, hast du die Augen zua oder net?" (lacht) Aber irgendwie hab i dann a die Ruhe kriagt und hab ma dacht „Geh, (...) es passt. I hab ihn ja eh bei mir, also der Körperkontakt is ja da."" (Frau Wenigwieser)*

Emotionale Versorgungspraktiken werden folglich von den Müttern selbst beansprucht und in ihrer Bedeutsamkeit höher bewertet. Das, was durch den fehlenden Sehsinn an Bindung und Kommunikation mit dem Kind nicht möglich ist, wird in Frau Wenigwiesers Darstellung durch das Stillen und den Körperkontakt kompensiert. Indem die Befragten die Wichtigkeit des Stillens, die emotionale Nähe zum Kind oder den Wunsch, dem Kind natürliche selbst zubereitete Babynahrung zu verabreichen, betonen, rekurrieren sie auf ein naturalisiertes Leitbild von Mutterschaft. Sie berufen sich auf die „Natur",

bevorzugen „natürliche Praktiken von Mutterschaft“, in welchen die Mutter als Sorgetragende für das Kind unabkömmlich ist: *„In this model caring (mothering) is viewed as natural and instincitve – woman's natural vocation" (Glenn 2000:87).* Auffallend ist, dass von den Frauen beinahe ausschließlich die positiven Aspekte von Emotionalität in der Mutter-Kind-Beziehung geschildert werden.

#### 6.2.2.3 ROLLENTEILUNG IN EMOTIONAL UND FUNKTIONAL

Aus dem Quervergleich des Interviewmaterials geht hervor, dass alle Mütter mit Seheinschränkungen bestrebt sind, die Mutterrolle selbst, also ohne Rückgriff auf andere helfende Personen, zu erfüllen. Im Fall von Frau Gabler und Frau Eisenauer (beide sind Rollstuhlfahrerinnen), die ihren Alltag mit Kind mit einer hohen Stundenanzahl an „Persönlicher Assistentenz“ organisieren, erfolgt eine Aufsplittung der Rollen in „funktional“ und „emotional“. Die funktionalen Aspekte der Mutterrolle, die die beiden Frauen aufgrund ihrer physischen Einschränkung nicht selbst übernehmen können, werden von den Persönlichen AssistentInnen ausgeführt, die emotionalen von den Müttern selbst. Es handelt sich um eine Form „geteilter Elternschaft“, die schon von Carol Stack (1974) am Beispiel einer Black Community beschrieben wurde, mit dem Unterschied, dass die Weisungsbefugnis – die Anleitung, wie bestimmte Handgriffe auszuführen sind – auch bei der Ausführung des funktionalen Parts bei den Müttern verbleibt. Sie sind zu jeder Zeit in das Geschehen involviert. Die emotionale Beziehung zum Kind wird von den Müttern allein beansprucht.

Im Falle von Frau Gabler erfolgt die Ausgestaltung der Mutterrolle unter Einbeziehung der AssistentInnen nach Frau Gablers Anleitung, der Umgang mit dem Kind nach klaren Regeln. Die AssistentInnen fungieren als „Zwischeninstanzen“ in der Kommunikation zwischen Mutter und Kind und erfüllen den „funktionalen Part“ der Mutterrolle: Will das Kind etwas haben und wendet es sich diesbezüglich an die Assistentin, ist es deren Aufgabe, dem Kind zu sagen, es solle „die Mama fragen“. Wenn dem Kind etwas gekauft wird, so wird dem Kind klar gemacht, dass zwar die Assistentin einkaufen war, der Auftrag aber von der Mutter kam. Weint das Kind, ist die Aufgabe der Assistentin zum Kind „komm, wir gehen zur Mama“ zu sagen, es aufzuheben und zu Frau Gabler zu bringen, welche in der Folge dann den „emotionalen Part“, das „Trösten des Kindes“,

übernimmt. Die AssistentInnen werden von Frau Gabler nicht nur als wichtiges, unerlässliches „Vehikel“ in der selbstbestimmten Ausgestaltung der Mutterrolle betrachtet, sondern durch deren ständige Anwesenheit auch als Konkurrenz im Beziehungsaufbau zum Kind wahrgenommen. Frau Gabler ist deshalb in ihrer Handlungspraxis darauf bedacht, die Unterschiedlichkeit der Mutter- und der AssistentInnenrolle klar zu konturieren. Die Mutterrolle wird in diesem Zug aktiv hergestellt:

*„(…) oder ich hab' die Assistenten auf Bereitschaft geschickt, also „geht's kurz raus, bleibt's in der Nähe und wenn was passiert, ruf ich euch an.“ Aber ich will diese „Alleine-Zeit“ mit der Lina haben. Das ist ein großes Thema auch mit Persönlicher Assistenz und Kind, dass sozusagen das Kind- es weiß Gott sei Dank immer „das is die Mama“, weil das war schon immer meine Angst, weil die Assistenten machen die tollen Sachen und die Mama sagt immer- schaut brav zu. Und und das ist ein großes Thema, dass ma schauen soll, dass ma- wenn's auch nur eine Stunde ist, wenn es nicht anders geht, aber dass ma Zeit mit seinem Kind ganz alleine hat.“*

Frau Eisenauer gibt sich in ihrem Umgang mit ihren Assistentinnen selbstbewusster. Sie hat keine Angst, vom Kind in ihrer Rolle als Mutter nicht genügend erkannt zu werden:

*„(…)-und es hat relativ selten Situationen gegeben, ah, wo ich das Gefühl ghabt hab, also die Assistentinnen haben jetzt eine bedeutendere Rolle oder oder nehmen sich zuviel heraus- des hab i eigentlich net ghabt.“*

Frau Eisenauer hat eine klare Vorstellung davon, welche Aufgaben einer Assistentin in Bezug auf die Versorgung des Kindes zukommen, nämlich alle Aufgaben, die sie nicht selbst bewältigen kann:

*„(…) ich sag' „die Assistentin übernimmt die Tätigkeiten, die ich nicht tun kann, weil ich dazu körperlich nicht in der Lage bin. Das heißt, wenn meine Tochter bei einem Geburtstag eingeladen ist bei einer Freundin, die im 3. Stock wohnt, bringt sie sie hin und holt sie sie ab. Und es ist jetzt nicht die Frage: „Naja, ist das jetzt die Aufgabe der Persönlichen Assistentin?“ „Ja, meiner Meinung nach, „ja“.“*

Frau Eisenauer führt weiter aus, dass die Assistentinnen für das Kind so eine Art „ältere Schwester“ seien. Die Zusammenarbeit mit den Assistentinnen beschreibt sie als „gemeinsames Hineinwachsen in die Rolle“ und „arbeiten auf gleicher Augenhöhe“ unter Frau Eisenauers Anleitung. Frau Eisenauer ist sichtlich bemüht, Hierarchien zu vermeiden und eine „gemeinschaftliche“ Atmosphäre herzustellen. Die Assistentinnen

werden von Frau Eisenauer, im Unterschied zu Frau Gabler, nicht als „Eindringlinge“ oder als Konkurrentinnen, was den Beziehungsaufbau zum Kind betrifft, verortet. Frau Eisenauer ist nicht so sehr um „Abgrenzungsverhalten“ bemüht, sie vertraut darauf, dass sich die Verschiedenheit der Rollen auf natürliche Weise interaktiv vollzieht:

*„Und es war- also, ich ich denk mir so mit Kindern dann umgehn is ja interessant, ah keine Ahnung, wenn meine Tochter zum Beispiel umgefallen ist ah hat sie nicht nach mir die Hände ausgestreckt sondern nach der Assistentin logischerweise, weil sie ja gewusst hat, dass ich sie nicht aufheben kann. Dann hat sie die Assistentin aufgehoben und hat sie mir gegeben. Und ich hab' dann den tröstenden Part übernommen.“*

Frau Eisenauer gibt sich beobachtend und abwartend. Doch auch in Frau Eisenauers Fall sind die jeweiligen Rollen klar ausdifferenziert. Die funktionalen „Parts“ der Mutterrolle werden von den Assistentinnen, die emotionalen („und ich hab den tröstenden Part übernommen“) von Frau Eisenauer übernommen. Das Kind erfasst die unterschiedlichen Rollen Frau Eisenauers Auslegung nach intuitiv:

*„Aber die Kinder, ahm, haben des sehr schnell heraußen, wie da die Rollenaufteilung ist aber auch sozusagen glaub ich die Bedeutung ah der Eltern oder ah ah der Familie werden schon sehr erfü- bei meiner Tochter, da is sozusagen die Familie: Das bin ich, das is der Papa und der Kater, wir sind die Familie und die anderen sind die Assistentinnen.“*

Wie an diesen Interviewauszügen gut illustriert werden kann, wird die emotionale Beziehung zum Kind von den Müttern allein beansprucht. Die Unterschiedlichkeit der Rollen wird in der Interaktion mit den AssistentInnen und dem Kind durch bestimmte Praktiken, beziehungsweise Rituale beständig markiert und hergestellt, die Autonomie in der Gestaltung der Mutterrolle aufrechterhalten.

#### 6.2.2.4 DAS STREBEN NACH AUTONOMIE IN DER GESTALTUNG DER MUTTERROLLE

Ein Kernbefund, der aus dem Quervergleich der Interviews hervorgeht, betrifft den Gesichtspunkt der Autonomie.[72] Autonom zu sein in der Ausgestaltung der Mutterrolle sowie auch in der Bewältigung des Alltags hat sich als ein für alle Mütter bedeutsames Thema und als wesentlicher identitätsbildender Aspekt herauskristallisiert. Die Kategorie

[72] Die Bezeichnung Autonomie wurde von der Autorin gewählt und wird von den Protagonistinnen selbst nicht verwendet.

wurde in der analytischen Auseinandersetzung mit der Sprechweise der Frauen über ihren Umgang mit sozialer Unterstützung sowie mit der Art ihrer Selbstrepräsentation entwickelt.

Während später die unterschiedlichen Bedeutungsgehalte, die die Mütter mit „Autonomie“ assoziieren und die unterschiedlichen Arten, wie sie Autonomie sowohl in der Gestaltung der Mutterrolle als auch des Alltags erreichen, noch gebündelt dargestellt werden, wird an dieser Stelle der Fokus auf die am Material identifizierten Herstellungsmodi von Autonomie in Bezug auf die Ausgestaltung der Mutterrolle gelegt.

Die Bedeutsamkeit, in der Ausgestaltung der Mutterrolle autonom zu sein, ist am deutlichsten in Frau Wenigwiesers Erzählung nachzuweisen. Frau Wenigwiesers Anspruch an sich selbst, ihre Vorstellung von Mutterschaft ist, die Mutterrolle „alleine“, „selbstständig“ und so weit wie möglich unabhängig von der Hilfe anderer Personen ausführen und bewältigen zu können. Frau Wenigwieser macht bereits zu Beginn des Interviews in der Schilderung der Krankenhaussituation deutlich, dass, obgleich ihr Mann im Krankenhaus die erste Pflege des Kindes übernommen habe, sie diejenige sein wird, die das Kind in Zukunft hauptsächlich versorgen wird. In der Folge und über den gesamten Verlauf des Interviews hinweg erzählt Frau Wenigwieser ausführlich darüber, auf welche Weise sie Unabhängigkeit in der Versorgung des Kindes erreicht. Sie beschreibt beispielsweise, wie sie sich zu Beginn in Anwesenheit ihrer Mutter, die sich wärenddessen in einem anderen Raum aufhält, schrittweise in der Versorgung des Kindes erprobt. Um die Mutter, die selbst berufstätig ist, in der Folgezeit wieder zu entlasten und den Grad der eigenen Selbstständigkeit zu erhöhen, vergrößert Frau Wenigwieser in den Folgemonaten schrittweise die Zeitabstände, in denen sie mit dem Kind ganz alleine ist, um schließlich die Pflege des Kindes gänzlich alleine zu übernehmen:

*„(…) I hab des immer so gspiat „ja, jetzt dad i gern, des moi- (..) wissen, ob i des allanich a kann, net oiso, des is dann eh irgendwie von allanich kuma dieses Bedürfnis do a des allanich, ganz allanich zu können net.“*

Frau Wenigwieser geht in jeder neuen Entwicklungsphase des Kindes ähnlich vor: Sie erprobt sich so lange im Erlernen der jeweils geeigneten Versorgungstechnik, bis sie diese beherrscht und stellt ihre Autonomie auf diese Weise sicher. Auch die Nahrungszubereitung für das Kind übernimmt Frau Wenigwieser gänzlich selbst, auch wenn dies für sie mit besonderen Anstrengungen verbunden ist:

*„Es war a sehr sanfte Umstellung. I man, im Nachhinein ist diese Zeit schon die Aufwändigste gwesn, weil i mir halt a einbildet hab, i muas des selber machen, ha. Aber, aber es war ma halt anfach irgendwie wichtig am Anfang, dass er was, wie a richtiger Zuchini schmeckt und net vom Glasl und so." (lacht)*

Frau E's stark ausgeprägtes Streben nach Autonomie wird auch in der Schilderung des „Kinderturnens" – Frau Wenigwieser geht einmal wöchentlich mit ihrem Sohn zum Kinderturnen – deutlich. Frau Wenigwieser bezieht ihre „Persönliche Assistentin", welche sie ein- bis zweimal wöchentlich im Haushalt unterstützt und mit der sie gemeinsam auch spazieren oder einkaufen geht, bewusst nicht in diese Veranstaltung ein:

*„I was net, des is irgendwie so, i was net, i wollt des anfach gern allanich moi ausprobiern, wie's ma beim Kinderturnen geht, wenn sehr vü Kinder san und es sehr laut is und- (...)."*

Frau Wenigwieser ist bestrebt, das Kinderturnen alleine, ohne der Hilfe der Assistentin zu bewältigen, auch wenn sie in der konkreten Situation vor Ort besonderem Stress ausgesetzt ist, da sie nicht sieht, was das Kind gerade macht und es nicht beaufsichtigen kann. Die besonderen Probleme, die sich dadurch ergeben, werden von Frau Wenigwieser in ihrer Dimension relativiert und normalisiert:

*„Letztens hat er sich schon amoi in Gefahr bracht aber guat, aber des kann ma in solche Situationen net vermeiden, a ka sehende Mutter. Wennst net zwa Schritt hinter deine Kinder bist, wird's schwierig. Oiso, ma muss a a bissl a Vertrauen dann haben, dass net des Allerschlimmste passiert net."*

Unabhängigkeit in der Erfüllung der Mutterrolle und auch die Repräsentation der Mutterrolle nach Außen hin[73] sind für Frau Wenigwieser von zentraler Bedeutung. Sie nimmt hierfür Unwohl- und Stressgefühle und ein gewisses Risiko für das Kind in Kauf. Die Seheinschränkung wird von Frau Wenigwieser als hinderlich im Erreichen des gewünschten Ausmaßes an Autonomie thematisiert.

