

Universität zu Köln  
Humanwissenschaftliche Fakultät  
Studiengang Gender & Queer Studies



### **Masterarbeit**

zur Erlangung des akademischen Grades Master of Arts

**„Mein Uterus ist kein gesellschaftlicher Brutkasten“**

Erfahrungen und Hürden von Personen mit Uterus  
bei der Realisierung eines Sterilisationswunsches

Von: Nicole Jansen (geb. Herok)

Erstgutachter:in: Prof.in Dr. Eva Sänger

Zweitgutachter:in: Dr. Dirk Schulz

Abgabetag: 15. August 2022

*Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um die geringfügig überarbeitete und am 15.08.2022 an der Fakultät der Humanwissenschaften unter dem Titel »„Mein Uterus ist kein gesellschaftlicher Brutkasten“ – Erfahrungen und Hürden von Personen mit Uterus bei der Realisierung eines Sterilisationswunsches « eingereichte Masterarbeit.*

„I do not use other people’s struggles as the basis for my research;  
I use my research as a basis for struggles of which I am a part.”  
(Kobayashi 1994, 78)

Mein herzlichster Dank gilt selbstbestimmt steril e.V., Philipp, Hannah und Lena.

## Inhaltsverzeichnis

<b>1 Einleitung</b> .....	<b>3</b>
<b>2 Die Tubensterilisation als dauerhafte Verhütungsmaßnahme</b> .....	<b>8</b>
2.1 Kontrazeptive Rahmung der Tubensterilisation.....	13
2.2 Ein <i>Recht</i> auf Sterilisation? .....	17
<b>3 Bevölkerungspolitische Verortung der Tubensterilisation</b> .....	<b>25</b>
3.1 Tubensterilisation als antinatalistisches Instrument von Bevölkerungspolitik.....	32
3.2 Bevölkerungspolitisches „Rosinenpicken“ und der pronatalistische Nachgeschmack .....	37
<b>4 Repronormativität und die Sozialisation des Uterus – Gesellschaftliche Normierungen zwischen Kinderlosigkeit und Kinderfreiheit</b> .....	<b>41</b>
4.1 Kinderlosigkeit und die Fallstricke des Muttermythos .....	45
4.2 Kinderfreiheit als gelebte (Un-)Möglichkeit.....	50
<b>5 Forschungsdesign</b> .....	<b>57</b>
5.1 Partizipativer Forschungsansatz und Feldzugang .....	58
5.2 Erfahrungsberichte als Forschungsmaterial .....	60
5.3 Materialauswertung .....	63
<b>6 Darstellung der Ergebnisse</b> .....	<b>65</b>
6.1 Erfahrungen im Rahmen der Tubensterilisation als reproduktive Selbstbestimmung.....	65
6.1.1 Entscheidungsfindung – „ <i>All die aufgezählten Gründe sind Gründe,                 aus denen ich persönlich keine Kinder bekommen möchte, das hat                 nichts mit anderen Leuten zu tun.</i> “ .....	66
6.1.2 Körperliche Selbstbestimmung – „ <i>Mein Körper, meine                 Entscheidung, das habe ich nie so krass gefühlt, wie jetzt und es fühlt                 sich unbeschreiblich gut an!</i> “ .....	70
6.1.3 Erleichterung – „ <i>Sie hat mir ein großes metaphorisches Gewicht von                 den Schultern genommen.</i> “ .....	71
6.1.4 Tubensterilisation als Ausdruck persönlicher Lebensgestaltung – „ <i>Die Sonne scheint und ich genieße den ersten Tag vom Rest meines                 Lebens!</i> “ .....	72
6.1.5 Zufriedenheit – „ <i>[...] meine Entscheidung war richtig, immer,                 jederzeit.</i> “ .....	73
6.2 Erfahrungen im Rahmen der Tubensterilisation als Ausdruck reproduktiver Gesundheit .....	74
6.2.1 Zugang zur Tubensterilisation – „ <i>[...] damals gab es noch kein                 Internet oder Facebook!</i> “ .....	74
6.2.2 (Fehlende) Akzeptanz – „ <i>Es war eine der wenigen Situationen, in                 denen es mir einmal endgültig die Sprache verschlug [...]</i> “ .....	76

6.2.3 Sicherheit – „Jeden Monat erneut ein Alptraum [...]“ .....	79
6.2.4 Alternative Verhütungsmittel – „Dass ich mich dagegen nur schützen kann, in dem ich auf Verhütungsmittel zurückgreife, die ich nicht will.“ .....	81
6.3 Erfahrungen im Rahmen von Kinderfreiheit.....	82
6.3.1 Repronormative Verpflichtung – „Meine gesellschaftlichen Pflichten?“ .....	82
6.3.2 Rechtfertigungsdruck – „Es macht mich müde, mich immer wieder erklären zu müssen [...]“ .....	84
6.3.3 Stigmatisierung – „Mich schockierte diese Übergriffigkeit [...]“ .....	85
<b>7 Fazit und Ausblick .....</b>	<b>87</b>
<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>92</b>
<b>Eidesstattliche Erklärung.....</b>	<b>107</b>

## 1 Einleitung

Anfang August 2022 scheint in Deutschland nahezu keine Boulevardpresse oder Tageszeitung auf den Bericht „Mickie Krause: Habe Sterilisation vornehmen lassen“ (FAZ 2022; Zeit Online 2022; SZ 2022) verzichten zu können. Alle Berichte nehmen dabei Bezug auf ein Interview des deutschen Schlagersängers, in dem er über die Einfachheit dieser dauerhaften Verhütungsmaßnahme bei Männern<sup>1</sup> und seine eigene Vasektomie berichtet: „Wenn Männer keine Kinder mehr wollen, dann macht man einen vasktomischen Eingriff [sic!]. Den hab' ich gemacht“ (ebd.). Das aktive Aufsuchen von Urolog:innen, was bei diesem operativen Eingriff faktisch einen obligatorischen Vorgang darstellt, entfällt dabei in Teilen der USA, Australien oder Indonesien<sup>2</sup> mit dem Besuch der spendenfinanzierten, mobilen Vasektomie-Klinik von der „World Vasectomy Day“ (WVD 2022) Organisation sogar gänzlich. Zwar ist im deutschsprachigen Raum keine „Vasektomie to go“-Klinik bekannt, jedoch bedarf es keiner intensiven Internetrecherche, um Urolog:innen in der näheren Umgebung ausfindig zu machen, die auf ihrer Homepage über die Durchführung dieser Operation verweisen. Doch wie verhält es sich, wenn heterosexuelle cis Frauen kein(e) Kind(er) (mehr) wollen? Einen Hinweis darauf liefert das Zitat aus dem Titel der Masterarbeit, welches aus einem Erfahrungsbericht<sup>3</sup> einer (bisher) nicht sterilisierten cis Frau hervorgeht.

Das Pendant zur Vasektomie, als ein auf Dauer angelegtes sowie vorwiegend irreversibles Verhütungsmittel (Kontrazeptivum), bildet die Tubensterilisation. Auch diese erfolgt seit den 60er-Jahren in der Regel über einen minimal-invasiven (laparoskopischen) Eingriff, wenngleich eine Vollnarkose erforderlich ist. In Abhängigkeit der jeweils gewählten Methode gilt diese Sterilisation ebenso als eines der sichersten Kontrazeptiva (vgl. Kleinstein 2017, 292; Skala et al. 2021, 534). Neben einem hohen Sicherheitsfaktor bieten ausbleibende Anwendungsfehler, die bei der Nutzung von Kondomen (zwecks Empfängnisverhütung) oder der s.g. Anti-Baby-Pille ein Problem darstellen können, einen deutlichen

---

<sup>1</sup> Um Studien/Artikel nicht verfälscht wiederzugeben, wird im Rahmen von Zitationen die Sprache bzw. der jeweilige Fokus der Studien/Artikel auf (cis) Männer/Frauen bzw. eine geschlechtliche Binarität übernommen. Das nicht deklinierbare Adjektiv „cis“ (lat.) bedeutet „auf dieser Seite“ oder „diesseits“ und verweist im Kontext von Geschlechtlichkeit darauf, dass sich eine Person mit dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht identifiziert und das „anatomische“ Geschlecht mit dem sozialen Geschlecht übereinstimmt (vgl. Giese 2020, 173 ff.).

Dieser Arbeit liegt hingegen kein binäres Geschlechterverständnis zugrunde, weshalb im Folgenden vermehrt die Begrifflichkeit „Personen mit Uterus“ Anwendung findet. Diese schließt cisgeschlechtliche Frauen, nicht-binäre und intergeschlechtliche Personen sowie transgeschlechtliche Männer (mit Uterus) ein. Darüber hinaus wird eine gendersensible Schreibweise mit Doppelpunkt verwendet.

<sup>2</sup> WVD (2022) benennt auf der eigenen Homepage Aktionen in Florida, Kolumbien, Mexico, Haiti, Bali, Australien sowie Nairobi, Kenia und Ruanda.

<sup>3</sup> Dieser sowie sieben weitere Erfahrungsberichte werden im Rahmen des Forschungsdesigns unter Kapitel 5.2 näher erläutert.

Vorteil. Trotz allem zählt die selbstgewählte Tubensterilisation in Deutschland, mit ca. 30.000-50.000 Eingriffen pro Jahr, zu den anhaltend seltenen Methoden, wohingegen sie weltweit das seit Jahren am häufigsten vertretene Kontrazeptivum darstellt (vgl. DGGG 2010, 1; Kleinstein 2017, 292; BZgA 2019; UN 2019, 3 f.).

Im Gegensatz zur internetbasierten „Vasektomiesuche“ weist die Suche nach Gynäkolog:innen, die Tubensterilisationen durchführen, Parallelen zum prekären Zugang von Schwangerschaftsabbrüchen<sup>4</sup> auf (vgl. Lembke 2017, 151). Werden zudem wissenschaftliche Arbeiten aus den USA, Kanada, Belgien und Großbritannien zu Diskriminierungs- und Ausschlusserfahrungen im Rahmen des Zugangs zur Tubensterilisation hinzugezogen, kann durchaus die Vermutung angestellt werden, dass Angebot und Nachfrage in Deutschland stark voneinander abweichen (vgl. Morell 1994; Campbell 1999; Benn & Lupton 2005; Richie 2013; Denbow 2015, 131 ff.; Mertes 2017; Lalonde 2018; Buturovic 2020; McQueen 2020). Die angeführten Wissenschaftler:innen machen dabei seit geraumer Zeit darauf aufmerksam, dass insbesondere kinderfreien<sup>5</sup> Frauen unter 30 Jahren der (einschließlich informierende) Zugang zur Tubensterilisation durch Gynäkolog:innen verwehrt bleibt. Während dieses Spannungsfeld in Deutschland ein Forschungsdesiderat darstellt, zeigt der Verein selbstbestimmt steril e.V. (o. J.e) Parallelen zum internationalen Forschungsstand auf.

Die Adjektive *weiblich*, *jung* (unter 30 Jahren) und *kinderfrei* ergründen dabei eine intersektionale Dynamik, die nach Paddy McQueen (2017, 310) häufig dazu führe, dass Gynäkolog:innen den Sterilisationswunsch aufgrund der persönlichen Annahme, dass die Entscheidung zu einem späteren Zeitpunkt bereut würde, ablehnen. Trotz der Erfüllung der rechtlichen Voraussetzung der Volljährigkeit und Einwilligungsfähigkeit berichten Frauen von teils kumulativen Zugangsvoraussetzungen bzw. Ablehnungsargumentationen, die neben einem Mindestalter (variierend zwischen 25-35 Jahren), Genehmigungen von (Ehe-)Partnern und/oder psychologische Gutachten umfassen (vgl. Buturovic 2020, 2 ff.). Obwohl cis Männer eine Vasektomie – insbesondere bei dem „spontanen“ Aufsuchen einer mobilen Vasektomie-Klinik – ebenso bereuen könnten, verweisen Annily Campbell (1999, 134), Jennifer Denbow (2015, 153) und McQueen (2017, 312) darauf, dass Männer diese Annahmen oder Hürden im Rahmen einer Vasektomie nicht erfahren.

---

<sup>4</sup> Das „Werbeverbot für Schwangerschaftsabbrüche“ gemäß § 219a StGB ist mit Wirkung vom 19.07.2022 weggefallen (vgl. BMJ 2022). Obwohl Gynäkolog:innen nunmehr die Möglichkeiten haben, ohne strafrechtliche Verfolgung, ausführlich über Schwangerschaftsabbrüche informieren zu können, bleibt abzuwarten inwiefern sich dies (abseits der rechtlich verbesserten Informationslage) tatsächlich auf den Zugang zum Schwangerschaftsabbruch und dessen gesellschaftlicher Stigmatisierung auswirkt. Ein flächendeckendes Angebot dieser medizinischen Dienstleistung war bisher nicht gegeben (vgl. Lembke 2017, 151).

<sup>5</sup> Bei dem Adjektiv „kinderfrei“ bzw. dem Begriff der „Kinderfreiheit“ handelt es sich um eine Selbstbezeichnung, welche im Rahmen des Kapitels 4 näher erläutert wird.

Obwohl die seit Jahrhunderten stetig variierenden Geburtenzahlen verdeutlichen dürften, dass ein Kinderwunsch von diversen persönlichen sowie politischen Faktoren abhängig ist, werden Geburtenrückgänge in Deutschland generell als negativ bezeichnet (vgl. Bergmann 1983, 82; Sacksofsky 2017, 97). Würden Aspekte des Klimawandels hinzugezogen, dürften Geburtenrückgänge nicht zuletzt aufgrund von Ressourcenknappheit eine durchaus positive Bewertung erfahren. Jedoch wird insbesondere in kapitalistischen sowie patriarchalen Gesellschaften Körpern mit Uterus eine Reproduktionsmöglichkeit zugeschrieben, wodurch diese als potentielle Reproduktionskörper „automatisch“ zu Objekten von Demografie- und Fertilitätsforschung gemacht werden (vgl. Schultz 2019, 172). Dagegen wird cis Frauen anhaltend mittels Geburt und Feststellung der Genitalien das „naturgemäße“ Gesetz des Kinderwunsches quasi in die Wiege gelegt (vgl. Schmincke 2021, 79).

Dass bis dato weder in der Humangenetik noch in der Reproduktionsmedizin ein Fall von sich eigenständig befruchtenden Eizellen bekannt ist und für eine Reproduktion ebenso „wertvolle“ Samenzellen beispielsweise beim Masturbieren<sup>6</sup> verloren gehen, scheint der Normierungen von cis Frauen als Reproduktionskörper keinen Abbruch zu tun. Inwiefern diese vergeschlechtlichten Normen die Begrenzungen der reproduktiven und körperlichen Selbstbestimmung von Personen mit Uterus legitimieren, zeigt die weltweit vertretene Kriminalisierung von Schwangerschaftsabbrüchen<sup>7</sup>, die Schwangere teilweise zum Austragen eines Embryos/Fötus nötigen. Andersherum werden Schwarze sowie Indigene Frauen of Color<sup>8</sup> (BIWoC), cis Frauen mit Behinderungen sowie intergeschlechtliche und trans Personen weltweit überproportional häufig zu Opfern von Zwangssterilisationen respektive unfreiwilligen Sterilisationen (vgl. Klöppel 2012, 221; WHO 2014, 3 f.; BMFSFJ 2014, 41; Denbow 2015, 133; Sacksofsky 2017, 99).

Menschen, deren Reproduktion in Deutschland besonders erwünscht ist, können von Kindergeld sowie Steuererleichterungen<sup>9</sup> profitieren oder eine Ehrenpatenschaft durch den:die Bundespräsident:in beantragen, „wenn zur Zeit der Antragstellung einschließlich

---

<sup>6</sup> In dem Song „Wichsen ist Mord“ macht die deutschsprachige Rapperin mit eritreischen Wurzeln Nura beispielsweise künstlerisch darauf aufmerksam, dass das Masturbieren von cis Männern als egoistischer Akt betrachtet werden kann: „Vielleicht will ich ja die Kids, auch wenn du sie gar nicht willst. Wie gehst du mit meinem Sperma um? Hörst du nicht, dass der Herzschlag pumpt. Das ist gegen Gott und gegen Wissenschaft. Will gar nicht wissen, wie viel du auf dem Gewissen hast.“

<sup>7</sup> In Deutschland werden Schwangerschaftsabbrüche durch den § 218 StGB kriminalisiert und in Verbindung mit § 218a StGB, unter bestimmten Voraussetzungen, entkriminalisiert.

<sup>8</sup> Bei der Großschreibung der Begriffe Schwarz, Indigen sowie Black, Indigenous, People/Women of Color (BIPoC; BIWoC) handelt es sich um aktivistische Selbstbezeichnungen, worauf beispielsweise das Sammelwerk „Schwarz wird groß geschrieben“ (Obulor & Rosamag 2021) verweist. Diese markieren die vielfältigen Formen von Rassismus und Ungleichbehandlungen, denen Personen dieser Strukturkategorien häufig begegnen/ausgesetzt werden.

<sup>9</sup> Hiervon profitieren primär einkommensstarke Haushalte (siehe Kapitel 3.2).

des Patenkindes mindestens sieben lebende Kinder vorhanden sind, die von denselben Eltern, derselben Mutter oder demselben Vater abstammen<sup>10</sup>“ (Bundesverwaltungsamt o. J.). Personen, die bis zum 23. Lebensjahr hingegen kein Kind „vorweisen“ können, werden im Rahmen der Pflegeversicherung mit einem „Beitragszuschlag für Kinderlose“ (§ 55 Abs. 3 SGB XI) konfrontiert. Während diesen Adressierungen teilweise keine expliziten Vergeschlechtlichungen inhärent sind, sprechen unzählige, gesellschaftliche Stereotypisierungen ausschließlich cis Frauen oder Personen mit Uterus, die als diese gelesen/misgendert<sup>11</sup> werden, ohne Kinderwunsch als verrückte Katzenlady oder egoistische Geschäftsfrau an (vgl. Diehl 2014, 166; Day 2016).

Doch bevor es zu einer völligen Abwertung kommt, damit die kulturellen Normen und Werte der „weiblichen“ Identität und Mutterschaft im Einklang mit der daran gebundenen Selbstverwaltung aufrechterhalten bleiben, werden cis Frauen ohne Kind(er) ab einem bestimmten Zeitpunkt kontinuierlich mit der Frage konfrontiert, „wann es denn endlich so weit sei“ und/oder auf das Ticken einer biologischen Uhr hingewiesen (vgl. Diehl 2014, 42; Denbow 2015, 133). Entgegen diesen Normierungen verweist die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation, WHO) darauf, dass die Selbstbestimmung über die eigene Fortpflanzungsfähigkeit und die dahingehende Freiheit zu entscheiden, ob, wann und wie oft ein Mensch sich reproduzieren möchte, vielmehr als Teil eines ganzheitlichen Konzepts von reproduktiver Gesundheit zu begreifen ist:

„Reproductive health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity, in all matters relating to the reproductive system and to its functions and processes. Reproductive health therefore implies that people are able to have a satisfying and safe sex life and that they have the capability to reproduce and the freedom to decide if, when and how often to do so. It also includes sexual health, the purpose of which is the enhancement of life and personal relations.”  
(WHO 2006, 5)

Obwohl die Entscheidung für oder gegen die eigene Reproduktion eine höchstpersönliche Entscheidung darstellt, die einen massiven Einfluss auf das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden eines Menschen hat, bieten in Deutschland nur wenige Gynäkolog:innen eine Tubensterilisation an „oder operieren Personen erst, wenn diese ein gewisses Alter (teilweise 35 oder älter) erreicht und Kinder geboren haben“ (selbstbestimmt steril e.V. o. J.e). Damit wird Personen mit Uterus nicht nur ihre individuelle Lebensvorstellung, sondern auch das Recht auf Selbstbestimmung über den eigenen Körper

---

<sup>10</sup> Zudem wird in dem Antrag des Bundesverwaltungsamts (o. J.) darauf verwiesen, dass das Patenkind „Deutsche(r) im Sinne des Artikels 116 Absatz 1 des Grundgesetzes sein“ (ebd.) muss, um die mit einem Geldgeschenk verbundene Ehrenpatenschaft zu erfüllen. Dahingehend werden rassistische Ressentiments bedient, die in Kapitel 3 und 3.1 näher behandelt werden.

<sup>11</sup> Ein Misgendern entsteht, wenn einer Person ein falsches Geschlecht zugeordnet wird und/oder das falsche Pronomen in der Anrede dieser Person verwendet wird. Misgendering kann ohne Absicht oder als Akt der Ablehnung/Abwertung erfolgen (vgl. Queer Lexikon 2022).



abgesprochen. Abseits der finanziellen, körperlichen und psychischen Belastungen, die mit den Gebären/Erziehen von Kindern einhergehen, kann eine ungewollte Schwangerschaft aufgrund von Vorerkrankungen ein erhebliches Gesundheitsrisiko darstellen und zum Tod führen (vgl. Richie 2013, 37).