Auch Frau Zellinger ist bestrebt, in ihrer mütterlichen Praxis möglichst viele Sorgetätigkeiten selbstständig zu erbringen. Die Seheinschränkung wird von Frau Zellinger als hinderlich in der Erfüllung des „gewünschten Erziehungsstandards" – des Erziehungsideals – nämlich alle Aktivitäten mit den Kindern alleine (ohne Hilfe) in der

[73] Das Einbeziehen der Assistentin würde die Exklusivität der Mutter-Kind-Beziehung und ihre Repräsentation nach Außen hin außer Kraft setzen und Frau Wenigwiesers Bestreben nach Autonomie schwächen.

gewünschten Qualität ausführen zu können – thematisiert. Auch Frau Zellinger relativiert die von ihr aufgrund der Sehbeeinträchtigung als eher schwierig auszuführenden im Interview beschriebenen Sorgetätigkeiten und hebt hervor, was sie, trotz ihrer Seheinschränkung alleine mit den Kindern unternehmen kann.

Frau Bönisch vermittelt im Interview ihre erreichte Autonomie, indem sie sich schon zu Beginn als (entgegen der damals üblichen Norm) unabhängig verortet: *„Weil i hab gsagt „I kann mei Kind allan aufziagn, i brauch net heiraten.“ (lacht)* Über den gesamten Interviewverlauf hinweg betont Frau Bönisch, wie schon gezeigt, ihre Carer Kompetenzen für ihre Familie und ihr privates Umfeld. Sie präsentiert sich mir gegenüber als andere versorgende und nicht selbst Hilfe in Anspruch nehmende Person. Fragen nach erhaltenen Unterstützungsleistungen weist Frau Bönisch zurück und betont stattdessen, in welcher Form sie die Mitglieder ihres näheren und weiteren Umfeldes unterstützt.

Auch im Interview mit Frau Steindl wird dieses Streben nach Autonomie in der mütterlichen Praxis (mehr aber noch in der Bewältigung des Alltags) deutlich. Auch Frau Steindl erreicht Autonomie in der Gestaltung der Mutterrolle, indem sie ihre Kinder selbst versorgt, Caretätigkeiten nicht an andere Personen übergibt und, darüber hinaus, obwohl mit besonderen Anstrengungen verbunden, noch mehr an mütterlicher Sorgeleistung erbringt als normativ erwartet werden würde. So erzählt Frau Steindl an einer Stelle des Interviews, dass sie ihre Kinder, als diese noch kleiner waren, jeden Tag in den Kindergarten gebracht hat und die Tochter bis vor kurzem auch in die Schule. Dies löst bei mir als Zuhörerin Verwunderung aus, ich frage deshalb nach:

*I: „Also, Sie fahrn jeden Tag mit ihr (der Tochter) in die Schule?“ H: „Ja, jeden Tag, ja.“ I: „Und in den Kindergarten haben Sie sie a bracht?“ H: „Ja, a jeden Tag. Hab i gsagt- es hätt a an Fahrtendienst gegeben- na, sag i „solang i- i wü mei Kind selbstständig erziehen und solang i des kann- (…).“*

Frau Steindl verzichtet auf den Fahrtendienst, sie bringt ihre Kinder selbst in den Kindergarten und die Schule. Sie will ihre Kinder selbst begleiten, sie „selbstständig“ erziehen, damit meint Frau Steindl in erster Linie, alle Tätigkeiten oder alle Erfordernisse, die ihre Kinder betreffen selbst auszuführen. Sie will sich nichts abnehmen lassen, selbst wenn bestimmte Praktiken für Frau Steindl beschwerlich sind, was sie mir im Interview nicht suggerieren will, unbewusst aber sprachlich trotzdem tut: *„Und mei Sohn hat mi mit zwa Jahr in Kindergarten bracht.“* Frau Steindl thematisiert auch den zeitlichen Aspekt: Sie

befürchtet, mit einer möglichen Erblindung ihre Selbstständigkeit zu verlieren und zeigt sich deshalb umso bemühter, „so lange es geht“, möglichst viele Sorgetätigkeiten selber auszuführen. Auf diese Weise erlangt Frau Steindl Autonomie in der Gestaltung der Mutterrolle.

Frau Gabler thematisiert Selbstbestimmung im Kontext ihrer Entscheidung, Mutter zu werden. Sie beschreibt ihren Entschluss Ende dreißig ohne festen Partner ein Kind zu bekommen als „sehr selbstbestimmt“ – „für eine Frau mit Behinderung“. Sie habe sich, so Frau Gabler, *„aus voller Verantwortung und voller Bewusstheit und voller Freude“* für ein Kind entschieden. Frau Gabler grenzt sich an dieser Stelle deutlich vom „Opferstatus“, der Frauen mit Behinderung ihrer Ansicht nach häufig zugeschrieben werde, ab und positioniert sich als eigenständige, eigenverantwortlich und autonom handelnde emanzipierte Frau, die sich entschließt, ein Kind zu bekommen. Frau Gabler legt Selbstbestimmung im Zusammenhang mit Mutterschaft und Behinderung als etwas aus, das nicht den üblichen Erwartungen und Normen entspricht. Autonome Mutterschaft wird, wie schon gezeigt, von Frau Gabler und Frau Eisenauer auch über Rollenabgrenzung zu den AssistentInnen hergestellt.

Als „Hemmnis“ in der autonomen Ausübung der Mutterrolle werden die individuelle Beeinträchtigung (Frau Gabler, Frau Wenigwieser, Frau Zellinger) und auch „nicht barrierefreie Rahmenbedingungen“ genannt (Frau Gabler, Frau Zellinger).

Autonomie in der Ausübung der Mutterrolle wird von den Frauen über das „Selber tun“, also der alleinigen Übernahme und Ausführung möglichst vieler Sorgetätigkeiten, im Zuge von Entscheidungsautonomie und Rollentrennung, sofern die Gestaltung der Mutterrolle mit Persönlichen AssistentInnen erfolgt und auch über die Repräsentation der Mutterrolle nach Außen hin erreicht. Sprachlich wird autonome Mutterschaft über die Betonung der Carer Rolle und all jener Carepraktiken, die gut funktionieren – die emotionalen – und durch die Relativierung von Schwierigkeiten in der Kinderversorgung sowie der Selbstverortung als unabhängig hergestellt.

Das Bestreben, dem Leitbild der autonomen Mutter möglichst gut zu entsprechen, wird in einem der nachfolgenden Kapitel auch noch als Form/Modus der Normalisierung diskutiert werden.

### 6.2.2.5 DIE AUTONOMIE DES KINDES

Autonomie ist für die Interviewten nicht nur in der Gestaltung der Mutterrolle und Bewältigung des Alltags von zentraler Bedeutung, sondern auch in Bezug auf die Entwicklung ihrer Kinder. Die Kinder sollen zu möglichst eigenständigen Persönlichkeiten heranwachsen, beziehungsweise werden sie im Interview von den Müttern teils schon als eigenständig und selbstbestimmt präsentiert. Zumindest vier der interviewten Mütter (Frau Gabler, Frau Wenigwieser, Frau Eisenauer und Frau Zellinger) thematisieren die Autonomie des Kindes im Gespräch.

Wie zeigt sich dies am Material? Frau Wenigwieser und Frau Zellinger reflektieren ihre (behinderungsspezifischen) Carepraktiken hinsichtlich deren Auswirkungen auf ihre Kinder. Aufgrund der Seheinschränkung, so befinden beide Mütter, sei es, um die Sicherheit der Kinder zu gewährleisten, teils notwendig, körperlich sehr nahe an den Kindern zu sein. Dies sei jedoch für die Kinder nicht immer angenehm (Frau Zellinger) und auch nicht förderlich für deren Entwicklung zur Selbstständigkeit (Frau Wenigwieser). Beide Mütter sind in ihrer Carepraxis darauf bedacht, dieses „nah an den Kindern" zu sein in einem niedrigen Rahmen zu halten, um den Kindern die Entfaltung von Eigenständigkeit zu ermöglichen:

*„(…) Aber jetzt am Spielplatz, (…) da muas ma halt anfach wirklich total nah dran sein an den Kindern. Und des is halt für die Kinder a net immer angenehm. Also, des merk i schon, dass da dann anfach a Zeit kummt- also der Jona steht sich's voll drauf, dass er sagt „Mama, ich geh da und du gehst da"."* (Frau Zellinger)

*„Dann bin i eam nachgangen und hab gschaut „was macht er?", „was tuat er?". Des hab i anfach alles über's Hören gmacht sehr vü, net? I man, natürlich wollt i net ständig hinter eam so nah sein, dass i nimma- des is ja a net richtig von da- von da Entwicklung her- er muas ja des eh alanich a machen, net?"* (Beschreibung der Gehphase des Kindes – Frau Wenigwieser)

Auch die beiden Rollstuhlfahrerinnen (Frau Gabler und Frau Eisenauer), die beide ihren Alltag mit einer hohen Stundenanzahl Persönlicher Assistenz organisieren, zeigen sich in ihrer Erziehungspraxis darauf bedacht, die Autonomie des Kindes zu fördern. Frau Gabler schildert, wie sie sich in der Erziehung des Kindes auf bestimmte pädagogische Programme bezieht, welche die Entwicklung des Kindes nach dessen eigenem Tempo vorsehen und auf die Förderung der Eigenständigkeit des Kindes ausgerichtet sind. Teil

dieses Erziehungskonzeptes sei auch, so Frau Gabler, einen „gewaltfreien Kommunikationsstil“ mit dem Kind zu pflegen und dem Kind auf „gleicher Augenhöhe“ zu begegnen. Frau Gabler behandelt ihre Tochter als ihr ebenbürtig und vermeidet das Schaffen einer Eltern-Kind-Hierarchie:

*„Also aber- ma muss- also es geht nimma dieses Konzept von „und ich bin die Große und du bist die Kleine“ und- aber meine Tochter- weil alle sagen, die is schon eine richtige Persönlichkeit- und ich sag’ „ja, eh, das will ich, eine Persönlichkeit“ aber manchmal will ma’s halt nicht.“*

Auch Frau Eisenauer achtet in der Erziehung des Kindes darauf, dass dieses eigenständig wird. Sie greift regulierend in das Assistentinnen-Kind Verhältnis ein:

*„Und natürlich, je älter sie wird, ah sieht sie das natürlich schon sehr differenziert, was des is, was die* (die Assistentinnen) *zu tun haben, was die Aufgabe ist, ah nützt’s manchmal auch schamlos aus, dass sie die Assistentinnen dann als ihre Assistentinnen (lacht) heranzieht und das ist in der Erziehung ganz interessant, dass ma dann trotzdem (unverständlich) den Assistentinnen dann sagt „lass des jetzt liegen, das muss sie selber wegräumen“ oder so Sachen. Also da muss ma schon natürlich auch aufpassen, weil es is ja nicht so, dass das Kind jetzt mit einem Hofstaat heranwächst (lacht), der ihr alles nachtragt, aber es is, glaub ich, eh ganz gut gelungen, weil mir manchmal eh Leute sagen „Na, sie is aber eh selbstständig“ ja. (..).“ I weiß net, schaun’ ma mal na? Und natürlich, es is bequem, wenn ma nur sich bedienen lassen müsste – das haben die Kinder natürlich auch schnell heraußen.“*

Das Kind wird von beiden Frauen als selbstständig, die jeweilige Erziehungspraxis in diesem Zuge als gelungen präsentiert.

Die angeführten Beispiele verdeutlichen das Bestreben der Mütter über Erziehung oder bestimmte Carepraktiken (beziehungsweise deren Normalisierung) die Autonomie des Kindes zu gewährleisten. Die Bedeutung, die die Mütter der Eigenständigkeit des Kindes zuschreiben und die Art und Weise, wie sie diese zu erreichen versuchen, wird im folgenden Abschnitt auch als eine Form der Normalisierung diskutiert.

#### 6.2.2.6 BEHINDERUNGSSPEZIFISCHE CAREPRAKTIKEN (UND DEREN NORMALISIERUNG)

Aufgrund der körperlichen oder Sinneseinschränkung wenden einige der interviewten Frauen (Frau Wenigwieser, Frau Zellinger, Frau Gabler, Frau Eisenauer) in der Erziehung und Versorgung ihrer Kinder „behinderungsspezifische Carepraktiken“ an (siehe auch

Hermes 2004:53f.,69,117) – wickeln das Kind beispielsweise am Boden (Frau Wenigwieser), sind ganz nah am Kind, um wahrnehmen zu können, was dieses tut oder in den Mund nimmt (Frau Wenigwieser und Frau Zellinger), also um die Sicherheit des Kindes zu gewährleisten, verwenden einen bestimmten Ton im Umgang mit dem Kind (Frau Gabler), um das Kind auf der Straße zu disziplinieren oder gestalten die Mutterrolle in geteilter Form mit Persönlichen AssistentInnen (Frau Gabler und Frau Eisenauer), was ebenso als behinderungsspezifische Art von Care anzusehen ist.