In Deutschland gehen die letzten Studien zur freiwilligen/selbstgewählten Tubensterilisation auf die 80er Jahre zurück, wobei diese insbesondere psychologische Folgen, Erfahrungen von Reue und/oder Refertilisierungswünsche untersuchten und primär paternalistischen sowie pronatalistischen Forschungsansätzen zuzuordnen sind (vgl. Davies-Osterkamp et al. 1983, 313; Petersen 1983, 253). Im Gegensatz zu der vorangehend angeführten, internationalen Studienlage fehlt es in der deutschsprachigen Forschung gänzlich an (positiven) Abbildungen von Lebensrealitäten kinderfreier sowie sterilisierter Personen mit Uterus bzw. unerfülltem Sterilisationswunsch. Um diese Lücke zu schließen, widmet sich die vorliegende Masterarbeit der Fragestellung: *Welche Erfahrungen machen kinderfreie Personen mit Uterus bei der Realisierung einer Sterilisation als selbstgewählte Verhütungsmaßnahme?*

Ziel dieser Arbeit ist es, die Lebensrealitäten der Forschungszielgruppe mit ihren spezifischen Erfahrungen und Herausforderungen abzubilden und sichtbar zu machen. Dahingehend wird ein partizipativer Forschungsstil verfolgt, welcher der betreffenden Community einen Raum für Co-Forschung gibt, das dort verortete „lokale“ Wissen wertschätzt und Community-Partner:innen einbindet (vgl. von Unger 2014, 31). Um der Forschungsfrage sowie der Zielsetzung zu entsprechen, erfolgt der Einstieg dieser Arbeit zunächst über eine literaturbasierte Auseinandersetzung mit dem aktuellen Forschungsstand in Bezug auf die Tubensterilisation sowie entsprechende thematische Verschränkungen.

In Kapitel 2 wird die Tubensterilisation als dauerhaftes Kontrazeptivum im Rahmen zahlreicher weiterer Verhütungsmöglichkeiten eingebettet. Es wird unter anderem herausgestellt, welcher grundsätzlicher Voraussetzungen es bedarf, um in Bezug auf Verhütungsmethoden von einer selbstgewählten Entscheidung sprechen zu können. Eine weitergehende Spezifizierung der Tubensterilisation erfolgt im Unterkapitel 2.1, wobei primär aktuelle gynäkologische Operationsmethoden, etwaige Ausschlusskriterien und Empfehlungen thematisiert werden. Mit dem Unterkapitel 2.2 schließt sowohl eine historische als auch gegenwärtige rechtliche Einordnung der Tubensterilisation an.

Im Rahmen der bevölkerungspolitischen Kontextualisierung der Tubensterilisation wird in Kapitel 3 auf die inter- als auch nationalen Interessen an Geburtenregelungen, als Teil bevölkerungspolitischer Praktiken, Bezug genommen. Die Unterkapitel 3.1 und 3.2 legen dabei ein besonderes Augenmerk auf die davon ausgehenden Differenzierungen,

Privilegierungen sowie (gewaltsamen) Auswirkungen anti- sowie pronatalistischer Interessen. Darauf aufbauend erfolgt unter Kapitel 4 eine Auseinandersetzung mit hetero- und repronormativen Verhandlungen von Körpern mit Uterus sowie den damit im Zusammenhang stehenden gesellschaftlichen Normierungen. Hier findet in den anschließenden Unterkapiteln eine weitergehende Differenzierung statt, die exemplarisch an den Begrifflichkeiten der Kinderlosigkeit (Kapitel 4.1) sowie Kinderfreiheit (Kapitel 4.2) vollzogen wird.

Neben dem vorangehend erwähnten, partizipativen Forschungsansatz (Kapitel 5.1) wird in Kapitel 5 die an die theoretische Auseinandersetzung anschließende qualitative Untersuchung erläutert. Das zugrunde gelegte Forschungsmaterial setzt sich dabei aus acht Erfahrungsberichten von sieben cis Frauen und einer nicht-binären Person mit Uterus zusammen, wovon sieben bereits eine selbstgewählte Tubensterilisation erfahren haben (Kapitel 5.2). Die Hinzuziehung der Erfahrungsberichte ist dabei als wertvolle Schilderung von Erfahrungen aus dem Feld zu verstehen, welche die vorangegangene theoretische Auseinandersetzung veranschaulichen, ergänzen oder infrage stellen können (vgl. Flick 2021, 532). Eine Erläuterung der angewandten Auswertungsmethodik, der inhaltlich strukturierenden und explikativen qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2016), erfolgt in Kapitel 5.3. An die Ergebnisdarstellung in Kapitel 6 schließt mit Kapitel 7 letztlich eine Zusammenfassung der Erkenntnisse dieser Arbeit an, welche gleichsam einen Ausblick auf Empfehlungen für die Forschung und Praxis geben soll.

## **2 Die Tubensterilisation als dauerhafte Verhütungsmaßnahme**

In Deutschland stehen Personen mit Uterus einige Verhütungsmöglichkeiten (Kontrazeptiva) zur Verfügung. Diese können auf den Wunsch, ob, wann und wie viele Kinder eine Person mit aktivem heterosexuellem Sexleben gebären möchte, Einfluss nehmen. Insbesondere zur Verhinderung ungeplanter/ungewollter Schwangerschaften leisten Maßnahmen zur Empfängnisverhütung (Kontrazeption) einen wichtigen Beitrag zur sexuellen, wie auch reproduktiven Gesundheit (vgl. WHO 2006, 5). Da die Kontrazeption einen maßgeblichen Einfluss auf die Sicherheit und Zufriedenheit eines Sexlebens sowie den davon ausgehenden lebensweltlichen Auswirkungen hat, wird der Zugang zu hochwertigen bedarfsgerechten Informationen sowie „zu selbstgewählten, sicheren und gesundheitsschonenden Verhütungsmitteln“ (pro familia 2019a, 4) von dem Verein pro familia<sup>12</sup> auf einer Ebene mit den Menschenrechten verortet.

---

<sup>12</sup> pro familia bildet als nichtstaatliche Organisation seit Gründung in den 50er Jahren in Deutschland eine der wichtigsten Anlaufstellen für Bildungs- und Beratungsangebote bzgl. Sexualität, Verhütung, Schwangerschaft und Partnerschaft sowie Lobbyarbeit (vgl. pro familia o. J.).

Obwohl seit der United Nations (UN)-Konferenz für Bevölkerung und Entwicklung in Kairo 1994 zahlreiche internationale Beschlüsse mit Forderungen zu sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechten (SRGR)<sup>13</sup> erlassen wurden, ist in Deutschland bisher keine Gesetzesgrundlage zur Durchsetzung eines sicheren, wirksamen und bezahlbaren Zugangs zu Verhütungsmaßnahmen existent (vgl. ebd., 4; pro familia 2015, 3). Zwar ist die theoretische Verfügbarkeit von Kontrazeptiva auf dem deutschen Markt groß, doch Studien zeigen, dass der Bedarf in der Praxis nicht selten durch fehlende Finanzierungsmöglichkeit ungedeckt bleibt (vgl. BZgA 2016; pro familia 2019b). Teure Verhütungsmaßnahme wie die Sterilisation, können insofern häufig gar nicht erst in Erwägung gezogen werden. Neben Finanzierungsmöglichkeiten nehmen individuelle Bedürfnisse bzgl. variierender Sicherheitsaspekte, (Neben-)Wirkungen, Kontraindikationen, Anwendungsweisen und Risiken bei einer beabsichtigten Kontrazeption und der damit zusammenhängenden Auswahl eine durchaus komplexe und häufig intime Stellung im Leben einer Person ein (vgl. pro familia 2019a, 22).

Abseits individueller Bedarfe kann der grundsätzliche Zugang zu sexueller Aufklärung sowie Informationen zu Kontrazeptionsmöglichkeiten, um diesbezüglich eine gut informierte und freie Entscheidung treffen zu können, bereits vorab eine Hürde darstellen (vgl. Bury 2015, 5). Dahingehend zeigt eine Datenerhebung zum Verhütungsverhalten Erwachsener der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA 2019, 18) aus 2018, dass sich die Zugänge zu Informationen über die aktuell angewandten Verhütungsmaßnahmen von allgemeinmedizinischen sowie gynäkologischen Praxen, Schulen, digitalen/analogen Medien bis hin zu Familien-/Freundeskreisen erstrecken. Ein Potpourri, welches einen Zugang zu „fachlich fundierte[n], nicht interessensgeleitete[n] und gut verständliche[n] Informationen“ (Nottbohm & Ommert 2017, 7) als durchaus schwieriges Unterfangen darstellt.

So finden sich auf kommerziellen Webseiten z.B. verschleierte Produktplatzierungen von Pharmaunternehmen oder widersprüchliche Informationen zu Nebenwirkungen und Sicherheitsaspekten von Kontrazeptiva. Einseitige bzw. Falsch-/Fehlinformationen können aber auch über das soziale Umfeld weitergetragen werden. Gleichzeitig können Beratungen in professionellen Kontexten durch Faktoren wie einen ländlichen Wohnort, fehlende Barrierefreiheit sowie weitergehende (intersektionale) Diskriminierungsfaktoren wie

---

<sup>13</sup> Als wichtige Beispiele können hierfür die UN-Weltfrauenkonferenz (FWCW) in Beijing 1995, die Resolution des UN-Weltgipfels 2005 (Punkt 58) sowie die Charta der sexuellen und reproduktiven Rechte (Nr. 8-9) der International Planned Parenthood Federation (IPPF) von 1996 betrachtet werden (vgl. pro familia 2015, 8).

Alter, Geschlecht Religion, race<sup>14</sup> oder Migrantismus<sup>15</sup> beeinflusst bzw. behindert werden (vgl. ebd., 7 f.). Um Ausschlüsse und Diskriminierungen insbesondere in professionellen Beratungskontexten zu verhindern, appelliert pro familia an ein menschenrechtsbasierte Verhütungsberatung.

Diese soll Prinzipien der Zugänglichkeit (accessibility), Nicht-Diskriminierung (non-discrimination), Akzeptanz (acceptability), Vertraulichkeit und Privatsphäre (privacy and confidentiality), aktuellen Qualitätsstandards und fachlichen Grundlagen (quality), informierten Entscheidungsfindung (informed decision-making), Partizipation (participation) und Verantwortlichkeit (accountability) grundlegend vereinen (vgl. ebd., 7 f.). Diese Leitlinien, die „ausführliche Gespräche über Rechte, Sexualität und Lebensplanung“ (pro familia 2019a, 4) beinhalten, finden in der ärztlichen Verhütungsberatung schon allein aus zeitlichen Gründen selten eine entsprechende Berücksichtigung (vgl. ebd., 28 f.).

In Deutschland wird die Auswahl von Kontrazeptionsmöglichkeiten häufig nach den Kategorien der natürlichen, hormonellen sowie chirurgischen Kontrazeption und Barrieremethoden unterteilt (vgl. Fillenberg 2017, 149 ff.). Ebenso können die Kontrazeptiva nach einem Sicherheitsfaktor, dem s.g. Pearl-Index (PI), bewertet werden. Der PI trifft dabei eine Aussage darüber, wie viele unerwünschte Schwangerschaften pro 100 Frauen innerhalb eines Jahres mit der jeweiligen Verhütungsmaßnahme aufgetreten sind. Dieser wird häufig numerisch zwischen 0,1-21 abgebildet. Hierbei gilt der Grundsatz: je niedriger die Zahl des PI, umso sicherer das Kontrazeptivum. Anwendungsfehler oder die Anzahl von Sexualkontakten werden dabei jedoch nicht hinzugezogen (vgl. Siekmann 2016, 44). Mit dem jeweilig in Klammern versehenen PI bildet die nachfolgende Auflistung einen Überblick über die theoretische Verfügbarkeit von Kontrazeptionsmöglichkeiten in Deutschland ab:

---

<sup>14</sup> In wissenschaftlichen Diskursen gilt es als umstritten, ob der Begriff „Rasse“ mit dem US-Amerikanischen Wort „race“ gleichzustellen ist, da dieser u.a. aufgrund der faschistischen Nähe Gefahr läuft einen strategischen Essentialismus zu bedienen und rassistische Praktiken zu reproduzieren (vgl. Lutz & Amelina 2017, 25). In Folge dessen findet die betreffende Begrifflichkeit nur im Rahmen von Zitationen und in bedeutender Abhängigkeit der Kontextualisierung eine Anwendung. Darüber hinaus wird sich mit der Verwendung der Begrifflichkeiten Ethnizität und race „zur Bezeichnung von sozialen Positionierungen [...], die auf der Basis von Herkunft, Religion, Hautfarbe oder Kultur ethnisiert bzw. rassialisiert werden“ (Lutz & Amelina 2017, 25) angelehnt.

<sup>15</sup> Entsprechen den Ausführungen von Alyosxa Tudor (2013) liegt dieser Arbeit eine differenzierte Sichtweise auf rassifizierende und migrantisierende Zuschreibungen bzw. Rassismus und Migrantismus zugrunde. Im Gegensatz zur kolonialen Praktik der Einspeisung des Narrativs eines *weißen* Europas, entfaltet sich Migrantismus dagegen durch „[...] (nicht-rassistische) nationalisierte Binnendifferenzierungen und -hierarchisierungen von Europäisierung, kann jedoch auch eine von vielen Strategien von Rassismus (in Deutschland) sein, wenn zum Beispiel Schwarzen Personen(gruppen) automatisch ein Migrationshintergrund zugeschrieben wird. Rassismus funktioniert oft über migrantisierende Strategien, Migrantismus ist jedoch nicht in allen Fällen rassistisch (wenn z.B. eine weiße Person osteuropäisiert wird)“ (Tudor 2013, 51).

- Natürliche/hormonfreie Kontrazeption
  - z.B. Basaltemperaturkurve (0,8-3), Zyklusmonitor (1-6), Kalendermethode (9)
  - z.B. Kupferkette,-ball, -spirale (0,3-3)
- hormonelle Kontrazeption
  - z.B. kombinierte orale Kontrazeptiva – die s.g. „Pille“ (0,1-0,8), Hormonspirale-(0,16) /Stäbchen (0,8), Vaginalring(0,65), Verhütungspflaster (0,9)
- chirurgische Kontrazeption
  - Vasektomie (0,1), Tubensterilisation (0,2-0,5)
- Barrieremethoden
  - z.B. Kondom (2-12), Femidom<sup>16</sup>, Diaphragma (12-20), Spermizid (3-21), Portiokappe (6)

Darüber hinaus ist eine rezeptfreie Notfallkontrazeption verfügbar, welche auch als postkoitale Kontrazeption oder umgangssprachlich als „Pille danach“ bezeichnet wird<sup>17</sup>. Da keine regelmäßige Einnahme empfohlen wird, handelt es sich jedoch nicht um ein „klassisches“ Kontrazeptivum (vgl. ebd., 62 f.; Fillenberg 2017, 154).

Bereits ohne die vollständige Abbildung der reversiblen Verhütungsmethoden, weist diese verschlankte Darstellung in Bezug auf die adressierten Anwender:innen eine offenkundig vergeschlechtlichte Disparität auf. Obwohl spermienproduzierende Körper mindestens eine gleichwertige Verantwortung in Bezug auf die Befruchtung einer Eizelle tragen, werden Kontrazeptiva an gebärfähigen Körpern bzw. primär cisgeschlechtlichen Frauenkörpern ausgerichtet (vgl. Klemm 2018, 103). Dabei hat sich die heutige Verhütungsmittelauswahl seit der Markteinführung der „Anti-Baby-Pille“ in den 60er Jahren bis zum 20. Jahrhundert stetig erweitert. Im Gegensatz dazu wurden die Vasektomie und das Kondom „seit ihrer Erfindung zwar [ebenso] maßgeblich verbessert, eine radikale Neuerung für die Empfängnisverhütung im oder am Mann\* hat es seither jedoch nicht gegeben“ (vgl. ebd., 103). Als Begründungen für das bisherige Ausbleiben einer Markteinführung der „Pille für den Mann“ werden häufig Nebenwirkungen, komplizierte Anwendungsmöglichkeiten sowie laufende Kontrollen der Unterdrückung der Spermakonzentration genannt (vgl. Roth et al. 2015, 4 ff.).

Als elementaren Aspekt beschreiben Mara Roth et al. (2015, 7) jedoch den Mangel an Finanzmitteln durch pharmazeutische und biotechnologische Unternehmen, welche das

---

<sup>16</sup> Aufgrund einer fehlenden Studienlage ist keine genau Angabe in Bezug auf die Sicherheit von Femidomen zu treffen. pro familia (2017, 26) beziffert die Anzahl von ungewollten Schwangerschaften mit 5-25 pro 100 Frauen innerhalb von zwölf Monaten.

<sup>17</sup> Dabei handelt es sich um eine einmalige Einnahme eines Medikaments, welches die Verhinderung einer möglichen Schwangerschaft nach unzureichend geschütztem oder ungeschütztem Geschlechtsverkehr beabsichtigt. In Folge einer Vergewaltigung wird diese Medikation zur Verhütung einer möglichen Schwangerschaft als Sonderindikation bezeichnet (vgl. Fillenberg 2017, 154).

Gebiet der Forschung und Entwicklung von Verhütungsmitteln für Männer in den letzten zehn Jahren im Wesentlichen aufgegeben haben<sup>18</sup>. Als ebenso ausschlaggebend wird die Medikalisierung<sup>19</sup> des „weiblichen Körpers“ respektive das seit den 30er Jahren auf- und anhaltend ausgebaute endokrinologische Wissen sowie die damit verbundene gynäkologische Infrastruktur erachtet, weshalb „deutlich mehr Gelder in die Verbesserung von Verhütungsmitteln für Frauen\* und deren Verbreitung investiert [werden] als in die Schaffung von Optionen für Männer“ (Klemm 2018, 107). Festzuhalten ist insofern, dass die Medizin und die Pharmaindustrie Verhütungsmittel wie die „Pille“ auch in den Anfängen des 21. Jahrhundert primär an Personen mit Uterus ausrichten.

Abseits unterschiedlicher Kategorien und Sicherheitsaspekte können Verhütungsmittel ebenso nach ihrer Anwendungsdauer und (Ir)Reversibilität unterschieden werden. Die (Tuben)Sterilisation<sup>20</sup> ist dabei für Personen mit Uterus die einzige auf Dauer angelegte bzw. nur schwer reversible<sup>21</sup> Verhütungsmaßnahme. Methoden, die wie die Anti-Baby-Pille und das Kondom von kurz-/mittelfristiger Dauer sind, bilden in Deutschland beinahe gleichauf die beliebtesten Mittel zur Kontrazeption (vgl. BZgA 2019, 9 ff.). Doch der „Pillentrend“ erwies sich im Jahr 2018 mit 47 % als erstmalig rückläufig, wobei die Anzahl der Kondomnutzung mit 46 % stieg und die drittplatzierte Hormonspirale mit 10 % seit Jahren fast unverändert geblieben ist. Im Vergleich zu 2011 zeigen sich Sterilisationen (Männer 2 %; Frauen 4 %<sup>22</sup>) als ebenso rückläufig (vgl. ebd., 10). Daten zur internationalen Verteilung von Verhütungsmaßnahmen bilden hingegen eine gegensätzliche

---

<sup>18</sup> Als mutmaßliche Gründe für diesen Umstand benennen Roth et al. (2015, 7) kumulative Faktoren wie: Bedenken hinsichtlich begrenzter finanzieller Erträge, potenziell erhöhte regulatorischer Hürden bzgl. der Sicherheit eines Verhütungsmittels für Männer, allgemeine Voreingenommenheit bzgl. Familienplanung als „weibliches Problem“ oder hochkarätige Gerichtsverfahren aufgrund unerwarteten Nebenwirkungen bei Frauen.

<sup>19</sup> Der Begriff der Medikalisierung steht nach Irving Zola (1972) im Zusammenhang mit der Medizin als Institution der sozialen Kontrolle, welche Klassifizierungen und Bewertungen von krank/gesund sowie Handlungsanweisungen über Neutralität/Objektivität konstruierten als auch legitimieren. Dabei wird ausgeblendet, dass diesen Prozessen be-/abwertende Werte und Normen inhärent sind. Die Medikalisierung ist insoweit als größerer Prozess zu verstehen, dem verschiedene Akteur:innen, Institutionen sowie gesellschaftliche Normierungen „zuarbeiten“ (vgl. Zola 1972, 488 f.).

<sup>20</sup> *Weibliche Sterilisation, Sterilisation der Frau, Tubenligatur oder Eileiter-/Tubensterilisation* – für die selbstgewählte, operativ herbeigeführte Kontrazeption kursieren diverse Termini. Da dieser Arbeit ein nicht binäres Geschlechtsverständnis zugrunde liegt, findet primär der medizinische Begriff der Eileiter-/Tubensterilisation Anwendung. Die Eileiter/Tuben bilden dabei (ohne eine vergeschlechtlichte Ansprache) den kleinsten gemeinsamen Nenner.

<sup>21</sup> In Abhängigkeit der Sterilisationsmethode liegt der Erfolg von Refertilisierungen zwischen 25-75 % (vgl. pro familia 2013, 16; Kleinstein 2017, 292). Darüber hinaus sind Methoden der assistierten Reproduktion (IVF/ICSI) möglich (vgl. Bohlmann et al. 2010, 118).

<sup>22</sup> Um die Studien/Artikel nicht verfälscht wiederzugeben, wird im Rahmen von Zitationen die Sprache bzw. der jeweilige Fokus der Studien/Artikel auf Frauen bzw. eine geschlechtliche Binarität übernommen. Dieser Arbeit liegt jedoch kein binäres Geschlechterverständnis zugrunde, weshalb die Begrifflichkeit „Personen mit Uterus“ Anwendung findet. Diese schließt Frauen, nicht-binäre und intergeschlechtliche Personen sowie trans Männer ein. Darüber hinaus wird eine gendersensible Schreibweise mit Doppelpunkt verwendet.