Die genannten Versorgungspraktiken oder auch erzieherischen Maßnahmen werden anders als bei nicht behinderten Elternteilen üblich durchgeführt und von den Frauen im Verlauf der Interviews thematisiert:

*„Durch des, dass i dann anfach mit eam mit gekrabbelt bin, hab i dann alles abgetastet, was er abgetastet hat- anfach um zu sehn „Is des gfährlich oder net“ oder „Was is des?“ (Frau Wenigwieser)*

*„Ja, auf der Straße bin ich ober ober obervorsichtig – ich bin eine Vorsichtige: „Hand, Hand, Hand“, meine Hand und so. Ich bin streng, ganz streng auf der Straße und und ahm es is nicht so, dass sie jetzt immer brav ist, aber ich hab einen bestimmten Ton, ich hab einen „Lina-Ton“, (…).“ (Frau Gabler)*

*„I man jetzt in der Wohnung- wenn sie jetzt irgendwohin krabbelt, dann was i genau, wo sie ist. I kann ja- da, des hea i ja des kenn i ja. Aber jetzt am Spielplatz, man muss halt immer ganz dabei sein beim Kind.“ (Frau Zellinger)*

Besonders Frau Wenigwieser und Zellinger sind um die Normalisierung des Behinderungsspezifischen an ihrer Carepraxis bemüht, einerseits um, wie schon im Kapitel „Die Autonomie des Kindes“ veranschaulicht, die Eigenständigkeit und somit Normalität des Kindes zu gewährleisten, andererseits, um die eigene Carepraxis dem anzunähern, was landläufig als üblich und normal gilt:

*„Ja, wie a dann wieder nu a bissl älter wordn is, hat a dann natürlich jedes Fuzzelchen vom Boden aufglaubt- da hast dann schaun müssen, dass alles zaumgsaugt is. Ja, aber i man, i war dann a net irgendwie so a Mutter, die sagt „Oh Gott, der isst da irgendwas.“ (Frau Wenigwieser)*

Frau Wenigwieser ist bemüht, das aufgrund ihrer Seheinschränkung erwachsende Element ihrer Carepraxis – besonders darauf achten zu müssen, dass der Boden sauber ist, damit das Kind nichts in den Mund nehmen kann, was nicht für dieses bestimmt ist – in einem möglichst kleinen Rahmen zu halten. Sie möchte nicht übervorsichtig und -

fürsorglich sein – sie versucht sich in ihrer Carepraxis dem anzunähern, was allgemein als normal gilt.

Auch das Streben nach Autonomie in der Bewältigung des Alltags und der Ausgestaltung der Mutterrolle sowie nach der Autonomie des Kindes[74], die Forcierung von emotionalen Carepraktiken sowie die Betonung der Carer Rolle (und nicht der „Cared for" (Loyd 2001)) können als behinderungsspezfische Elemente von Mutterschaft und Care interpretiert werden und stellen gleichzeitig auch Formen der Normalisierung dar. Die drei angeführten Beispiele sind wesentliche Bestandteile des hegemonialen Leitbildes von Mutterschaft und Erziehung heute. Alle interviewten Mütter sind bemüht, dieses allgemein etablierte Konstrukt von Mutterschaft sowie „üblichen Erziehungspraktiken" zu erfüllen. Sie stellen in diesem Zuge Normalität her[75] auch wenn dies für sie mit teils vermehrten Anstrengungen verbunden ist und sich als brüchiger Prozess erweist.

Zum Abschluss werden die unterschiedlichen Konstruktionsweisen, wie die Frauen Autonomie in der Versorgung ihrer Kinder und Bewältigung des Alltags herstellen, noch einmal gebündelt dargestellt. Es wird gezeigt, dass sich die jeweiligen Definitionen von „autonomer Mutterschaft", beziehungsweise von „Autonomie in der Alltagsbewältigung" voneinander unterscheiden und an unterschiedliche „Autonomiediskurse" (Kapitel 4.1) anknüpfen.

### 6.2.3 Konstruktionen von Autonomie

„Autonomie", oder „Unabhängigkeit" in der Ausgestaltung der Mutterrolle und der Organisation des Alltags sowie als Form der Selbstrepräsentation hat sich im Rahmen dieser Studie, wie schon gezeigt, als ein für alle interviewten Mütter bedeutsames Thema, als Kernkategorie herauskristallisiert. In diesem Kapitel wird der Fokus nun auf die verschiedenen Modi, wie die Befragten „Autonomie" inhaltlich bestimmen und über Handlungsweisen herstellen, gelegt. Jeweils zwei Mütter ähneln sich in ihrer persönlichen Auslegung von Autonomie. Die drei aus dem Material heraus entwickelten unterschiedlichen Perspektiven von Autonomie werden im nun folgenden Abschnitt

[74] Die Förderung der Eigenständigkeit und Selbstverantwortung des Kindes gilt heute als ein bedeutendes Leitbild richtiger Erziehung (Schneider 2002:16).
[75] Demnach entsteht Normalität auch durch Care.

dargestellt. Sie wurden analytisch durch den jeweiligen Umgang der Frauen mit sozialer Unterstützung und deren Selbstpositionierungen als Mütter erschlossen.

#### 6.2.3.1 AUTONOMIE DURCH PERSÖNLICHE ASSISTENZ UND IN ABGRENZUNG ZU DIESER

Wie bereits beschrieben, organisieren sowohl Frau Gabler als auch Frau Eisenauer ihren Alltag mit Kind mit einem hohen Stundenausmaß an Persönlicher Assistenz. Beide betrachten diese Form der Lebensgestaltung als *das* Vehikel, *den* Weg, um selbstbestimmt leben zu können. In beiden Fällen wurde das benötigte Stundenausmaß an Persönlicher Assistenz am Übergang zur Mutterschaft, beziehungsweise kurze Zeit davor genehmigt. Sowohl Frau Gabler als auch Frau Eisenauer zeigen sich zufrieden mit dieser Art der fast rundum Unterstützung – auch hinsichtlich der Ausgestaltung der Mutterrolle. Als schwierig wird die ständige Nähe und Anwesenheit der Assistentinnen und die Kontrolle, die dadurch entsteht, beschrieben. Die Beziehung zu den Assistentinnen ist demnach von „Ambivalenz" geprägt. In beiden Fällen fällt auf, dass „Persönliche Assistenz" alle anderen Formen von Hilfen ablöst.

Frau Gabler und Frau Eisenauer definieren Selbstbestimmung und Autonomie analog der „Selbstbestimmt Leben Bewegung", in der sie beide aktiv sind und deren Vokabular sie sich im Interview bedienen, im Sinne von „Entscheidungsautonomie": Die Umsetzung von Autonomie erfolgt im Zuge der Rolle als Arbeitgeberin.[76] Auch die Mutterrolle kann nach den eigenen Vorstellungen gestaltet werden. Das, was die Mütter physisch nicht selber tun können – das Erfüllen der funktionalen Aspekte der Mutterrolle – erledigen die AssistentInnen nach den jeweiligen Anweisungen der Mütter. Die Unterschiedlichkeit zwischen der Mutter- und der AssistentInnenrolle wird deutlich markiert[77] – Autonomie in der Gestaltung der Mutterrolle und Mutterschaft auf diese Weise aktiv hergestellt. „Selbstbestimmung" wird vor diesem Hintergrund interaktiv durch Rollendifferenzierung

[76] Das Personal wird ausgesucht und von den Frauen selbst eingeschult. Mit Hilfe der Persönlichen AssistentInnen kann der Tagesablauf frei strukturiert und eingeteilt werden (im Gegensatz zu „Sozialen Diensten", die die Zeiten vorgeben, wie Frau Eisenauer betont) und eine gute Vereinbarkeit von Familie und Beruf (ebd.) erreicht werden.

[77] Die Rollenabgrenzung erfolgt in der Interaktion selbst als auch in Form von bestimmten Ritualen – wie zum Beispiel jenem, regelmäßig Zeit mit dem Kind alleine ohne AssistentInnen zu verbringen (Frau Gabler). Die Mutterrolle soll auf diese Weise gefestigt werden – das Kind soll wissen wer seine Mutter ist (ebd.).

geschaffen (zur Herstellung von Selbstbestimmung vgl. auch Altenschmidt/Kotsch 2007:212, Kotsch 2012) und als „Entscheidungsautonomie“ ausgelegt. Die von Frau Gabler beschriebenen teils ablehnenden Reaktionen der AssistentInnen gegenüber Frau Gablers Erziehungsstil verdeutlichen die Grenzen der Selbstbestimmung.

#### 6.2.3.2 AUTONOMIE ALS SELBSTSTÄNDIGKEIT UND UNABHÄNGIGKEIT

Frau Gabler und Frau Eisenauer erreichen die für sie größtmögliche „Autonomie“ durch ein hohes Maß an Unterstützung seitens „Persönlicher AssistentInnen“. Frau Steindl und Frau Bönisch definieren „Selbstbestimmung“ anders: Beide wollen in der Lebensführung, also auch in der Gestaltung der Mutterrolle, „unabhängig“ von der Hilfe anderer, also möglichst „selbstständig“ sein – sie sind bestrebt, *„die Handlungen des alltäglichen Lebens selbst auszuführen“ (Franz 2002:83).* Beide Frauen verneinen im Interview die Frage nach „erhaltenen Unterstützungsleistungen“. Frau Steindl erzählt, sie habe noch nie „Persönliche Assistenz“ in Anspruch genommen, da sie ihren Haushalt alleine schaffe und selbst bewältigen könne und wolle:

*I: „Und so, Persönliche Assistenz oder so haben’s nie ghabt?“ H: „Nichts, gar nichts, nein.“ I: „Uund aus welchem Grund? Oder haben Sie’s einfach net braucht oder net wollen oder net bekommen?“ H: „Eigentlich bis jetzt net wollen, weil i sag, a wenn i meine Fenster putzen tua, vielleicht haben’s Streifen oder keine Ahnung. Für mi is es sauber und streifenfrei, ob i putzen kann, was i net. (...) Weil i eigentlich alles- so lang i es kann selbst machen will. Will. Will.“*

Das „selber tun“ der alltäglichen Dinge nimmt in Frau Steindls Handlungsorientierung großen Raum ein. Das Angewiesensein auf die Hilfe Anderer wird von Frau Steindl abgelehnt und mit dem Verlust von „Selbstständigkeit“ und „Selbstbestimmung“ gleichgesetzt:

*„Drum sag i, i komm jetzt als sehschwacher, sehbehinderter Mensch net wirklich zurecht, deshalb kann i mir des net vorstellen, wenn i wirklich dann blind wäre. Also, des wär- na, wenn i da an jeden bitten muas „Geh, bitte, sagst ma und bitte tuast ma und bitte holst ma und bitte machst ma“.“*

Auch die Autonomie in der Mutterrolle wird von Frau Steindl, wie schon gezeigt, über das selber versorgen der Kinder erreicht. Dieses „selber tun“ hat jedoch auch Grenzen. Frau Steindl stößt insbesondere beim Fahren mit öffentlichen Verkehrsmitteln und beim

selber einkaufen auf „soziale Barrieren“ in Form von negativen sozialen Reaktionen, die sie als ihren Drang, selbstständig zu sein, einschränkend beschreibt. Autonomie muss demnach, ebenso wie bei Frau Gabler und Wenigwieser beständig „hergestellt“ werden.

Autonomie bedeutet auch in Frau Bönischs Auslegung eigenständig, selbstständig und unabhängig von der Hilfe anderer Personen zu sein – Frau Bönisch managed ihren Alltag und jenen ihrer Kinder selbst, Fragen nach erhaltenen Unterstützungsleistungen weist sie zurück und erzählt stattdessen über Care Leistungen, die sie für ihre Familie und andere Personen erbringt.

Frau Steindls und Frau Bönischs Verständnis von „Autonomie“ knüpft an den „Neoliberalen Diskurs“ von Autonomie an, der den gesunden, normalen, "flexiblen Menschen" (Sennet 1998) verlangt, der unabhängig (von der Hilfe anderer) und eigenständig agiert und Selbstmanagement an den Tag legt (Waldschmidt 2003a:o.S., Waldschmidt 1999:41f.). Beide Frauen erreichen Autonomie darüber, so viel wie möglich selber zu tun, auch wenn dies, wie vor allem am Beispiel von Frau Steindl deutlich wird, mit erhöhten Anstrengungen verbunden ist. Mit einer möglichen Verschlechterung der Seheinschränkung wird eine Verringerung der Selbstbestimmung beziehungsweise ein Verlust dieser assoziiert.

#### 6.2.3.3 AUTONOMIE DURCH SELBSTSTÄNDIGKEIT UND SELBSTBESTIMMTE UNTERSTÜTZUNG

Frau Wenigwieser und Frau Zellinger erreichen „Autonomie“ durch eine Mischform aus „Selbstständigkeit“ und „selbstbestimmter Unterstützung“. Für beide nimmt das „selbstständig sein“ im Sinne des „physischen selber tuns“ sowohl in der Alltagsbewältigung aber mehr noch in der Ausgestaltung der Mutterrolle einen hohen Stellenwert ein. Beide Frauen sind bestrebt, möglichst viele Tätigkeiten, vor allem „kindbezogene“, selber auszuführen und die Inanspruchnahme von Hilfen so weit wie möglich zu vermeiden. Vor allem für Frau Wenigwieser ist die autonome Versorgung des Kindes von großer Bedeutung. Bei Tätigkeiten, die die Frauen aufgrund ihrer Einschränkung nicht alleine bewältigen können, ziehen beide im Gegensatz zu Frau Bönisch und Frau Steindl jedoch helfende Personen heran – Persönliche AssistentInnen und auch verwandte und bekannte Personen.

Selbstbestimmung wird demnach sowohl von Frau Wenigwieser als auch von Frau Zellinger über „das selber tun“ sowie über „selbst bestimmte und organisierte Unterstützung“ erreicht. Eine solche Auslegung von Autonomie ist sowohl anschlussfähig an das neoliberale Verständnis von „Autonomie“ als auch an jenes von der „Selbstbestimmt Leben Bewegung“ konzipierte.