Verteilung ab. So stellt die Datensammlung der UN (2019), welche 1.247 Umfragen aus 195 Ländern umfasst heraus, dass die Tubensterilisation mit 219 Millionen Nutzerinnen das weltweit am häufigsten vertretene Verhütungsmittel ist (vgl. ebd., 3 f.). Neben bevölkerungspolitischen Aspekten, die außerhalb von Zwangskontexten von gegenwärtiger Bedeutung sind (siehe hierzu Kapitel 2.2), begründeten Wissenschaftler:innen aus dem nordamerikanischen sowie europäischen Raum dies vor einigen Jahren mit hindernisreichen Zugängen zu Informationen sowie gynäkologischen Praxen (vgl. Richie 2013; Lalonde 2018; McQueen 2020; Hayford et al. 2020). „Frauenärzt\*innen [gelten in Deutschland als] die Hauptversorger\*innen für hormonelle Verhütungsmittel und Spiralen“ (pro familia 2019a, 4), wobei gynäkologisches Fachpersonal in Bezug auf die Tubensterilisation spätestens im Rahmen der finalen Realisierung eine Gatekeeper-Funktion einnimmt (vgl. ebd., 4).

## **2.1 Kontrazeptive Rahmung der Tubensterilisation**

Grundsätzlich kann die Tubensterilisation allein aufgrund des Ausbleibens möglicher Anwendungsfehler als das Mittel der Wahl für Personen mit Uterus verstanden werden, wenn eine finale<sup>23</sup> Kontrazeption angestrebt wird. Dabei wird im Rahmen einer 30-45 minütigen ambulanten/stationären Operation die permanente Unfruchtbarmachung bzw. Undurchlässigkeit der Tuben/Eileiter gegenüber Spermien beabsichtigt (vgl. Amari et al. 2013, 227; Skala et al. 2021, 534). In Abhängigkeit der gewählten Operationsmethode, kann dieser Eingriff „sowohl den Transportweg des Eis bzw. den Aszensionsweg der Spermien betreffen als auch den Fruchthalteapparat selbst“ (Amari et al. 2013, 227). Technische Durchführungen sind dabei auf laparoskopischem, abdominalem sowie vaginalem Wege durchführbar (vgl. ebd., 227). Hierbei ergründet die Laparoskopie aufgrund ihres minimal-invasiven Eingriffs und der sehr geringen Komplikationsrate (1-3 %) eine der weltweit am bevorzugtesten Durchführungsformen (vgl. pro familia 2013, 16; Kleinstein 2017, 293; DGGG 2010, 3).

Der „Verschluss“ der Tuben erfolgt im Rahmen der Laparoskopie am häufigsten via Tubenkoagulation (vgl. Amari et al. 2013, 227). Dabei wird „über einen suprasymphysären Hilfeinstich eine bipolare Koagulationszange eingeführt und die Tube beidseits möglichst uterusnah [...] über einen Abschnitt von mindestens 2–3 cm koaguliert“ (ebd., 227). Über die Stromzugabe der Koagulationszange erfolgt eine ca. drei Zentimeter lange Desikkation (Austrocknung) der Tubenstücke, welche in Folge dessen voneinander

---

<sup>23</sup> In Abhängigkeit der Sterilisationsmethode liegt der Erfolg von Refertilisierungen zwischen 25-75 % (vgl. pro familia 2013, 16; Kleinstein 2017, 292). Darüber hinaus sind Methoden der assistierten Reproduktion wie die In-vitro-Fertilisation (IVF) möglich (vgl. Bohlmann et al. 2010, 118).

getrennt werden. Alternativ kann durch eine anschließende Durchtrennung bzw. Teilentfernung die partielle Salpingektomie durchgeführt werden, wobei dieser Schritt in Kombination mit der koagulierten Tube teilweise als obsolet betrachtet wird (vgl. ebd., 227 f.; Kleinstein 2017, 293; Skala et al. 2021, 534). Postoperative Schmerzen, die sich als Folge der Gasinsufflation durch laparoskopische Verfahren häufig in Schulterschmerzen äußern, lösen sich in den darauffolgenden drei Tagen häufig auf (vgl. Kleinstein 2017, 293; Skala et al. 2021, 535).

Weitere Methode, die anstelle von Strom auf Clips/Kunststoffringe/Silikonbänder zwecks mechanischer Undurchlässigkeit der Tuben setzen, werden auch als nichtkoagulierende Tubensterilisationen oder Clipsterilisationen bezeichnet. Aufgrund höherer Versagerquoten bzw. Rekanalisationsgefahren<sup>24</sup> (insbesondere bei 18- bis 33-Jährigen) zählen diese jedoch zu den weniger sicheren Sterilisationsvarianten (vgl. DGGG 2010, 4 ff.). Nichtlaparoskopische Operationsformen finden „ihre Anwendung [heute nur noch] anlässlich eines Kaiserschnittes oder als zusätzlicher Eingriff während einer Laparotomie“ (Havemann & Bazargan 2021, 430). Operationen wie die totale Salpingektomie (Tubenentfernung) erfolgen hingegen nicht ohne zusätzliche Indikationsstellung (vgl. Amari et al. 2013, 228). Kursierende Fehl-/Falschinformationen, die das Einsetzen der Menopause oder die Störungen der Menstruationsdauer und -stärke betreffen, konnten nach Feriel Amari et al. (2013, 228) „durch eine umfangreiche, prospektive, kontrollierte Studie mit über 9500 Frauen nach Sterilisation nicht bestätigt werden“.

Zwar ist in Deutschland gemäß der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG 2010, 1) kein Erfassungsregister für Tubensterilisationen existent, doch mit Schätzungen zwischen 30.000-50.000 Sterilisationen pro Jahr, zählen diese zu den anhaltend seltenen Eingriffen (vgl. BZgA 2019, 10; Kleinstein 2017, 292)<sup>25</sup>. Wie eine Studie von pro familia (2019b, 35 f.) aufzeigt, bilden die Kosten von 500,- bis 1.000,- €, hierfür einen nicht unwesentlichen klassistischen Faktor (vgl. pro familia 2013, 6). Interessanterweise ist die Vasektomie aufgrund von anatomischen Gegebenheiten mit Kosten zwischen 300,- bis 400,- € deutlich günstiger – in ihrer Durchführung trotzdem seltener (vgl. ebd., 5; BZgA 2019, 10). Im Gegensatz zu hormonellen Kontrazeptiva, deren Kosten von Krankenkassen für Frauen unter 18 Jahren vollumfänglich und bis zum 20. Lebensjahr außer der anfallenden Rezeptgebühr übernommen werden, gilt die Tubensterilisation

---

<sup>24</sup> Bei einer Rekanalisation handelt es sich um neue entstandene Verbindung zwischen Uterus und Eierstöcken nach einer Tubensterilisation (vgl. Wiborny 2005, 25).

<sup>25</sup> Inwiefern hierunter Sterilisationen von unter gesetzlicher Betreuung stehenden Frauen nach § 1905 BGB erfasst werden, ist nicht bekannt (vgl. BMFSFJ 2014, 41). Die hierfür ebenso notwendige und ausreichende Aufklärung, Beratung und Ermittlung eines tatsächlichen Willens gilt häufig als sehr umstritten (siehe Kapitel 3.1).



grundsätzlich als individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) und wird in der Regel nicht von Krankenkassen übernommen (vgl. Bury 2015, 4; Hermanns 2022, 287).

Diese spezifische Inkonsequenz der Leistungskataloge der Krankenkassen scheint nicht nur Einfluss darauf zu nehmen, welchem Geschlecht und welcher Altersgruppe die Verantwortung der jeweiligen Kontrazeption gegenwärtig zugeschrieben wird. Es kann auch als auffällig verzeichnet werden, dass lediglich hormonelle Kontrazeptiva in der Finanzierung berücksichtigt werden. Da insbesondere diese Kontrazeptionsvariante aufgrund von vielfältigen Wechselwirkungen und Kontraindikationen nicht für jede Person zu empfehlen ist, erscheint es ebenso nicht nachvollziehbar, warum andere Verhütungsmaßnahmen als nicht „finanzierungswürdig“ erachtet werden.

Um eine informierte Entscheidung (siehe Fußnote 27) treffen zu können, sollten Kontrazeptionsberatungen die diversen Möglichkeiten sowie Lebensvorstellungen mit einer generellen medizinisch-pharmakologischen sowie (psycho)sozialen Auseinandersetzung vereinen (vgl. Nottbohm & Ommert 2017, 6). Im Rahmen der Sichtung von Informationsmaterial sowie gynäkologischer Fachliteratur fällt auf, dass (psycho)sozialen Aspekte wie das Alter und die Beweggründe in Bezug auf die Tubensterilisation eine besondere Gewichtung erfahren. Vage Formulierungen zu altersbedingten Ausschlusskriterien der Tubensterilisation wie: „wird bei jungen Frauen in der Regel nicht angewandt“ (Siekmann 2016, 58), lassen subjektive Entscheidungen vermuten, die auf keiner fundierten Grundlage beruhen.

„So berichtete eine 36-jährige Frau mit einem psychisch erkrankten Sohn, die auf keinen Fall weitere Kinder möchte, dass ihre Gynäkologin es ablehnt, diesen Eingriff vor dem 40. Lebensjahr der Klientin durchzuführen“ (pro familia 2019b, 35).

Dieses Beispiel unterstreicht nicht nur die Subjektivität des Adjektivs „jung“, sondern stellt – seitens gynäkologischem Fachpersonal – eine ebenso flexible Legitimationsgrundlage gegenüber diesem Eingriff heraus. Eine nähere Betrachtung der allgemeinen Empfehlungen für die Beratung zur Tubensterilisation des DGGG aus dem Jahr 2010 verdeutlicht insbesondere letzteres. Demnach „sollten mit der Patientin und dem Partner folgende Punkte angesprochen werden:

- Wenn eine junge Frau unter 30 Jahren und besonders unter 25 Jahren eine Sterilisation wünscht, sollte eindringlich darauf hingewiesen werden, dass lebensentscheidende Vorgänge wie das Ableben eines Kindes oder eine Scheidung zu erneutem Kinderwunsch führen könnten.
- Wenn eine kinderlose Frau eine Sterilisation wünscht, sollte auf Meinungsänderungen in der Lebensführung, die späteren Kinderwunsch [sic!] beinhalten könnten, hingewiesen werden.
- Wenn eine Frau eine Sterilisation deshalb wünscht, weil ihre Ehe oder Partnerschaft unglücklich ist und sie weitere Nachkommen vermeiden will, so sollte auf die

Möglichkeit zukünftiger Partnerschaften mit erneutem Kinderwunsch hingewiesen werden. [...]

- Die Möglichkeit eines Rückgängigmachens der Sterilisation (Refertilisierung) sollte nicht diskutiert werden. Prinzipiell sollte darauf hingewiesen werden, dass es sich um einen permanenten Eingriff handelt“ (DGGG 2010, 12 f.).

Daran schließt außerdem die als Merksatz hervorgehobene Aussage an, dass 3-14 % der Frauen eine Eileitersterilisation bereuen, wovon sich 1-2 % sich tatsächlich refertilisieren lassen (vgl. ebd., 13). Hierbei erscheint es als bemerkenswert, dass Refertilisierungsmaßnahmen überhaupt stattfinden, obwohl Gynäkolog:innen demgemäß quasi dazu angehalten wurden etwaige Informationen „nicht preiszugeben“. Weitergehend machen auch Amari et al. (2013, 227) darauf aufmerksam, dass eine Tubensterilisation „[i]dealerweise [...] nicht in zeitlichem Zusammenhang mit einer Schwangerschaft, einem Abort oder einer Geburt durchgeführt werden“ sollte. Entgegen der Annahme der DGGG, dass Frauen mit Sterilisationswunsch grundsätzlich in einer heterosexuellen sowie monogamen Partnerschaft leben und dieser Wunsch mit dem Partner besprochen werden sollte, bezeichnet pro familia (2013, 5) „[e]ine Sterilisation [...] zuerst und zuletzt [als] eine Entscheidung für die eigene Person – auch in einer Partnerschaft“.

Weiter verweist pro familia (entgegen einer Aufzählung etwaiger Ausschlusseventualitäten) in ihrer Informationsbroschüre zu Sterilisationen darauf „vor der Entscheidung zu berücksichtigen, dass die Lebenssituation sich verändern kann, auch wenn jetzt nichts darauf hindeutet“ (ebd., 4) und empfiehlt zu reflektieren, ob „die Sterilisation dann immer noch die richtige Wahl“ (ebd., 4) sei. Anschließend verweisen sie darauf, dass 5-10 % der Frauen und Männer ihre Entscheidung (vorrangig aufgrund von neuen Partnerschaften) bereuen. Weitere Faktoren lägen bei Frauen z.B. in partnerschaftlichen Drucksituationen, einem noch sehr jungen Alter oder einer Sterilisation direkt nach einer Geburt (Kaiserschnitt) (vgl. ebd., 4). Dass Männer „später eher unzufrieden“ (ebd., 5) wären, sei auf einen kurzfristigen Entscheidungsmoment sowie keine eigenen Kinder zurückzuführen. Eine Zugangsvoraussetzung, die in nahezu allen Informationsbroschüren oder gynäkologischen Fachbeiträgen formuliert wird, ist die „abgeschlossene Familienplanung“ (Amari et al. 2013, 227; Fillenberg 2017, 154) oder der „erfüllte Kinderwunsch“ (pro familia 2013, 4; Kleinstein 2017, 292; Skala et al. 2021, 534). Genau genommen bedeutet dies, dass der Realisierung einer Tubensterilisation mindestens eine eigene Geburt vorgegangen sein „muss“. Somit werden Personen mit Uterus, die keinen Wunsch haben ein Kind zu gebären, im Kontext dieser Verhütungsmaßnahme selten bis gar nicht berücksichtigt. Dementsprechend leitet die kinderfreie Su-Min Lim (2010, 37) den Weg der

Realisierung ihres Sterilisationswunsches im US-amerikanischen Raum mit den Worten „It’s one thing to say you don’t want kids. Ever. It’s another thing to act on it“ ein.

Als wesentlicher Zusammenhang kann hierfür betrachtet werden, dass die Kontrazeption weitestgehend als Synonym für eine (reproduktive) Familienplanung verwendet wird (vgl. Klemm 2018, 110; Gnoth & Fehr 2021, 1; Tschudin & Leeners 2021, 257). Der Terminus der *Familienplanung* ist dabei aus diversen Perspektiven zu kritisieren. Beispielsweise wird damit häufig ein heteronormatives<sup>26</sup> Narrativ angesprochen, welches „die Reproduktion“ in ein exklusives cisgeschlechtliches sowie heterosexuelles Schema presst und Familien somit auch als genetisches Abstammungskonzept aufrechterhält (vgl. Degele 2005, 19 f.; Hajek 2013, 519 f.; Richarz 2019, 53). Darüber hinaus geht damit eine ebenso repronormative Perspektive einher, welche insbesondere cisgeschlechtliche Frauen mit der naturalisierten Annahme konfrontiert, sich reproduzieren zu können und zu wollen (vgl. Franke 2001, 183) (siehe auch Kapitel 4).

Die Begründungen einer abgelehnten Tubensterilisation durch Gynäkolog:innen haben dabei in erster Linie gemeinsam, dass diese davon ausgehen, dass die Patientinnen ihre Entscheidung im Laufe des Lebens bereuen werden. Ein Umstand, mit dem Frauen im Rahmen der Inanspruchnahme von assistierter Reproduktionstechnologie, nicht ansatzweise konfrontiert werden (vgl. Mertes 2017, 314). Darüber hinaus sind bisher keine wissenschaftlichen Hinweise zu verzeichnen, die auf einen etwaigen Erfahrungsraum von cisgeschlechtlichen Männern mit Sterilisationswunsch haben. Insofern scheinen hinter der Annahme des Bereuens vielmehr paternalistische sowie pronatalistische Wirkmechanismen zu liegen (vgl. Buturovic 2020, 1). Anhand der Fokussierung eines reproduktiven Autonomieverständnisses sowie etwaig damit zusammenhängenden Rechten wird nachfolgend betrachtet, inwiefern das soziale Konstrukt der Reue überhaupt eine gerechtfertigte Ablehnungsgrundlage darstellt. Sollte nicht allen Personen mit Uterus im Rahmen der Volljährigkeit, einer rechtbasierten Verhütungsaufklärung und Freiwilligkeit die Möglichkeit der Inanspruchnahme der Tubensterilisation als irreversible Verhütungsmaßnahme zur Verfügung stehen?

## **2.2 Ein *Recht* auf Sterilisation?**

Die Gründe, warum Personen mit Uterus eine Tubensterilisation ersuchen, sind vielfältig und können kumulative Faktoren umfassen. Doch sollten individuelle Begründungen für diese Entscheidung, die beispielsweise Folge einer Erkrankung sein oder mit einem grundlegenden Desinteresse an Mutter-/Elternschaft einhergehen kann, mit einer

---

<sup>26</sup> Eine dezidierte Ausführung der Begriffe der Hetero- sowie Repronormativität erfolgt unter Kapitel 4.

Karenzzeit, einem Mindestalter oder einer totalen Ablehnung belegt werden? In den 1960er Jahren der USA beantwortete das „American College of Obstetricians and Gynecologists“ diese Frage mit dem Verweis auf die „120er-Regel“ (vgl. Denbow 2015, 144; Lalonde 2018, 281). Nach dieser Regel sollte eine Frau nur dann für eine selbstgewählte Sterilisation in Frage kommen, wenn ihr Alter multipliziert mit der Anzahl ihrer Kinder über 120 lag. Während eine 30-Jährige demnach vier Geburten „vorzuweisen“ hatten, musste diejenige ohne Kinder ihrem 120-jährigen Geburtstag entgegenfiebern.

Diesen und ähnlichen Fragen haben sich 1980 auch der deutsche Strafrechtswissenschaftler Albin Eser sowie der Direktor der Tübinger Universitäts-Frauenklinik Hans A. Hirsch u.a. in ihrem Sammelwerk „Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch – Eine Orientierungshilfe zu medizinischen, psychologischen und rechtlichen Fragen“ gewidmet. Trotz der zurückliegenden Jahrzehnte dieser Auseinandersetzung, kann dieses Werk in Bezug auf die Tubensterilisation auch heute noch als zentrales Werk im deutschsprachigen Raum verzeichnet werden. Gleichzeitig lassen die vorangegangenen konstatierten Empfehlungen für die Beratung der Tubensterilisation des DGGG (2010, 12) (siehe Kapitel 2.1) diese Fragen als anhaltend ungeklärt erscheinen.

Obwohl rechtliche Aspekte auch heute noch vereinzelte Zweifel begründen, stellte der Bundesgerichtshof (BGH) bereits 1981 fest, dass in Deutschland keine Strafvorschrift (mehr) existent ist, welche die selbstgewählte Sterilisation mit Strafe bedroht (vgl. Eser 1980, 57). Eine etwaig empfundene Gesetzeslücke könne dabei gemäß BGH nur durch das Handeln des Gesetzgebers behoben werden. Viele Ärzt:innen haben die Zweckmäßigkeit dieser Intervention jedoch kritisiert und die „[...] immer wieder betont, daß man ein Gesetz auf diesem Gebiet eigentlich nicht brauche [...]“ (Becker 1972, 329). Seither gilt insofern:

„Nach der Rechtsprechung des BGH im Dohrn-Urteil (BGHSt 20, 81: o. I 3c) ist die *freiwillige Sterilisation* [...] *nicht tatbestandsmäßig*, bedarf also auch keiner besonderen Rechtfertigung im Einzelfall. [...] Das hat im wesentlichen folgende Konsequenz:

1. Um straffrei zu bleiben, muß sich der Arzt der rechtswirksamen **Einwilligung** der zu sterilisierenden Person vergewissern sowie den Eingriff unter **Beachtung der ärztlichen Kunstregeln** durchführen. Ebenso wie bei Heileingriffen setzt die Einwilligung die *natürliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit* des Betroffenen sowie eine entsprechende *Aufklärung* voraus, die sich insbesondere auf die Risiken und Folgen (wie insb. der regelmäßigen Unwiderruflichkeit des Eingriffs und seiner möglichen psychischen Auswirkungen) zu erstrecken hat. [...] Ebenso wenig bedarf es einer Zustimmung des Ehepartners (vgl. BGH NJW 1976, 1790/1; aber auch u. C 2).

2. Sind die vorgenannten Voraussetzungen (Einwilligung, Beachtung der ärztlichen Kunstregeln) erfüllt, so bleibt auch das *Assistenzpersonal* straffrei. Gleiches gilt für *sonstige* Tatbeteiligte, wie z.B. den zur Sterilisierung drängenden *Ehemann*, es sei denn, daß sein Bedrängen den Grad einer Nötigung erreicht: In einem solchen Falle könnte es nicht nur an der Freiwilligkeit des Eingriffs fehlen, ein Mangel freilich, der dem Arzt solange

nicht angelastet werden könnte, als er davon nicht weiß; vielmehr könnte dann auch § 240 StGB (Nötigung) verwirklicht sein.