Aus allen Auslegungen von Selbstbestimmung geht hervor, dass „Selbstbestimmung“ und „Autonomie“ wie von Waldschmidt (1999:29) beschrieben, etwas ist, das nicht automatisch „anthropologisch gegeben“ ist (ebd.) sondern „Eigenaktivität“ und „Arbeit“ erfordert (Waldschmidt 1999:71) und sich unter den Bedingungen einer „gesundheitlichen Einschränkung“ als fragilerer Prozess erweist, der eine bewusstere Reflexion verlangt (Waldschmidt 1999:10). Der jeweilige Selbstbestimmungsbegriff, auf den sich die Frauen in ihren narrativen Selbstreflexionen beziehen steht auch im Zusammenhang mit der jeweiligen Position der Frauen im Lebenslauf[78], der Art der Einschränkung, der beruflichen Tätigkeit, die die Interviewten ausüben und dem Grad ihrer Bildung und politischen Vernetzung in der Behindertenbewegung: Frau Gabler und Frau Eisenauer sind beide in der Selbstbestimmt Leben Bewegung politisch aktiv, gut vernetzt und identifizieren sich mit der Selbstbestimmt Leben Philosophie, was sich auch sprachlich im Interview zeigt. Ihr Konzept von Autonomie knüpft demnach an jenes der Selbstbestimmt Leben Bewegung an. Auch Frau Zellinger und Frau Wenigwieser haben beruflich mit der Selbstbestimmt Leben Bewegung zu tun – beide arbeiten in einer Peerberatungsstelle für Menschen mit Behinderung, sind auf diese Weise oder kurz davor (Frau Wenigwieser) mit Persönlicher Assistenz in Berührung gekommen und nutzen diese nunmehr in einem wöchentlich geringen Ausmaß. Beide Frauen sind dennoch bestrebt, wie alle vier Frauen mit Seheinschränkungen, ihren Unterstützungsbedarf so niedrig wie möglich zu halten. Frau Steindl und Frau Bönisch haben weder beruflich noch politisch mit der Selbstbestimmt Leben Bewegung zu tun und sind mit deren Philosophie

[78] Die Zugänglichkeit zu ambulanten, nicht familiären Hilfen und das vertraut sein mit bestimmten Philosophien – wie jener des selbstbestimmten Lebens – ist auch eine Generationenfrage. Das Konzept der Persönlichen Assistenz ist ein sehr Junges – heute ältere Frauen mit Behinderung sind vermutlich weder mit dieser Form der Hilfe noch mit der dahinter stehenden Philosophie, nämlich, Selbstbestimmung durch die Unterstützung von Persönlichen AssistentInnen und nicht über den Verzicht dieser zu erreichen, in Berührung gekommen. Des Weiteren ist die Anforderung, den Haushalt als Frau weitgehend ohne der Hilfe des Mannes zu bewältigen und auf diese Weise auch Anerkennung zu ernten, im Selbstverständnis dieser Frauen noch ausgeprägter als in den nachfolgenden Generationen, die bereits im Kontext von teils erreichten Emanzipationsbestrebungen und im Zeichen eines sich verändernden Rollenbildes des Mannes sozialisiert wurden.

und auch mit Persönlicher Assistenz, wie sich im Interview herausstellte, wenig vertraut. Beide Frauen haben das neoliberale Konzept von Autonomie in ihr Selbstbild integriert und organisieren ihren Alltag mit Kindern gänzlich selbstständig, auch wenn dies, insbesondere für Frau Steindl, mit vermehrten Anstrengungen verbunden ist.[79]

Alle Befragten, ob in der Selbstbestimmt Leben Bewegung organisiert oder nicht, streben nach Autonomie in der Ausgestaltung der Mutterrolle und des Alltags und erreichen diese auf unterschiedliche Weise. Das Erfordernis, als Individuum sein Leben autonom zu bewältigen, ist sowohl in der Selbstbestimmt Leben Philosophie als auch in der Neoliberalen Ideologie angelegt. Der Anspruch, als Mutter sein Kind autonom zu versorgen, ist Teil der westlichen Konzeption von Mutterschaft. Diese Diskurse überschneiden sich und sind finden sich in den Selbstdeutungen der Befragten wieder.

[79] Wenig oder keine Hilfe bei der Ausgestaltung der Mutterrolle und Bewältigung des Alltags anzunehmen entspricht sowohl der neoliberalen Konzeption von Autonomie als auch dem westlichen Konzept autonomer Mutterschaft (vgl. auch Hermes 2004:83).

# 7 SCHLUSSBETRACHTUNG UND AUSBLICK

Nach der Darstellung der Ergebnisse werden in diesem Abschlusskapitel nun noch einmal die wesentlichsten Einblicke in den untersuchten Forschungsgegenstand, die im Rahmen dieser Masterarbeit erlangt wurden, zusammengefasst. Im Anschluss daran wird ein Ausblick gegeben, von welchen weiterführenden Fragen mögliche zukünftige Forschungsprojekte angeleitet werden könnten. Des Weiteren wird auch eine Empfehlung ausgesprochen, was in der Ausgestaltung und Entwicklung von mitunter neuen aber auch bereits bestehenden Hilfsangeboten für Menschen, auch Eltern mit Behinderung, zukünftig beachtet werden könnte.

Die zentrale Frage dieser empirischen Studie sollte Aufschluss darüber geben, welche Erkenntnisse über Repräsentationen von Mutterschaft im Kontext einer körperlichen Beeinträchtigung sich aus den Erzählungen von Müttern mit Körper- und Sinnesbeeinträchtigungen gewinnen lassen. Der Zugang zum Wissen der Akteurinnen erfolgte über den Einsatz „Narrativer Interviews“ (Schütze 1977) in Kombination mit einem semistrukturierten Fragebogen. Insgesamt sechs Mütter mit Körper- und Sinneseinschränkungen aus Wien und Niederösterreich wurden im Rahmen dieser Studie interviewt. Das Gesprächsmaterial wurde im Rahmen der Methodologie „Narrativ-biografischer Interviews“ (Lamnek 1995a, Dausien 1994, 1996, 2008, Lucius-Hoene/Deppermann 2002, 2004, Rosenthal 2008) verstehend-rekonstruktiv aufgearbeitet mit dem Ziel den spezfischen Diskurs der befragten Gruppe (Rosenthal 2008:172) sichtbar zu machen. Ein besonderes Augenmerk wurde in der Interpretation darauf gelegt, in welcher Weise die Protagonistinnen die Inanspruchnahme von Hilfen bei der Ausgestaltung der Mutterrolle in den Erzählungen thematisieren. Auf diese Weise wurde dem spezifisch österreichischen Kontext, der die Ausgestaltung von Elternschaft beeinflusst, Rechnung getragen und das in der Literatur beschriebene Spannungsverhältnis als Mutter mit Behinderung „Carer“ und „Cared for“ zugleich zu sein (Lloyd 2001) ausgelotet.

Die Ergebnisse zeigen, in welcher Weise die Interviewten mir als Soziologin und „Vertreterin der Gesellschaft“ (Lucius-Hoene/Deppermann 2002:88) gegenüber ihre Lebenssituation präsentieren – als „Besonderheit“ – als Abweichung vom Üblichen und

Erwartbaren (ebd.) – oder als „ganz normal". Je nach Repräsentationsform wird die physische Einschränkung im sozialen oder auch individuellen Sinn – analog der von VertreterInnen der Behindertenbewegung und Disability Studies vorgenommenen sozialen Konzeption von Behinderung, beziehungsweise dem medizinischen Verständnis von Behinderung – als einschränkend beziehungsweise als in keiner Weise „behindernd" thematisiert. Die Narrative Identität wird in beiden Fällen aufgewertet: *„Ein normales Leben wie alle anderen Menschen zu leben wird gerade durch die unnormalen Belastungen zur besonderen Leistung" (Lucius-Hoene/Deppermann 2004:88)* – oder – gerade aufgrund der besonderen Belastungen und Herausforderungen wird das Leben als Mutter mit Einschränkung zum besonderen Verdienst (ebd.).

Die jeweiligen Selbstcharakterisierungen der Befragten als Mütter unterscheiden sich teils erheblich voneinander und reichen von der Selbstverortung als berufstätige Mutter (Frau Eisenauer) bis zur Hausfrau, die ganz für ihre Kinder da ist (Frau Steindl). Gemeinsam ist allen Schilderungen jedoch die Betonung der Carer Rolle. Wie schon von Kaiser, Reid und Boschen (2012:132f.), Thomas (1997:639) und Lloyd (2001) gezeigt, bestätigen auch die Ergebnisse meiner Studie, dass die interviewten Mütter „trotz" ihrer Einschränkungen und unabhängig davon, ob sie selbst Unterstützungsleistungen in Anspruch nehmen oder berufstätig sind, die Rolle der „die Kinder primär Versorgenden" einnehmen und einnehmen wollen: *„A primary issue for disabled women may be to establish recognition of her right to be seen as a sexual being, as being capable of reproduction, of fulfilling the mothering role" (Lloyd 2001:718f.).* Besonders deutlich wird dieses Bedürfnis, die Versorgung des Kindes autonom als „Primary Caregiver" zu leisten, am Beispiel von Frau Wenigwieser. Das Bestreben der Mütter, die Kinderversorgung gänzlich, beziehungsweise die emotionalen Anteile der Mutterrolle (Frau Gabler und Frau Eisenauer) selbst zu übernehmen und Unterstützungsleistungen im Zusammenhang mit der Versorgung des Kindes gering zu halten, also nicht an andere Personen zu übergeben, kann auch mit dem in der Literatur beschriebenen Bedürfnis von Müttern mit körperlichen Einschränkungen (Lloyd 2001:720-724, Thomas 1997:622, Kaiser et al. 2012:127), sich selbst und der Umwelt beweisen zu müssen, ein fähiger Elternteil (also ganz „normal") zu sein und auf diese Weise Anerkennung zu finden, im Zusammenhang stehen.

Die Analyse des Materials zeigt weiters eine Höherbewertung und Fokussierung der Mütter auf emotionale Versorgungspraktiken – auch in der Studie von Kaiser, Reid und

Boschen (2012:133) und Kocher (1994): *"The essence of parenting is the emotional caring, commitment, closeness, and the guidance and values the parent gives to the child" (Kocher 1994:130)* – nachzulesen. Das, was durch den fehlenden Sehsinn an Bindung und Kommunikation mit dem Kind nicht möglich ist, wird durch das Stillen und den Körperkontakt mit dem Kind kompensiert, wie am Beispiel von Frau Wenigwieser deutlich wird. Die Bindung zum Kind wird in seinem Bestehen als gefährdet betrachtet (Frau Wenigwieser und Frau Gabler) und durch bestimmte Carepraxen aktiv hergestellt. Auffallend ist, dass von den Frauen beinahe ausschließlich die positiven Aspekte von Emotionalität in der Mutter-Kind-Beziehung geschildert werden. Die Befragten beziehen sich in diesen Darstellungen auf ein naturalisiertes Leitbild von Mutterschaft, welches die Mutter als unabdingbar und am besten geeignet, für das psychische und physische Wohlbefinden des Kindes zu sorgen, ansieht (Badinter 2010:9f.).

Wird der Alltag mit Kind mit der Hilfe Persönlicher AssistentInnen organisiert, erfolgt eine Rollenteilung in „emotional" und „funktional". Die funktionalen Aspekte der Mutterrolle werden von den Persönlichen AssistentInnen nach der Anleitung der Mütter ausgeführt, die emotionalen von den Müttern selbst. Der Unterschied zwischen den beiden Rollen wird deutlich markiert, autonome Mutterschaft auf diese Weise aktiv hergestellt.

Das Streben nach Autonomie in der Gestaltung der Mutterrolle und Bewältigung des Alltags hat sich als für alle Frauen sehr bedeutsames Thema herauskristallisiert. Autonomie in der Alltagsbewältigung und Kinderversorgung wird von den Frauen auf unterschiedliche Weise hergestellt. Das jeweilige Autonomieverständnis der Frauen schließt an unterschiedliche Diskurse von Selbstbestimmung an: Während Frau Eisenauer und Frau Gabler Selbstbestimmung analog der Selbstbestimmt Leben Bewegung als „Entscheidungsautonomie" (Kröger 2009:407) definieren und diese mit Unterstützung ihrer Persönlichen AssistentInnen und in Abgrenzung zu diesen erreichen, legen Frau Bönisch und Steindl Autonomie im neoliberalen Verständnis aus – beide betonen im Gespräch ihre Selbstständigkeit und erreichen Autonomie über das „selber tun" – über die Unabhängigkeit von den Hilfeleistungen anderer. Das Angewiesensein auf die Hilfe anderer Personen wird mit dem Verlust der Autonomie gleichgesetzt. Frau Zellinger und Frau Wenigwieser wiederum erreichen „Autonomie" durch eine Mischform aus „Selbstständigkeit" und „selbstbestimmter Unterstützung". Für beide Frauen nimmt das

„selbstständig sein“ im Sinne des „physischen selber tuns“ sowohl in der Alltagsbewältigung, aber mehr noch in der Ausgestaltung der Mutterrolle große Bedeutung ein, bei Tätigkeiten, die sie nicht alleine ausführen können, greifen beide jedoch selbstverständlich auf die Unterstützung von Familienangehörigen, Persönlichen AssistentInnen oder anderen bekannten Personen zurück. Die drei identifizierten Auslegungen von Autonomie knüpfen an den Neoliberalen individualistischen Autonomiediskurs oder an jene von der Selbstbestimmt Leben Bewegung vorgenommene Konzeption von Autonomie, beziehungsweise an beide Diskurse gleichermaßen an. Die von der Behindertenbewegung vorgenommene Definition von Selbstbestimmung wird infolgedessen nicht von allen Frauen geteilt.