3. Die *sterilisierte* [sic!] Person bleibt als „notwendiger Teilnehmer“ ohnehin in jedem Falle straffrei (vgl. Samson SK Vorbem. 47 ff vor § 26).

4. Fehlt es dagegen an einer wirksamen Einwilligung, so ist die Sterilisation als Körperverletzung nach § 223 StGB strafbar [...]“ (Eser 1980, 57) [Herv. i. O.].

Ein jüngeres Urteil des Oberlandesgericht (OLG) Hamm (AZ: 26 U 112/13) legt 2014 weitergehend dar, dass Ärzt:innen im Falle einer ungewollt eingetretenen Schwangerschaft zivilrechtlich nicht haftbar gemacht werden können, wenn die sterilisierte Person zuvor über „eine verbleibende Versagerquote zutreffend informiert worden ist“ (Hermanns 2022, 288). Entsprechend hätte die Patientin wissen müssen, „dass das Risiko einer Schwangerschaft in dem genannten Promillebereich fortbestehe und sie weitere Verhütungsmaßnahmen ergreifen müsse, wenn sie einen einhundertprozentigen Sicherheitsstandard anstrebe“ (ebd., 288).

Während die straf- sowie zivilrechtliche Zugänglichkeit eine eindeutig Rahmung erfährt, wird die Tubensterilisation nach Paddy McQueen (2020, 243) sowie Piers Benn & Lupton (2005, 1323) im Sinne irreversibler Handlungsalternativen von Ärzt:innen teilweise auch grundlegend in Frage gestellt. Ablehnende Haltungen gehen dann mit der Begründung einher, dass es sich bei der Tubensterilisation als dauerhafte sowie selbstgewählte Verhütungsmaßnahme in der Regel nicht um eine medizinische Notwendigkeit respektive einen Heileingriff handele und dies als ethischer Widerspruch gegenüber der Verpflichtung des hippokratischen Eids, einem Menschen „keinen Schaden zuzufügen“, wahrgenommen wird. Dabei konzentrierte sich das Unbehagen auch auf die Auswirkung des operativen Eingriffs, welcher die Funktion eines *gesunden* Körperteils beschädigt/eingeschränkt und somit eine unnötige/ungerechtfertigte Schädigung nach sich ziehe. Doch hat sich dieser „above all, do no harm“ (ebd., 1323)-Ansatz in der modernen Chirurgie nicht längst gewandelt? Oder wie wird sonst die freiwillige Lebendspende einer Niere im Rahmen der hippokratischen Tradition gerechtfertigt? Kehrt der mögliche Erhalt eines Menschenlebens dieses vermeintliche Dilemma im Gegenzug um? Nicht zuletzt ist es auch die Aufgabe von Mediziner:innen, ihren Patient:innen zuzuhören, deren Ansichten zu respektieren und sicherzustellen, dass die persönlichen Überzeugungen des medizinischen Personals die Behandlung von Patient:innen nicht beeinträchtigen (vgl. ebd., 1323).

Geht es nach einer britischen Fallstudie von Benn & Lupton (2005, 1323) scheinen einige Gynäkolog:innen den Eingriff selbst dann nicht durchführen zu wollen, wenn eine Schwangerschaft oder Geburt für die Frau mit Sterilisationswunsch lebensbedrohlich ist. So begründete eine 26-Jährige ihren Sterilisationswunsch gegenüber ihrem Gynäkologen,

neben einem u.a. nicht vorhandenen Kinderwunsch, vor allem mit der Tatsache eines schweren angeborenen Herzfehlers und dem Misstrauen gegenüber anderen Kontrazeptiva. Hinzu kam der Wunsch den eigenen Lebensstil sowie finanziellen Status nicht gefährden/verändern zu wollen und die Annahme, dass die Welt bereits mit genug Menschen belastet sei. Trotz der Ausführungen teilte ihr Gynäkologe ihr mit, sich mit der Dauerhaftigkeit ihrer Entscheidung unwohl zu fühlen und verwies auf die Möglichkeit der Vasektomie ihres Partners. Entgegen ihrer Erklärung, ihren Partner nicht um eine Vasektomie zu bitten, da sie diesem im Falle ihres vorzeitigen Todes nicht die Möglichkeit nehmen möchte, in einer neuen Partnerschaft ein Kind zu zeugen, sah ihr Gynäkologe sich trotzdem nicht in der Lage in ihrem besten Interesse zu handeln (vgl. ebd., 1323).

Im Fall einer (Tuben-)Sterilisation sowie der Lebendorganspende und diversen anderen freiwilligen Eingriffen, handeln Mediziner:innen im Rahmen eines Arzt- bzw. Behandlungsvertrags gemäß § 611 BGB (Dienstvertrag). Diesem liegt nach wie vor nicht der Heilerfolg, „sondern die Durchführung der ärztlichen Behandlung, die [...] mit der erforderlichen Sorgfalt nach dem aktuellen medizinischen Standard zu erbringen“ (Hermanns 2022, 2) ist, zugrunde. Ärzt:innen sind insofern grundsätzlich nicht dazu verpflichtet, eine Tubensterilisationen durchzuführen. Der Eingriff mit dem Ziel der Zeugungsunfähigkeit wird erst zu einem Schuldverhältnis, wenn zwischen den beiden Parteien ein entsprechender Vertrag zustande gekommen ist (vgl. Medizinrecht Ratgeber o. J.).

McQueen (2020, 243 f.) kritisiert grundlegend, dass die selbstgewählte Sterilisation überhaupt als Schaden für eine Person verhandelt wird, da ein Verhindern der Fortpflanzung an sich keine Gefahr für die körperliche Gesundheit darstelle, sofern das Verfahren von qualifizierten Ärzt:innen mit sicheren und geeigneten Geräten durchgeführt wird. Selbstverständlich könnten allgegenwärtige Operationsrisiken, wie innere Blutungen oder die Verletzung anderer Organe, auch bei diesem minimalinvasivem Eingriff nicht ausgeschlossen werden (vgl. ebd., 239). Jedoch entscheiden sich Personen mit Sterilisationswunsch im Rahmen einer informierten Entscheidung gemäß Patientenrechtegesetz (PatRG)<sup>27</sup>, diese Risiken einzugehen bzw. abzuwägen. Wie in dem vorangegangenen Fallbeispiel geschildert, wird dabei häufig außer Acht gelassen, dass eine ungewollte

---

<sup>27</sup> Das Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten steht für die Stärkung der Mündigkeit von Patient:innen in der Gesundheitsversorgung. Gemäß § 630c Abs. 1 ist die Durchführung einer Behandlung als gemeinsamer Entscheidungsprozess (Shared Decision-Making [SDM]) zu verstehen (vgl. Rummer & Scheibler 2016). Das Ziel dieses wechselseitigen Austauschs bzgl. notwendiger Informationen ist eine „informierte Entscheidung“. „Im Rahmen dieses Entscheidungsprozesses informiert also nicht allein der Behandelnde über medizinische Sachverhalte, sondern gleichermaßen der Betroffene über seine Lebenswirklichkeit und Präferenzen“ (Rummer & Scheibler 2016).

Schwangerschaft ebenso physische, psychische sowie sozioökonomische Schäden/Folgen verursachen kann.

Die Argumentation bzgl. der Schädigung eines *gesunden* Körperteils erscheint weitergehend als widersprüchlich, wird hinzugezogen, dass die durch Gynäkolog:innen verschriebenen östrogenhaltigen Verhütungsmittel zum Beispiel die Nebenwirkung eines 6-8-fach erhöhten Thromboserisiko mit sich bringen (vgl. Fillenberg 2017, 152). Hinzu kommt, dass eine entsprechende Verschreibung bei jungen Heranwachsenden ohne Einverständniserklärung von Erziehungsberechtigten erfolgen kann. Hierfür müssen Ärzt:innen *nur* „individuell die Reife und das Verantwortungsbewusstsein des Mädchens einschätzen und dokumentieren“ (ebd., 152). Fragwürdig inwiefern dabei die für die Verordnung bedeutende „Familienanamnese im Hinblick auf das Thromboserisiko oder Krebserkrankungen“ (Böttcher & Hosa 2022, 32) stattfindet. Letztlich soll an dieser Stelle keineswegs eine Gegenüberstellung zwei gänzlich unterschiedlicher Kontrazeptionsmethoden stattfinden. Vielmehr soll das konträre Verhältnis der Bewertung von möglichen, „schädigenden“ Handlungen von/durch Ärzt:innen bzgl. Kontrazeptiva verdeutlicht werden.

Während es Gynäkolog:innen als scheinbar unproblematisch erachten, 14-16-Jährigen ein Medikament mit Nebenwirkungen wie Thrombose oder Depressionen zu verordnen, wird die Tubensterilisation ab Vollendung des 18. Lebensjahres anhaltend kritisch beäugt. Doch welches Alter erscheint abseits der Volljährigkeit gemäß § 2 BGB dann als „mündig“ genug, um diese Entscheidung zu treffen? 1980 konstatierte Eser (1980, 63), „daß nicht wenige Menschen des Schutzes vor sich selbst bedürfen und diese Aufgabe der Staat jedenfalls dort übernehmen kann, ja sogar muß, wo alters- und reifebedingte Unvernunft den Einzelnen zu irreparablen, sein ganzes Menschsein berührenden Fehlentscheidungen hinzureißen droht“. Im Rahmen dieser sowie weitergehender paternalistischer Annahmen begrüßte Eser (1980, 64 ff.) die „Sterilisationsregelung des Alternativ-Entwurfs“ eines privaten Arbeitskreises deutscher und schweizerischer Strafrechtsprofessoren. Dieser sollte Sterilisationswilligen erst ab der Vollendung des 25. Lebensjahres eine „geistig und seelisch hinreichend[e]“ (ebd., 64) Reife für das Erfassen der Tragweite einer Unfruchtbarmachung zuweisen.

In einem daran angelehnten Regierungsentwurf von 1972 wurde weitergehend ausgeführt, dass die Sterilisation bei einer Person unter 25 Jahren auch straffrei bleiben würde, wenn diese von einem Arzt vorgenommen wird, die Person eingewilligt hat und dem Eingriff eine Beratung bei einer behördlich anerkannten Beratungsstelle vorangeht (vgl. ebd., 65). Zudem müsse einer der vier folgenden Indikationsgründe vorliegen:

„a) Als (unbestrittener) Fall der **medizinischen** Indikation die Abwendung einer Gefahr für das Leben oder den Gesundheitszustand der Frau.

b) Als eine Art **sozialer** Indikation den Umstand, daß die betroffene Frau bereits mindestens 4 Kinder geboren hat. Dies wird damit begründet, daß eine solche Frau regelmäßig bereits über jene Reife und Erfahrung verfüge, wie sie das Gesetz sonst erst beim Alter von 25 Jahren annimmt [...].

c) Die **eugenische** Indikation wird insoweit anerkannt, als Grund für die Annahme besteht, daß unter der Nachkommenschaft des Betroffenen infolge einer Erbanlage eine nicht behebbare schwere Schädigung des Gesundheitszustandes auftreten würde und der Betroffene mindestens 18 Jahre alt ist. [...]

d) Durch Zulassung der **vikariierenden** Sterilisation soll dem Mann ermöglicht werden, das bei ihm meist geringere Komplikationsrisiko einer Sterilisation an Stelle seiner Frau zu übernehmen“ (ebd., 65 f.) [Herv. i. O.].