Das Erfordernis, selbstbestimmt leben zu müssen ist sowohl in der neoliberalen Konstruktion von Autonomie (Waldschmidt 1999:43f.) als auch in jener des Selbstbestimmten Lebens angelegt (Waldschmidt 1998:19) und überschneidet sich mit der in der westlichen Konzeption der Mutterrolle verankerten Ideologie, als Mutter sein Kind als einzelnes Individuum autonom versorgen zu müssen (Herwartz-Emden 1995:22, Villa 2010:o.S.). Mütter mit körperlichen Einschränkungen sind demnach in doppelter Weise – als Mütter und aufgrund ihrer Behinderung – mit der Forderung autonom zu sein konfrontiert.

Der Angleich an das Ideal der autonomen Mutter erfolgt über Normalisierung. „Normalität“ bildet eine zentrale Bezugskategorie in den Selbstthematisierungen der Befragten (vgl. auch Pasquale 1998:169). „Normalität“ fungiert als Form der „Selbstrepräsentation“ und stellt eine Handlungsstrategie dar – die Interviewten streben sowohl in ihrer Carepraxis als teils auch in der alltäglichen Performanz danach, die Abweichung, die Differenz zum Normalen, die behinderungsbedingt entsteht, zu minimieren. Nach Link (1997) handelt es sich dabei um so genannte „flexibel normalistische Strategien“. Auch das ausgeprägte Streben der Mütter nach Autonomie in der Gestaltung der Mutterrolle und Bewältigung des Alltags, das Bemühen um die Autonomie des Kindes, die Forcierung von emotionalen Carepraktiken sowie die Betonung der Carer Rolle (und nicht der „Cared for“ (Loyd 2001)) können als behinderungsspezfische Elemente von Mutterschaft und Care interpretiert werden und stellen gleichzeitig auch Formen der Normalisierung dar.

Die Befunde dieser Masterarbeit erweisen sich, wie bereits ausgeführt, als teils anschlussfähig an bereits bestehende Studien zu Elternschaft im Kontext einer körperlichen Einschränkung, zeigen aber auch neue Einsichten in den Untersuchungsgegenstand. So können vor allem die von den Müttern mir als Interviewerin vermittelten zwei unterschiedlichen Perspektiven, was es bedeutet, Mutter, beziehungsweise Mensch mit physischer Einschränkung in dieser Gesellschaft zu sein, die im Rahmen der Analyse rekonstruierte besondere Bedeutsamkeit von Autonomie in der Ausgestaltung der Mutterrolle und Bewältigung des Alltags, die damit verknüpfte Entwicklung unterschiedlicher Perspektiven von Autonomie sowie die Aufschlüsse über die Normalisierungsarbeit der Interviewten als neue Einsichten in den Forschungsgegenstand betrachtet werden. Diese Erkenntnisse sind auf das offene, qualitative Forschungsdesign – die sehr offene Fragetechnik und Anlage der Auswertung – zurückzuführen, aber vermutlich auch auf meine „Außenposition" als Forscherin, als selbst nicht „betroffene" Zuhörerin – als „Vertreterin der Gesellschaft" (Lucius-Hoene 2002:88).

Alle in der Analyse rekonstruierten Konstruktionsweisen von Autonomie in Bezug auf die Ausgestaltung der Mutterrolle knüpfen, wie schon gezeigt, an das in westlichen Gesellschaften kulturell verankerte Leitbild der autonomen Mutter an (Herwartz-Emden 1995:22). Diese Norm wird in der Untersuchung der narrativen Selbstreflexionen der interviewten Frauen mit unterschiedlichen körperlichen Einschränkungen besonders sichtbar, da diese einerseits mehr als Mütter ohne physische Beeinträchtigung für eine autonome Lebensweise kämpfen müssen und diese Mehrarbeit im Interview auch thematisieren und andererseits im Bestreben, ganz normal zu erscheinen, ihre Autonomie in besonderer Weise betonen, wodurch die spezielle Bedeutsamkeit von Autonomie in der Lebensgestaltung mit Kind deutlich wird. Dieses Ringen um Autonomie oder das Präsentieren der bereits erreichten Autonomie konnte am Material deutlich nachgewiesen werden. Die allgemein gültige gesellschaftlich fest verankerte Norm, als Mensch, aber eben auch in der Rolle einer Mutter autonom zu sein, wird auf diese Weise augenscheinlich.

Das ausgeprägte Streben der Mütter nach Autonomie sowohl in der Kinderversorgung als auch in der Bewältigung des Alltags stellt das für mich das im Rahmen dieser Studie erlangte überraschendste Ergebnis dar. Die Proklamierung eines „ungenügenden Zugangs

zu und ein nicht ausreichendes Ausmaß an Unterstützungsressourcen“, wie von Prilleltensky‘s (2003:43) StudienteilnehmerInnen als hinderlich in Bezug auf die Ausgestaltung von Mutterschaft geäußert, trifft auf meine Interviewpartnerinnen nicht zu. Meine anfängliche Erwartung, die Interviewsituation könnte von den Frauen als „Forum“ genützt werden, mehr Unterstützungsleistungen einzufordern, hat sich nicht bestätigt – im Gegenteil – vor allem die Mütter mit Seheinschränkungen sind bestrebt, den Unterstützungsbedarf so niedrig wie möglich zu halten. Sie pochen keineswegs auf ein „Recht“ auf mehr „staatliche Unterstützungsressourcen“ – einerseits, weil das benötigte Stundenausmaß an Persönlicher Assistenz, bei Frau Gabler und Frau Wenigwieser bereits gewährleistet ist – für beide Mütter stellt der ausreichende Zugang zu dieser Form der Unterstützung die Voraussetzung dar, die Mutterrolle autonom ausüben zu können – andererseits, weil das Bedürfnis nach Selbstständigkeit im Sinne des „physischen selbst tuns“, wie am Beispiel von Frau Steindl, Frau Bönisch, Frau Wenigwieser und Frau Zellinger schon gezeigt, sehr ausgeprägt ist. Auch die Erfüllung der in der westlichen Definition der Mutterrolle angelegten „Sorgenorm“ erfordert, wie schon erwähnt, das Praktizieren letzterer Form von Autonomie. Das Bestreben, möglichst viele Aspekte der Mutterrolle, beziehungsweise auch die Hausarbeit selbständig auszuführen (Frau Bönisch und Frau Steindl) birgt jedoch, wie von einigen Frauen geäußert (Frau Wenigwieser, Frau Steindl), für diese „besondere Belastungen“ Insbesondere Frau Steindl und Frau Bönisch lehnen soziale Unterstützung – zumindest formeller Art – zur Organisation ihres Alltags (die Kinder sind bereits in der Adoleszenz oder kurz davor) ab. Sie assoziieren die Inanspruchnahme von Hilfe mit Abhängigkeit und der Minderung ihres Selbstwert- und Autonomiegefühls. Eine solche „Haltung“ berge Lloyd (2001) zu folge jedoch die Gefahr, dass Frauen, beziehungsweise Mütter mit Einschränkungen im Bestreben „ganz normal“ zu erscheinen und dem Ideal der autonomen Mutter entsprechen zu wollen, oftmals nicht die Unterstützung einfordern, die sie bräuchten: *„Disabled women may be drawn in the same undervalueing of the way in which they fulfill the caring role and responsibility if they cannot undertake all the tasks without assistance“ (Lloyd 2001:724).*

In Anbetracht der Ergebnisse dieser Studie und in der Erwartung, dass Hilfsdienste, die die Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung fördern, weiter ausgebaut und in ihrer Struktur ausdifferenziert werden, sollten die Bedürfnisse nach Autonomie von Müttern mit körperlichen Einschränkungen in der Konzeption dieser Angebote zukünftig berücksichtigt werden. Wie im Rahmen dieser Arbeit gezeigt wurde, stellt Persönliche

Assistenz für zwei Frauen nicht nur *das* Vehikel zur Umsetzung von Selbstbestimmung im Alltags- und Berufsleben dar, sondern erweist sich auch als unerlässlich in der Verwirklichung selbstbestimmter Mutterschaft. Für beide Mütter mit einem hohen Bedarf an Persönlicher Assistenz (Frau Gabler und Frau Eisenauer) war im Vorfeld der Mutterschaft jedoch nicht klar, ob die benötigten Stunden auch genehmigt würden. Dieser Unsicherheitsfaktor wird von den Frauen als „belastend" beschrieben. Es sollte selbstverständlich sein, als Mutter oder auch als Vater mit Behinderung, die benötigten Assistenzstunden finanziert zu bekommen. Des Weiteren stellt sich die Frage nach der „Zugänglichkeit" zu Persönlicher Assistenz – wissen Frauen, Männer und Eltern mit Behinderung, dass es diese Form der Unterstützung gibt und wie sieht der rechtliche Anspruch auf Persönliche Assistenz im Kontext von Elternschaft in Anbetracht der bundesländerspezifisch so unterschiedlichen Finanzierung dieser Leistung aus? In beiden Fällen besteht Informations- und Reformbedarf. Im Hinblick auf die von Frau Gabler geäußerten Ängste, das Kind an das Jugendamt oder andere staatliche Instanzen als Alleinerzieherin mit physischer Einschränkung zu verlieren, ist die Schaffung einer „unabhängigen" Beratungsstelle, in der Eltern mit Einschränkungen nicht um den Verlust ihres Sorgerechtes fürchten müssen, angezeigt. Eltern mit Beeinträchtigungen haben, wie zumindest in drei Fällen meiner Studie gezeigt werden kann, spezielle Bedürfnisse, denen in einer neutralen Weise unterstützend begegnet werden sollte – mit dem Ziel, „Elternschaft im Kontext von Behinderung" auch sichtbar und „salonfähig" zu machen und eine „Enttabuisierung" dieses Themas zu fördern.

In weiterführenden Forschungen könnte untersucht werden, wie Persönliche AssistentInnen das Arbeiten für Mütter (und auch Väter) mit körperlichen Einschränkungen empfinden. Ihre Erfahrungen sollten bei der Weiterentwicklung von Assistenzleistungen für Menschen, auch Eltern mit Behinderung berücksichtigt werden. Des Weiteren wäre die Erforschung des „Autonomieverständnisses" von anderen Zielgruppen, wie Jugendlichen, MigrantInnen, älteren Menschen oder Eltern ohne Behinderung generell ein sehr spannendes und auch in politisch-kultureller Hinsicht aufschlussreiches Thema. Ist Autonomie etwas in bestimmten Gesellschaften gegebenes oder muss Autonomie in Anbetracht unterschiedlicher Lebenslagen und Positionen im Lebenslauf auch erkämpft und aktiv hergestellt werden? Diese und viele weitere Fragen könnten zukünftig noch näher beforscht werden.

# 8 LITERATUR

Altenschmidt, Karsten/Kotsch, Lakshmi (2007): "Sind meine ersten Eier, die ich koche, ja". Zur interaktiven Konstruktion von Selbstbestimmung in der Persönlichen Assistenz körperbehinderter Menschen. S. 225-247 in: Waldschmidt, A./Schneider, W. (Hg.): Disability Studies, Kultursoziologie und Soziologie der Behinderung.Erkundungen in einem neuen Forschungsfeld: Transcript Verlag: Bielefeld.

Appelt, Erna/Heidegger, Maria/Preglau, Max/Wolf A. Maria (Hg.): Who cares? Betreuung und Pflege in Österreich: eine geschlechterkritische Perspektive. Innsbruck, Wien (u.a.): Studien Verlag.

Askheim, Ole Petter (2003): Personal Assistance for People with Intellectual Impairments: Experiences and dilemmas. Disability & Society, Vol. 18, No. 3, p. 325-339.

Badinter, Elisabeth (2010): Der Konflikt: Die Frau und die Mutter. München: Beck.

Baltes, Paul/Brim, Olim (1980): Life-pan development and behavior. New York: Academic Press.

Beck, Ulrich/Beck-Gernsheim, Elisabeth (1994): Riskante Freiheiten: Individualisierung in modernen Gesellschaften. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Becker, Ruth (Hg.) (2008): Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung: Theorie, Methoden, Empirie. Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwissenschaften.

Becker-Schmidt, Regina (1987): Die doppelte Vergesellschaftung – die doppelte Unterdrückung: Besonderheiten der Frauenforschung in den Sozialwissenschaften. S. 10-25 in: Unterkircher, Lilo (Hg.): Die andere Hälfte der Gesellschaft: Soziologische Befunde zu geschlechtsspezifischen Formen der Lebensbewältigung. Österreichischer Soziologentag 1985. Wien: Verlag des Österreichischen Gewerkschaftsbundes.

Bednar, Michael (Red.)/Österreichische Bundesregierung (2009): Bericht der Bundesregierung über die Lage von Menschen mit Behinderungen in Österreich 2008. Wien: Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz.

Behrendt, Martin (1998): Die Situation von körperbehinderten Eltern: Eine empirische Untersuchung auf der Basis von Gesprächen. Dissertation.

Bien, Walter/Marbach, Jan (Hg.) (2003): Partnerschaft und Familiengründung. Ergebnisse der dritten Welle des Familien-Survey. Opladen: Leske und Budrich.

Blumer, Herbert (1954): What is wrong with social research. American Sociological Review, 14, 3-10.

Brähler, Elmar (Hg.) (1996): Schwangerschaft, Geburt und der Übergang zur Elternschaft: Empirische Studien. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Bruner, Claudia (2005): Körper und Behinderung im Diskurs. Empirisch fundierte Anmerkungen zu einem kulturwissenschaftlichen Verständnis der Disability Studies. Psychologie und Gesellschaftskritik. Nr. 5., S.33-53.

Brückner, Margit (2008): Wer sorgt für wen? Auswirkungen sich wandelnder Geschlechter- und Generationenverhältnisse auf die gesellschaftliche Organisation des Sorgens. S. 45-61 in: Gröning, Katharina (Hg.)/Bauer, Annemarie: Gerechtigkeit, Geschlecht und demografischer Wandel. Frankfurt am Main: Mabuse.

Canguilhem, Georges (1974): Das Normale und das Pathologische. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Cloerkes, Günther (2007): Soziologie der Behinderten: eine Einführung. Heidelberg: Winter.

Conze, Werner (Hg.) (1976): Sozialgeschichte der Familie in der Neuzeit Europas: neue Forschungen. Stuttgart: Klett.

Cockburn, Tom (2005): Children and the Feminist Ethic of Care. Childhood, Vol. 12, p. 71-89.

Dausien, Bettina (1994): Biographieforschung als „Königinnenweg“? Überlegungen zur Relevanz biographischer Ansätze in der Frauenforschung. S. 129-153 in: Diezinger, Angelika (Hg.): Erfahrung mit Methode: Wege sozialwissenschaftlicher Frauenforschung. Freiburg: Kore.

Dausien, Bettina (1996): Biographie und Geschlecht: Zur biographischen Konstruktion sozialer Wirklichkeit in Frauenlebensgeschichten. Bremen: Donat.

Dederich, Markus (2007): Körper, Kultur und Behinderung: Eine Einführung in die Disability Studies. Bielefeld: Transcript-Verlag.

Dausien, Bettina (2008): Biografieforschung: Theoretische Perspektiven und methodologische Konzepte für eine re-konstruktive Geschlechterforschung. S. 354-367 in: Becker, Ruth (Hg.): Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung: Theorie, Methoden, Empirie. Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwissenschaften.

Davis, Lennard (2006): The disability studies reader. New York: Routledge.

Diezinger, Angelika (Hg.) (1994): Erfahrung mit Methode: Wege sozialwissenschaftlicher Frauenforschung. Freiburg: Kore.

Dornseiff, Jann-Michael/Sackmann, Reinhold (2003): Familien-, Erwerbs- und Fertilitätsdynamiken in Ost- und Westdeutschland. S. 309-341 in: Bien, Walter/Marbach, Jan (Hg.): Partnerschaft und Familiengründung. Ergebnisse der dritten Welle des Familien-Survey. Opladen: Leske und Budrich.

Douglas, Mary (1974): Ritual, Tabu und Körpersymbolik. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Eberwein, Hans (Hg.)/Sasse, Ada (1998): Behindert sein oder behindert werden? Interdisziplinäre Analysen zum Behinderungsbegriff. Neuwied (u.a.): Luchterhand.

Evans, M. (1993): Reading lives: how the personal might be social. Sociology, 27, 1, p. 5-13.

Finch, Janet (Hg.)/Groves Dulcie (1983): A labour of love: women, work and caring. London (u.a.): Routledge & Paul.

Fine, Michael (2005): Individualization, risk and the body: Sociology and Care. Journal of Sociology, p. 41:247.

Franz, Alexandra/ MOBILE - Selbstbestimmtes Leben Behinderter (2002): Selbstbestimmt Leben mit persönlicher Assistenz: Eine alternative Lebensform behinderter Frauen. Neu-Ulm: AG-SPAK-Bücher.

Froschauer, Ulrike/ Lueger, Manfred (2003): Das qualitative Interview: Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme. Wien: Facultas.

Froschauer, Ulrike/ Lueger Manfred (2009): Interpretative Sozialforschung: Der Prozess. Wien: Facultas.

Fthenakis, Wassilios (2002): Paare werden Eltern: die Ergebnisse der LBS-Familien-Studie. Leverkusen: Leske und Budrich.

Galvin, Rose (2004): Challenging the Need for Gratitude: Comparisons Between Paid and Unpaid Care for Disabled People. Journal of Sociology, Vol. 40, No. 2, p. 137-155.

Gill, Carol (1994): When is a Woman not a Woman. Editorial. Sexuality and Disability, Vol 12, No.2. p. 117-119.

Glenn, Nakano (2000): Creating a Caring Society. Contemporary Sociology. Vol. 29, No. 1, p. 84-94.

Goffman, Erving (1975): Stigma: über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Gottschall, Karin (2001): Zwischen tertiärer Krise und tertiärer Zivilisation. Berliner Journal für Soziologie, Bd. 11, H. 2. S. 217-235.

Graham, Hilary (1983): Caring: A labour of love. S. 13-30 in Finch, Janet (Hg.)/Groves Dulcie: A labour of love: women, work and caring. London (u.a.): Routledge & Paul.

Graumann, Sigrid (2004): Ethik und Behinderung: Ein Perspektivenwechsel. Frankfurt am Main: Campus.

Hardt, Jürgen; Mattejat, Fritz; Ochs, Matthias; Schwarz, Marion; Merz, Thomas; Müller, Ulrich (Hg.) (2010): Sehnsucht Familie in der Postmoderne. Eltern und Kinder in Therapie heute. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

Harpur, Paul (2012): From disability to ability: changing the phrasing of the debate. Disability & Society. Vol. 27, No. 3, p. 325-337.

Hausen, Karin (1976): Die Polarisierung der „Geschlechtscharaktere“ – Eine Spiegelung der Dissoziation von Erwerbs- und Familienleben. S. 363-393 in: Conze, Werner (Hg.): Sozialgeschichte der Familie in der Neuzeit Europas: neue Forschungen. Stuttgart: Klett.

Heßmann, Jens (1998): Behinderung und sprachliche Diskriminierung am Beispiel von Gehörlosen. S. 170-194 in: Eberwein, Hans (Hg.)/ Sasse, Ada: Behindert sein oder behindert werden? Interdisziplinäre Analysen zum Behinderungsbegriff. Neuwied (u.a.): Luchterhand.

Hermes, Gisela (2003): Zur Situation behinderter Eltern. Unter besonderer Berücksichtigung des Unterstützungsbedarfs von Eltern mit Körper- und Sinnesbehinderungen. Dissertation. Marburg, Lahn.

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

Herwartz-Emden, Leonie (1995): Mutterschaft und weibliches Selbstkonzept: Eine interkulturell vergleichende Untersuchung. Weinheim (u.a.): Juventa-Verlag.

Hochschild, Arlie (1983): The managed heart: commercialization of human feeling. Berkeley, Californien (u.a.): University of California Press.

Hoffmann-Riem, Christa (1984): Das adoptierte Kind: Familienleben mit doppelter Elternschaft. München: Fink.

Hoffmann-Riem, Christa (1980): Die Sozialforschung einer interpretativen Soziologie. Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 32, (2), S. 339-371.

Holland-Cunz (2003): Die alte neue Frauenfrage. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Hollstein, Betina (2006): Qualitative Methoden und Netzwerkanalyse. S. 11-35 in: Qualitative Netzwerkanalyse: Konzepte, Methoden, Anwendungen. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwissenschaften.

Hollstein, Betina (Hg.) (2006): Qualitative Netzwerkanalyse: Konzepte, Methoden, Anwendungen. Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwissenschaften.

Honegger, Claudia (Hg.) (1991): Die Ordnung der Geschlechter: die Wissenschaften vom Menschen und das Weib; 1750-1850. Frankfurt, Main: Campus-Verlag.

Hubbard, Ruth (2006): Abortion and Disability: Who Should and Who Should Not Inhabit the World? S.93-103 in: Lennard, Davis: The disability studies reader. New York (u.a.): Routledge.

Hughes, Bill/Paterson, Kevin (1997): The Social Model of Disability and the Disappearing Body: Towards a sociology of impairment. Disability & Society, Vol. 12, No. 3., p. 325-340.

Huwiler, Kurt (1995): Herausforderung Mutterschaft: Eine Studie über das Zusammenspiel von mütterlichem Erleben, sozialen Beziehungen und öffentlichen Unterstützungsangeboten im ersten Jahr nach der Geburt. Bern (u.a.): Huber.

Jacob, Jutta (Hg.) (2010): Gendering disability: Intersektionale Aspekte von Behinderung und Geschlecht. Bielefeld: Transcript-Verlag.

Kahn, Robert/Antonucci, Toni (1980): Convoys over the life course: Attachment, roles, and social support. S. 383-405 in: Baltes, Paul/ Brim, Olim: Life-pan development and behavior. New York: Academic Press.

Kaiser, Anita/Reid, Denise/Boschen, Kathryn (2012): Experiences of Parents with Spinal Cord Injury. Sexuality and Disability, Vol. 30., p.123-137.

Kallianes, Virginia/Rubenfeld, Phyllis (1997): Disabled Women and Reproductive Rights. Disability & Society, Vol. 12, No. 2, p. 203-221.

Kammler, Clemens (Hg.) (2007): Foucault in den Kulturwissenschaften: Eine Bestandsaufnahme. Heidelberg: Synchron, Wiss.-Verlag der Autoren.

Kant, Immanuel (1993): Kritik der praktischen Vernunft. Hamburg.

Karner, Tracy (1998): Professional Caring: Homecare Workers as Fictive Kin. Journal of Aging Studies, Vol. 12, No. 1, p. 69-82.

Keith, Lois (1992): Who Cares Wins? Women, Caring and Disability. Disability, Handicap & Society, Vol. 7, No. 2, p. 167-175.

Kelle, Udo/Kluge, Susann (2010): Vom Einzelfall zum Typus: Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung. Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwissenschaften.

Kelly, Christine (2011): Making ‚care' accessible: Personal assistance for disabled people and the politics of language. Critical Social Policy. Vol. 31, No. 4, p. 562-582.

Kent, Deborah (2002): Beyond Expectations: Being Blind and Becoming a Mother. Sexuality and Disability, Vol. 20, No.1. p.81-87.

Keupp, Heiner/Bilden, Helga (Hg.) (1989): Verunsicherungen. Das Subjekt im gesellschaftlichen Wandel. Münchner Beiträge zur Sozialpsychologie. Göttingen: Hogrefe.

Keupp, Heiner/Ahbe, Thomas/Gmür, Wolfgang/Höfer, Renate/Mitzscherlich, Kraus, Beate/ Straus Florian und Wolfgang (1999): Identitätskonstruktion. Das Patchwork der Identitäten in der Spätmoderne. Reinbeck: Rowohlt.

Killoran, Carrie (1994): Women with Disabilities having Children: It's our right too. Sexuality and Disability, Vol 12, No. 2., S. 121-126.

Kirshbaum, Megan/Olkin, Rhoda (2002): Parents with Physical, Systemic, or Visual Disabilities. Sexuality and Disability, Vol.20, No. 1., p. 65-80.

Köbsell, Swantje (2003): Die aktuelle Biomedizin aus der Sicht der Disability Studies. S. 160-186 in: Schicktanz, Silke (Hg.): Kulturelle Aspekte der Biomedizin: Bioethik, Religionen und Alltagsperspektiven. Frankfurt am Main (u.a.): Campus-Verlag.

Koch, Sabine/Mahnke, Ursula (1992): Autonom leben – mit meiner Behinderung. Behindertenpädagogik, 31. Jg., Heft 1, S. 18-25.

Kocher, Meg (1994): Mothers with Disabilities. Sexuality and Disability, Vol. 12, No. 2., p. 127-133.

Kossek, Brigitte (1989): Verkehren der Geschlechter: Reflexionen und Analysen von Ethnologinnen. Wien: Wiener Frauenverlag.

Kotsch, Lakshmi (2012): Zur Interaktionsordnung in der persönlichen Assistenz körperbehinderter Menschen. Online Ressource an der Universität Wien.

Kröger, Teppo (2009): Care research and disability studies: Nothing in common? Critical Social Policy. Vol. 29, No. 3, p. 398-420.

Laireiter Anton-Rupert (2009): Soziales Netzwerk und soziale Unterstützung. S.75-99 in: Lenz, Karl/Nestmann, Frank (Hrsg.): Handbuch Persönliche Beziehungen. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Lamnek, Siegfried (1995a): Qualitative Sozialforschung. Band 1. Methodologie. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Lamnek, Siegfried (1995b): Qualitative Sozialforschung. Band 2. Methoden und Techniken. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Laqueur, Thomas Walter (1992): Auf den Leib geschrieben: die Inszenierung der Geschlechter von der Antike bis Freud. Frankfurt am Main (u.a.): Campus-Verlag.

Lenz, Karl/Nestmann, Frank (Hg.) (2009): Handbuch Persönliche Beziehungen. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Lewis, Jane/ Ostner, Illona (1995): Gender and the Evolution of European Social Policies. S.1-40 in: Pierson, Paul/Leibfried, Stefan (Hg.): Fragmented Social Policy: Washington: Brooking Institution.

Linde, Charlotte (1993): Life Stories. The creation of coherence. New York: Oxford University Press.

Link, Jürgen (1996): Versuch über den Normalismus. Wie Normalität produziert wird. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Link, Jürgen (1997): Versuch über den Normalismus. Wie Normalität produziert wird. Opladen: Westdeutscher Verlag.

Link, Jürgen (2004): „Irgendwo stößt die flexibelste Integration schließlich an eine Grenze“: Behinderung zwischen Normalität und Normativität. S. 130-139 in: Graumann, Sigrid: Ethik und Behinderung: Ein Perspektivenwechsel. Frankfurt am Main: Campus.

Lloyd, Margaret (2001): The Politics of Disability and Feminism: Discord or Synthesis? Sociology 35, p. 715-728.

Loeken, Hiltrud (2006): Persönliches Budget für behinderte und pflegebedürftige Menschen im europäischen Vergleich. S. 30-41 in: Windisch, Matthias (Hg.): Persönliches Budget: neue Formen sozialer Leistung in der Behindertenhilfe und Pflege. Nutzerorientierung oder Sparzwang? Neu-Ulm: AG SPAK.

Lucius-Hoene, Gabriele/Deppermann, Arnulf (2002): Rekonstruktion narrativer Identität: ein Arbeitsbuch zur Analyse narrativer Interviews. Opladen: Leske und Budrich.

Lucius-Hoene, Gabriele/Deppermann, Arnulf (2004): Rekonstruktion narrativer Identität: Ein Arbeitsbuch zur Analyse narrativer Interviews. Opladen: VS, Verlag für Sozialwissenschaften.

Mattner, Dieter (2000): Behinderte Menschen in der Gesellschaft: zwischen Ausgrenzung und Integration. Stuttgart: Kohlhammer.

Matzner (1998): Vaterschaft heute: Klischees und soziale Wirklichkeit. Frankfurt am Main (u.a.): Campus-Verlag.

Matzner (2004): Vaterschaft aus der Sicht von Vätern. Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwissenschaften.

May, Vanessa (2008): On Being a ‚Good' Mother: The Moral Presentation of Self in Written Life Stories. Sociology, Nr. 42, p. 470-486.

Mayall, B. (2002): Towards a Sociology of Childhood: Thinking from Children's Lives. Buckingham: Open University Press.

Mead, George Herbert (1973): Geist, Identität und Gesellschaft. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Miles-Paul, Ottmar (1992): Selbstbestimmung Behinderter. Ein neues Denken erobert die Behindertenpolitik. Pro Infirmis, 5/6, S.9-14.

MOBILE - Selbstbestimmtes Leben Behinderter e.V. (Hg.) (2001): Handbuch Selbstbestimmt Leben mit persönlicher Assistenz: ein Schulungskonzept für Persönliche AssistentInnen. Neu-Ulm: AG-SPAK-Bücher.

Morris, Jane (1995): Creating a space for absent voices: disabled women's experience of receiving assistance with daily living activities. Feminist Review, 51, Autumn, p. 68-93.

Müller, Ursula (1989): Warum gibt es keine emanzipatorische Utopie des Mutterseins? S.55-79 in: Schön, Bärbel (Hg.): Emanzipation und Mutterschaft. Erfahrungen und Untersuchungen über Lebensentwürfe und mütterliche Praxis. Weinheim, München: Juventa.

Nadig, Maya (1989): Frauen in der Kultur – Macht und Ohnmacht. Zehn ethnopsychoanalytische Thesen. S.264-271 in: Kossek, Brigitte (Hg.): Verkehren der Geschlechter: Reflexionen und Analysen von Ethnologinnen. Wien: Wiener Frauenverlag.

Nauck, Bernhard/Onnen-Isemann, Corinna (Hg.) (1995): Brennpunkte aktueller Familienforschung. Familie als Generationen- und Geschlechterbeziehung im Lebensverlauf. Festschrift für Rosemarie Nave-Herz zum 60. Geburtstag. Neuwied: Luchterhand.

Nave-Herz, Rosemarie (2006): Ehe- und Familiensoziologie: eine Einführung in Geschichte, theoretische Ansätze und empirische Befunde. Weinheim (u.a.): Juventa.

Pasquale, Judith (1998): Die Arbeit der Mütter: Verberuflichung und Professionalisierung moderner Mutterarbeit. Weinheim (u.a.): Juventa-Verlag.

Pierson, Paul/Leibfried, Stefan (Hg.): Fragmented Social Policy: Washington: Brooking Institution.

Pixa-Kettner, Ursula (1996): "Dann waren sie sauer auf mich, daß ich das Kind haben wollte ...": Eine Untersuchung zur Lebenssituation geistig behinderter Menschen mit Kindern in der BRD. Baden-Baden: Nomos-Verl.-Gesellschaft.

Popp, Ulrike (2009): Das hegemoniale Familienleitbild zwischen anachronistisch-restaurativen Tendenzen und gegenwärtigen Familienrealitäten – Über Paradoxien in Medien und Alltagsdiskursen. S. 90-106 in: Villa, Paula-Irene (Hg.): Mütter – Väter: Diskurse, Medien, Praxen. Münster: Verlag Westfälisches Dampfboot.

Preglau, Max (2010): Betreuung und Pflege im Übergang vom „Fordismus“ zum „Postfordismus“. S.153-163 in: Appelt, Erna et al. (Hg.): Who cares? Betreuung und Pflege in Österreich: eine geschlechterkritische Perspektive. Innsbruck, Wien (u.a.): Studien Verlag.

Prilleltensky, Ora (2003): A Ramp to Motherhood: The Experiences of Mothers with Physical Disabilities. Sexuality and Disability, Vol. 21, No 1, p. 21-47.

Prilleltensky, Ora (2004): My child is not my carer: Mothers with physical disabilities and the well-being of children. Disability & Society, Vol. 19, No.3, p. 209-223.

Proctor, Robert (1988): Racial Hygiene. Medicine Under the Nazis. Harvard: University Press.

Reichle, Barbara (Hg.)/Werneck, Harald (1999): Übergang zur Elternschaft: Aktuelle Studien zur Bewältigung eines unterschätzten Lebensereignisses. Stuttgart: Enke.

Rehfeld, Silke (2001): Das Spektrum von Persönlicher Assistenz. S.53-60 in: MOBILE - Selbstbestimmtes Leben Behinderter e.V. (Hg.): Handbuch Selbstbestimmt Leben mit persönlicher Assistenz: ein Schulungskonzept für persönliche AssistentInnen. Neu-Ulm: AG-SPAK-Bücher.

Renggli, Cornelia (2004): Disability Studies – ein historischer Überblick. S. 15-26 in: Weisser, Jan/Renggli, Cornelia (Hg.): Disability Studies: Ein Lesebuch. Schweizerische Zentralstelle für Heilpädagogik: Luzern.

Renggli Cornelia (2005): Disability Studies und die Un-/Sichtbarkeit von Behinderung. Psychologie und Gesellschaftskritik 1/05, S.19-94.

Rille-Pfeiffer, Christiane (2010): Kinder - jetzt, später oder nie?: Generatives Verhalten und Kinderwunsch in Österreich, Schweden und Spanien. Opladen (u.a.): Budrich.

Rosenthal, Gabriele (2008): Interpretative Sozialforschung: Eine Einführung. Weinheim (u.a.): Juventa-Verlag.

Rost, Harald/Schneider, Norbert (1995): Differentielle Elternschaft – Auswirkungen der ersten Geburt für Männer und Frauen. S. 177-194 in: Nauck, Bernhard/Onnen-Isemann, Corinna (Hg.): Brennpunkte aktueller Familienforschung. Familie als Generationen- und Geschlechterbeziehung im Lebensverlauf. Festschrift für Rosemarie Nave-Herz zum 60. Geburtstag. Neuwied: Luchterhand.

Rumpf, Mechthild (1988): Gute Mutter/Böse Mutter: Zur Rekonstruktion einer Ambivalenz. S. 112-122 in: Schaeffer-Hegel, Barbara (Hg.): Frauen und Macht. Der alltägliche Beitrag der Frauen zur Politik des Patriarchats. Pfaffenweiler: Centaurus-Verl.-Gesellschaft.

Sackmann, Reinhold (2000): „Geburtenentscheidungen und Lebenslaufpolitik im ostdeutschen Transformationsprozess“. S. 146-163 in: Walter, R. Heinz (Hg.): Übergänge: Individualisierung, Flexibilisierung und Institutionalisierung des Lebenslaufs. Weinheim: Juventa.

Sarasin, Philipp (Hg.)/Tanner, Jakob (1998): Physiologie und industrielle Gesellschaft: Studien zur Verwissenschaftlichung des Körpers im 19. und 20. Jahrhundert. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Sasse, Ada (1998): Behindert sein oder behindert werden? Interdisziplinäre Analysen zum Behinderungsbegriff. Neuwied (u.a.): Luchterhand.

Schaeffer-Hegel, Barbara (Hg.) (1988): Frauen und Macht. Der alltägliche Beitrag der Frauen zur Politik des Patriarchats. Pfaffenweiler: Centaurus-Verl.-Gesellschaft.

Schicktanz, Silke (Hg.) (2003): Kulturelle Aspekte der Biomedizin: Bioethik, Religionen und Alltagsperspektiven. Frankfurt am Main (u.a.): Campus-Verlag.

Schiebinger, Londa (1993): Anatomie der Differenz. „Rasse“ und Geschlecht in der Naturwissenschaft des 18. Jahrhunderts. S. 48-61 in: Feministische Studien, 11. Jahrgang, Nr.2.

Schildmann, Ulrike (2001): Normalität, Behinderung und Geschlecht: Ansätze und Perspektiven der Forschung. Opladen: Leske und Budrich.

Schimmel, Stefan (2009): Identität: Selbstbestimmung in einer unübersichtlichen Welt. Berlin: WJS Verlag.

Schön, Bärbel (Hg.) (1989): Emanzipation und Mutterschaft. Erfahrungen und Untersuchungen über Lebensentwürfe und mütterliche Praxis. Weinheim, München: Juventa.

Schneider, Norbert (2002): Elternschaft heute: Gesellschaftliche Rahmenbedingungen und individuelle Gestaltungsaufgaben. Zeitschrift für Familienforschung: Sonderheft 2. Opladen: Leske und Budrich.

Schneider, Norbert F. (2010): Elternschaft in der Moderne - Soziologische Betrachtungen und ihre politischen Implikationen. S. 25-43 in: Hardt, Jürgen; Mattejat, Fritz; Ochs, Matthias; Schwarz, Marion; Merz, Thomas; Müller, Ulrich (Hrsg.): Sehnsucht Familie in der Postmoderne. Eltern und Kinder in Therapie heute. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.

Schneider, Norbert F.; Rost, Harald (1998): Soziologische Aspekte des Übergangs zur Elternschaft. S. 19-35 in: Reichle, Barbara; Werneck, Harald (Hrsg.): Übergang zur Elternschaft. Aktuelle Studien zur Bewältigung eines unterschätzten Lebensereignisses. Stuttgart: Enke.

Schütze, Fritz (1983): Biographieforschung und narratives Interview. In: Neue Praxis, S. 283-293.

Schütze, Fritz (1977): Die Technik des Narrativen Interviews in Interaktionsfeldstudien – dargestellt an einem Projekt zur Erforschung von kommunalen Machtstrukturen. Universität Bielefeld, Fakultät für Soziologie, Arbeitsberichte und Forschungsmaterialien, Nr. 1.

Schütze, Yvonne (1991): Die gute Mutter: Zur Geschichte des normativen Musters "Mutterliebe". Bielefeld: Kleine.

Sennett, Richard (1998): Der flexible Mensch: Die Kultur des neuen Kapitalismus. München: Siedler.

Sevenhuijsen, Selma (1998): Citizenship and the ethics of care: feminist considerations on justice, morality and politics. London (u.a.): Routledge.

Skar, Lisa/Tamm, Maare (2001): My Assistant and I: Disabled children's roles and relationships to their assistants. Disability & Society, Vol. 16, No. 7, p. 917-931.

Stack, Carol (1974): All our kin: Strategies for Survival in a Black Community. New York: Basic Books.

Steiner, Gusti (1999): Selbstbestimmung und Assistenz. Gemeinsam Leben, Heft 3, S. 104-110.

Steiner, Gusti (2001): Einführung: Selbstbestimmung und Persönliche Assistenz. S.25-46 in: MOBILE - Selbstbestimmtes Leben Behinderter e.V. (Hg.): Handbuch Selbstbestimmt Leben mit persönlicher Assistenz: ein Schulungskonzept für Persönliche AssistentInnen. Neu-Ulm: AG-SPAK-Bücher.

Thelen, Tatjana (Hg.)/Haukanes, Haldis (2010): Parenting after the Century of the Child: Travelling Ideals, Institutional Negotiations and Individual Responses. Farnham (u.a.): Ashgate.

Thelen, Tatjana/Haukanes, Haldis (2010a): Parenting after the Century of the Child: Introduction. S. 1-9 in: Thelen, Tatjana (Hg.)/Haukanes, Haldis: Parenting after the century of the child: Travelling Ideals, Institutional Negotiations and Individual Responses. Farnham (u.a.): Ashgate.

Thelen, Tatjana/Haukanes, Haldis (2010b): Parenthood and Childhood: Debates within the Social Sciences. S. 11-32 in: Thelen, Tatjana (Hg.)/Haukanes Haldis: Parenting after the century of the child: Travelling Ideals, Institutional Negotiations and Individual Responses. Farnham (u.a.): Ashgate.

Thelen, Tatjana (2011): Care: Konstruktion, Reproduktion und Auflösung bedeutsamer Bindungen. Halle, Saale.

Thelen, Tatjana (2014): Care/Sorge: Konstruktion, Reproduktion und Auflösung bedeutsamer Bindungen. Bielefeld: Transcript-Verlag.

Theunissen, Georg/Plaute, Wolfgang (2002): Handbuch Empowerment und Heilpädagogik. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Thomas, Carol (1997): The baby and the bath water: disabled women and motherhood in social context. Sociology of health and illness, Vol. 19, No. 5., p. 622-643.

Tronto, Joan (1993): Moral Boundaries: A political Argument for an Ethics of Care. Routledge: London.

Ungerson (1999): Personal Assistants and Disabled People: An Examination of a Hybrid Form of Work and Care. Work, Employment and Society, Vol. 13, No. 4., p. 583-600.

Ungerson, Claire (1983): Why do women care? S. 31-71 in: Finch, Janet (Hg.)/Groves Dulcie: A labour of love: women, work and caring. London (u.a.): Routledge & Paul.

Villa, Paula-Irene (Hg.) (2009): Mütter – Väter: Diskurse, Medien, Praxen. Münster: Verlag Westfälisches Dampfboot.

Villa, Irene Paula/Thiessen, Barbara (2010): Entweder – oder? Mutterschaft zwischen Fundamentalismen und vielschichtigen Praxen. http://www.querelles-net.de/index.php/qn/article/view/875/872 Stand 12.12.2013

Vinken, Barbara (2007): Die deutsche Mutter: Der lange Schatten eines Mythos. Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verlag.

Waldschmidt, Anne (2003): Selbstbestimmung als behindertenpolitisches Paradigma. Perspektiven der Disability Studies. http://www.behinderte.de/disabilitystudies/polzeit20030813.htm Stand 12.12.2013

Waldschmidt, Anne (2005): Disability Studies: Individuelles, soziales und/oder kulturelles Modell von Behinderung? S. 9-31 in: Psychologie und Gesellschaftskritik, Nr. 5.

Waldschmidt, Anne /Werner Schneider (Hg.) (2007a): Disability Studies, Kultursoziologie und Soziologie der Behinderung: Erkundungen in einem neuen Forschungsfeld. Bielefeld: Transcriptverlag.

Waldschmidt, Anne (2007b): Verkörperte Differenzen – Normierende Blicke: Foucault in den Disability Studies. S.177-198 in: Kammler, Clemens (Hg.): Foucault in den Kulturwissenschaften: Eine Bestandsaufnahme. Heidelberg: Synchron, Wiss.-Verl. der Autoren.

Waldschmidt, Anne (1998): Flexible Normalisierung oder stabile Ausgrenzung: Veränderungen im Verhältnis Behinderung und Normalität. Soziale Probleme, 9. Jg. S.3-25.

Waldschmidt (1999): Selbstbestimmung als Konstruktion: Alltagstheorien behinderter Frauen und Männer. Opladen: Leske und Budrich.

Waldschmidt, Anne. (2010). Das Mädchen Ashley oder: Intersektionen von Behinderung, Normalität und Geschlecht. S. 35-60 in: Jacob, Jutta / Köbsell, Swantje / Wollrad, Eske (Hg.). Gendering disability. Intersektionale Aspekte von Behinderung und Geschlecht. Bielefeld (transcript).

Waldschmidt, Anne (2011): Symbolische Gewalt, Normalisierungsdispositiv und/oder Stigma? Soziologie der Behinderung im Anschluss an Goffman, Foucault und Bourdieu. Österreichische Zeitschrift für Soziologie. Jahrgang 36, Heft 4, S. 89-106.

Walter, R. Heinz (Hg.) (2000): Übergänge: Individualisierung, Flexibilisierung und Institutionalisierung des Lebenslaufs. Weinheim: Juventa.

Watson, Nick/Mc Kie Linda/Hughes Bill/Hopkins Debra/Gregory Sue (2004): (Inter)Dependence, Needs and Care: The Potential for Disability and Feminist Theorists to Develop an Emancipatory Model. Sociology, Vol. 38, No. 2, p. 331-350.

Waxman, Barbara (1993): The politics of eugenics. Disability Rag, 14, 3, p. 6-7.

Weisser, Jan/ Renggli, Cornelia (Hg.) (2004): Disability Studies: Ein Lesebuch. Schweizerische Zentralstelle für Heilpädagogik: Luzern.

Wetterer, Angelika (2008): Konstruktion von Geschlecht: Reproduktionsweisen der Zweigeschlechtlichkeit. S.126-136 in: Becker, Ruth (Hg.): Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung: Theorie, Methoden, Empirie. Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwissenschaften.

WHO, World Health Organization (1980): International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. A Manual of Classification Relating to the Consequences of Disease. Genf: World Health Organization.

Williams, Fiona (2001): In and beyond New Labour: towards a new political ethics of care. Critical Social Policy. Vol. 21, No. 4, p. 467-493.

Windisch, Matthias (Hg.) (2006): Persönliches Budget: neue Formen sozialer Leistung in der Behindertenhilfe und Pflege. Nutzerorientierung oder Sparzwang? Neu-Ulm: AG SPAK.

Witzel, Andreas (2000). Das problemzentrierte Interview. Forum: Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/%201132/2519 Stand 20.9.2014

Witzel, Andreas (2012): The problem-centred interview: principles and practice. London (u.a.): SAGE.

Zinsmeister, Julia (2007): Mehrdimensionale Diskriminierung: Das Recht behinderter Frauen auf Gleichberechtigung und seine Gewährleistung durch Art. 3 GG und das einfache Recht. Baden-Baden: Nomos.

Zola, Irving Kenneth 2004: Selbst, Identität und die Frage der Benennung: Überlegungen zu Sprache und Behinderung. S. 57-75 in: Weisser, Jan (Hg.): Disability Studies: Ein Lesebuch. ISP Reihe der Universität Zürich: Luzern.

**Internetquellen:**

http://www.who.int/en/ (Stand 9.9.2014)

http://www.fsw.at/export/sites/fsw/fswportal/downloads/broschueren/senioren/SenPflege.pdf (Stand 3.6.2014)

http://www.bizeps.or.at/shop/gefesselt.pdf (Stand 27.5.2014)

http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10008859 (Stand 2.9.2014)

http://behinderung.fsw.at/unterstuetzung_im_alltag/pflegegeldergaenzungsleistung.html (Stand 3.6.2013)

http://www.fsw.at/ (Stand 9.9.2014)

http://www.slioe.at/ (Stand 9.9.2014)

www.bizeps.or.at/news.php?nr=6942 (Stand 3.6.2014)

http://www.slioe.at/downloads/themen/assistenz/PA_institutionelle_Segregation.pdf (Stand 3.6.2014)

http://behinderung.fsw.at/downloads/dokumente/PGEval_2010_Endbericht.pdf (Stand 3.6.2014)

http://www.bizeps.or.at/links.php?nr=135 (Stand 3.6.2014)

http://www.un.org/Depts/german/uebereinkommen/ar61106-oebgbl.pdf (S.22) (Stand 3.6.2014)

http://www.bizeps.or.at/ (Stand 9.9.2014)

http://www.wag.or.at (Stand 5.12.2013)

http://www.braille.at/ (Stand 5.12.2013)

http://bidok.uibk.ac.at/library/trompisch-sterilisation.html (Stand 3.6.2014)

# 9 ANHANG

## KONTAKTSCHREIBEN

Wien, am 19.November 2012

Sehr geehrte Kundinnen und Kunden der Wiener Assistenzgenossenschaft, sehr geehrte Leserinnen und Leser,

Mein Name ist Judith Hartl. Ich studiere Soziologie an der Universität Wien und schreibe meine Masterarbeit zum Thema „Elternschaft und Behinderung". Ich habe selbst ein Jahr als Persönliche Assistentin bei einer jungen Frau mit einer körperlichen Behinderung gearbeitet, wodurch mein Interesse an dieser Thematik geweckt wurde.

Ich interessiere mich für die Lebenssituation von Eltern mit körperlichen Einschränkungen in Wien und im Speziellen dafür, wie sich das Leben nach der Geburt eines Kindes für die Eltern verändert, wie Eltern mit Behinderung ihren Alltag mit Kind gestalten und was es bedeutet, Mutter oder Vater mit Behinderung in dieser Gesellschaft zu sein. Um meine Forschungsarbeit durchführen zu können, brauche ich Ihre Hilfe: Ich suche InterviewpartnerInnen – Mütter und Väter mit einer Körper- oder Sinnesbehinderung, die mit einem oder mehreren Kind(ern) im Raum Wien leben und bereit wären, ihre Erfahrungen mit mir zu teilen. Das Gespräch wird sehr offen gestaltet sein, der Ort des Interviews kann frei von Ihnen gewählt werden – ich komme auch gerne zu Ihnen nach Hause. Ihre Daten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Wenn Sie sich angesprochen fühlen und ich möglicherweise Ihr Interesse geweckt habe, würde es mich sehr freuen, wenn Sie sich bei mir melden würden!

Ich bin telefonisch unter 06802055864 und per email unter judith.hartl@gmx.at erreichbar und würde mich sehr freuen, Sie kennen lernen und Einblick in Ihre Erfahrungswelt bekommen zu dürfen. Sie würden mir sehr weiterhelfen und einen wichtigen Beitrag zu der in Österreich noch raren Forschungslandschaft zum Thema „Elternschaft und Behinderung" leisten.

Vielen Dank und mit freundlichen Grüßen,

Judith Hartl

# KURZBESCHREIBUNG

Im Rahmen dieser Masterarbeit wurde die Aufmerksamkeit auf eine bestimmte Gruppe von Müttern gelenkt, die dem gesellschaftlich etablierten Idealbild von Mutterschaft nicht entsprechen kann und in der gegenwärtigen sozialwissenschaftlichen Elternforschung bislang kaum berücksichtigt wurde – auf Mütter mit körperlichen Einschränkungen. Im Zentrum des Interesses steht die Frage, welche Erkenntnisse über Repräsentationen von Mutterschaft im Kontext einer körperlichen Einschränkung sich aus den Erzählungen von Frauen mit Körper- und Sinneseinschränkungen gewinnen lassen. Der Zugang zum Wissen der Akteurinnen erfolgte über einen offenen, qualitativen Ansatz – über den Einsatz von biografisch-narrativen Interviews. Sechs Mütter mit Körper- und Sinneseinschränkungen aus Wien und Niederösterreich wurden während des Jahres 2013 im Rahmen dieser Studie interviewt, ihre Aussagen verstehend-rekonstruktiv im Rahmen der Methodologie narrativ-biografischer Interviews analysiert. Die Ergebnisse dieser Masterarbeit zeigen, welches Ideal von Mutterschaft von den Befragten angestrebt wird und mit welchen Strategien sie dieses zu erreichen versuchen. Die Mütter präsentieren sich als „Primary care giver“, sie leisten die Hauptversorgung des Kindes, wie gesellschaftlich üblich, betonen die emotionalen Aspekte ihrer Carepraxis, streben nach Autonomie in der Ausübung der Mutterrolle und Bewältigung des Alltags, praktizieren eine Form geteilter Elternschaft, sofern die Ausgestaltung der Mutterrolle gemeinsam mit Persönlichen AssistentInnen erfolgt und stellen Autonomie in der Lebensführung und Gestaltung der Mutterrolle auf unterschiedliche Weise her. Der Angleich an das Ideal der autonomen Mutter erfolgt über Normalisierung. Normalisiert werden sowohl behinderungsspezifische Carepraktiken als auch die physische Einschränkung selbst. Die Ergebnisse dieser Arbeit regen an, die Autonomiebedürfnisse von Müttern mit körperlichen Einschränkungen in der Konzeption von Unterstützungsangeboten für Menschen mit Behinderung zukünftig zu berücksichtigen.

## ABSTRACT

Within the scope of this study the attention was drawn to a special group of mothers that cannot correspond to the public norm of ideal motherhood and has scarcely been considered within present-day social-scientific research about parenthood so far – on mothers with physical impairment. The focus of interest aims at the question what kind of insights in representing motherhood within the context of a disability can be gained from the narratives of women with physical and sensory impairment. The protagonists‘ knowledge was accessed via an open qualitative approach using the method of biographical interviews. Six mothers with physical and sensory impairment from Vienna and Lower Austria were interviewed for the purpose of this study during the year 2013. Their accounts were analysed in an interpretative reconstructive manner within the framework of biographical interviews. The results of this masterthesis show which ideal of motherhood the participants aim to and which strategies they use to reach it. The mothers present themselves as „primary care givers“ – they achieve the main part of care for their children as socially common. They emphasize the emotional aspects of their caring activities, seek autonomy in performing the role as a mother and in coping with every day tasks. They practice a sort of shared motherhood as far as the mothering role is performed mutually with Personal Assistants and establish autonomy in caring for their children and managing their duties in everyday life in different ways. The ideal of autonomous motherhood is matched by means of normalization. The mothers normalize both, impairment specific caring activities and the physical impairment itself. The results of this study encourage to consider the need of mothers with impairment being autonomous in the conception of supporting offers for people with disabilities in the future.

LEBENSLAUF

Judith Hartl, Bakk. phil., MA

---

**Bildungsweg**

| | |
|---|---|
| 2008 – 2014 | Masterstudium Soziologie an der Universität Wien<br>Spezialisierungen: 1) Familie, Generationen, Lebenslauf<br>2) Sozialstruktur und Soziale Integration |
| 2008 – 2010 | Masterstudium Genderstudies (ohne Abschluss) |
| 2004 – 2008 | Bakkalaureatsstudium Soziologie an der Universität Wien |
| 1996 – 2000 | Adalbert Stifter-Gymnasium Linz |
| 1992 – 1996 | Hauptschule Niederwaldkirchen |
| 1988 – 1992 | Volksschule Niederwaldkirchen |

**Wissenschaftliche Arbeiten**

| | |
|---|---|
| 2014 | MA Repräsentationen autonomer Mutterschaft aus der Perspektive biografischer Selbstdeutung: Frauen mit Behinderung erzählen |
| 2008 | BA Weibliche Genitalverstümmelung in Afrika: Eine Tradition tief verwurzelt in kulturell begründete Denk- und Handlungsmuster |
| 2008 | BA Die Produktion und Reproduktion interpretativer (Macht)muster: Eine verstehend-rekonstruktive Organisationsanalyse |
| 2007 | FOPRA Chronic Fatigue Syndrome – Wenn FreundInnen zur Belastung werden |

**Berufliche Erfahrungen**

| | |
|---|---|
| 2011-2012 u. 2013 – laufend | Persönliche Assistentin bei einer jungen Frau mit körperlicher Einschränkung, Wien/Teilzeit |
| 2012 – 2013 | Persönliche Assistentin bei „unbehindert.at“, Wien/geringfügig beschäftigt |
| 2000 – 2004 | Flugbegleiterin bei Lauda Air Luftfahrt AG |

**Jobs- und Praktika während des Studiums**

| | |
|---|---|
| 2011 | Angestellte bei Statistik Austria: Mitarbeit an der Datenerhebung für die EU-SILC Studie/Wien |
| 2008/09 | Praktikum am Institut für Gender Studies: Mitarbeit am Projekt „Sparkling-Science“:„Undoing Gender in der Schule“/Wien |
| 2008/09 | Telefonistin bei IPR- Sozialforschung/Wien |
| 2008 | Auslandspraktikum in Guatemala (Mitarbeit in einem Frauen- und Kinderprojekt: Verein „Projekto Mosaico“) |
| 2007/08 | Praktikum bei LEFÖ IBF (Interventionsstelle für Betroffene von Frauenhandel)/Wien |
| 2006 | Praktikum beim Volkshochschularchiv Leopoldau/Wien |

**Besondere Kenntnisse**

| | |
|---|---|
| Fremdsprachen: | Englisch, Französisch, Spanisch |
| Computerkenntnisse: | MS Office,Word, Excel, MS Powerpoint |
| Führerschein: | Klasse B |