Wie die Verbindung zu behördlich anerkannten Beratungsstellen bereits vermuten lässt, sollte der Sterilisationsentwurf mit Altersbeschränkung im Zuge der Reformierung des Schwangerschaftsabbruchs (§ 219a StGB) Anfang der 70er Jahre verhandelt werden (vgl. ebd., 67). Nach Eser (1980, 67) wurde eine derartige Regulierung der Sterilisation aus zeitlichen Gründen nicht verhandelt und ist trotz vieler Bedenken gegenüber eines „Selbstbestimmungsrecht[s] der Frau über den eigenen Körper“ (Hanack 1965, 228) und „eine[r] „Warum-denn-nicht“-Tendenz der Bevölkerung gegenüber Sterilisationen“ (ebd., 229) bis heute nicht erfolgt.

Ein weiteres Argument, welches Abseits des Alters oder je nach Argumentationsstruktur auch in Kombination mit einem „jungen Alter“ anzutreffen ist, bildet die Emotion der Reue als tiefes Bedauern eine falsche Entscheidung getroffen zu haben (vgl. Lalonde 2018, 281). Nach Dianne Lalonde (2018, 281 ff.) stellt „the possibility of future regret“ ein in der Literatur zur Sterilisation von Frauen gut untersuchtes Phänomen dar. Auch in der deutschsprachigen Literatur kann dieser Ansatz beispielsweise bereits in Arbeiten von Susanne Davies-Osterkamp et al. (1983, 313) „[z]ur Psychodynamik des Refertilisierungswunsches bei sterilisierten Frauen“ vernommen werden. Peter Petersen (1983, 253) deutete in seiner Arbeit an, „dass die Motivationen für solche Forschungen [...] häufig alles andere als rein wissenschaftlich“ sind. Dahingehend kritisierte Petersen weiter, dass sämtliche retrospektiven sowie prospektiven Studien nach ihren zugrundeliegenden Motivationen zu untersuchen seien, „[j]edoch hat fast kein Forscher diesen »subjektiven Faktor« ausdrücklich beschrieben, obwohl seine subjektive Motivation sicherlich entscheidend ist für seine Methodik, seine Forschungstechnik und auch für sein Konzept“ (ebd., 254). Insbesondere psychologische Studien zur Zufriedenheit der Sterilisation berücksichtigten demnach kaum positiv besetzte Aspekte (vgl. ebd., 254). Etwaige Arbeiten führten noch in den 2000er Jahren zu der folgenden Annahme:



„Zur psychischen Verarbeitung der Tubenligatur bedarf es eines normalen Trauerprozesses, in dem die Frau den Verlust der Fruchtbarkeit zu bewältigen hat. Die meisten Frauen entwickeln in diesem Zusammenhang im ersten Jahr nach dem Eingriff teilweise heftige Symptome und Phantasien um Kinderwunsch und Schwangerschaft, die als normal anzusehen und von den oft jahrelangen, eher flacheren Reaktionen psychisch gestörter Frauen abzugrenzen sind“ (Meyer 2000, 116).

Diese Ausführung zeigt exemplarisch, dass die Tubensterilisation grundlegend mit negativen psychosozialen Folgen in Verbindung der sterilisierten Person gesetzt wurde, wobei diese im Rahmen des Verständnisses einer „*psychosomatischen Sterilisation des Paares*“ (Petersen 1983, 255) [Herv. i. O.] auch auf verpartnerte Personen übertragen wurde. Im Gegensatz dazu wurde der Kinderwunsch von Frauen mit psychischen Erkrankungen als Abnormalität markiert (siehe auch Kapitel 3.1). „[D]ie Hypothese, daß jüngere Frauen die Sterilisation schlechter verarbeiten als ältere Frauen“ (Davies-Osterkamp et al. 1983, 314), konnte jedoch nicht bestätigt werden. Auch konnte „[d]as Kriterium »Kinderwunsch« verbunden mit der Bitte um operative Refertilisierung“ (ebd., 314) als sicheres Indiz für ein Bereuen der Sterilisation (ausgenommen medizinische/psychiatrische Indikationsstellungen) nicht bestätigt werde.

Abseits der von Petersen (1983, 253) bereits konstatierten „[f]ehlenden Vergleichbarkeit von Forschungsergebnissen“ erachtet Lalonde (2018, 281) es als grundlegend fragwürdig, die reproduktive Freiheit anhand des weder zufriedenstellend definierten, noch zu vermessenden Begriffs der Reue zu verweigern. Nach Heidi Mertes (2017, 315) würden Frauen im Kontext der assistierten Reproduktion schließlich auch nicht damit konfrontiert, dass die Entscheidung für ein Kind nicht in ihrem besten Interesse sei<sup>28</sup>. Ohne Beachtung bleibt dabei, dass ein Leben mit Kind(ern) ebenso lebensverändernde Konsequenzen nach sich zieht, die sich als vielfältige Belastung herausstellen können (vgl. Lalonde 2018, 282). Insoweit hat auch die Studie „*regretting motherhood*“ der israelischen Soziologin Orna Donath (2016) eindrücklich aufgezeigt, dass Mutterschaft und Reue keinen Widerspruch darstellen (hierzu siehe Kapitel 4.2). Weiter gefasst lässt sich fundamental hinterfragen, ob es überhaupt Entscheidungen gibt, die ein Menschen trotz reiflicher Überlegung und umfassender Aufklärung zu keinem Zeitpunkt bereuen könnte. Die selbstgewählte Tubensterilisation von Personen mit Uterus scheint im gynäkologischen Kontext vielmehr an der Grenze einer normativen Ethik zu kratzen.

Während die rechtliche Rahmung für den Zugang zur (Tuben-)Sterilisation also seit Jahrzehnten unverändert/-berührt ist, scheinen Gynäkolog:innen außerhalb Deutschlands die

---

<sup>28</sup> Dabei ist auf eine heteronormative Sichtweise hinzuweisen, die Menschen aufgrund von queerfeindlichen, rassistischen oder ableistischen Diskriminierungsfaktoren oftmals nicht teilen (siehe Kapitel 3.1 und 4) (vgl. Teschlade et al. 2020, 13; Dethloff 2018, 229 ff.).

Durchführung dieser kontrazeptiven Maßnahme aufgrund von pronatalistischen sowie paternalistischen Bewertungen zu missbilligen. Weigern sich jedoch viele Gynäkolog:innen, eine selbstgewählte Tubensterilisation durchzuführen, kann es (wie bei der Versorgung von Schwangerschaftsabbrüchen) zu einer prekären medizinischen Versorgung dieser spezifischen Verhütungsmaßnahme kommen (vgl. Lembke 2017, 151). Ländliche Regionen mit weniger Auswahl an gynäkologischen Praxen/Kliniken erscheinen dabei als besonders gefährdet. Doch wie kann die reproduktive Gesundheit von Personen mit Uterus, deren persönliche Lebensplanung keinen eigenen Reproduktionswunsch (mehr) umfasst, dahingehend sichergestellt werden?

Reproduktive Rechte fungieren als Absicherung einer reproduktiven Autonomie, welcher die Selbstbestimmung eines Individuums über die eigene Fortpflanzung inhärent ist (vgl. Wapler 2018, 185). Obwohl es laut dem Deutschen Juristinnenbund (djb 2017, 1) an einer Konzeptionierung dieser Begrifflichkeiten und der dahinterstehenden Bedeutung mangelt, konstatierte das Bundesministerium für Justiz (BMJ 2022) am 09.03.2022 in Bezug auf die Abschaffung des § 219a StGB (Werbung für den Abbruch der Schwangerschaft) eine Beeinträchtigung des „Recht[s] auf sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung der Frau“ (BMJ 2022). Jedoch verwundert der Verweis auf eine etwaige Rechtsgrundlage, da „die Bedeutung reproduktiver Rechte für den einzelnen Menschen und seine Lebensgestaltung“ (Wapler 2018, 190) in Deutschland bisher keine explizite rechtliche Verankerung findet. Das angeführte Zitat des BMJ steht exemplarisch ebenso für eine häufig fehlende Differenzierung zwischen sexueller sowie reproduktiver Selbstbestimmung und Rechte (vgl. ebd., 189/191). Dadurch manifestiert sich häufig eine repronormative Sichtweise, in der „sexuelles Handeln ohne Reproduktion und Reproduktion ohne sexuelles Handeln“ (ebd., 191) nicht wahrgenommen wird.

Nach aktueller Rechtslage ergibt sich die reproduktive Autonomie aus der Summe der allgemeinen Handlungsfreiheit gemäß Art. 2 Abs. 1 GG und dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht gemäß Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG. Hinzu kommt eine verstärkende Wirkung durch den besonderen Schutz der Ehe und Familie gemäß Art. 6 Abs. 1 GG, wobei dieser primär die eheliche und heteronormative Reproduktion unterstreicht. Dabei lässt insbesondere die Nähe zum Familiengrundrecht vermuten, dass „reproduktive Freiheit“ nur innerhalb einer dyadischen Beziehung bzw. Ehe greifbar wird (vgl. ebd., 189 f.). Im Kontext der Fortpflanzung entstehen durch diese Verbindung vielfältige Ungleichbehandlungen, die insbesondere nichtheterosexuelle Elternschaft oder polyamouröse Sorgeverhältnisse betreffen (vgl. Teschlade et al. 2020, 13 ff.).

Die Verknüpfung verdeutlicht ebenso ein kollektives Rechtsverständnis von Fortpflanzung, welcher „die Absicherung einer gemeinsamen Entscheidung eines Paares, Eltern zu werden oder nicht“ (Wapler 2018, 190) vorangeht. „Die Entscheidung, ob, wann und unter welchen Umständen ein Mensch Kinder bekommt, wird dadurch in der Tendenz weniger als Frage persönlicher Lebensgestaltung denn als gesamtfamiliäre Entscheidung betrachtet“ (djb 2017, 2). Während das Verfassungsrecht weitergehend die (heterosexuelle) „eheliche Kleinfamilie als eine überlegene Form“ (ebd., 2) und Ausdruck des Selbstbestimmungsrechts zwecks Entfaltung der Persönlichkeit bemisst, bilden reproduktive Rechte für ein kinderfreies Leben keine schützenswerte Grundlage.

Neben der bereits in Kapitel 2.1 konstatierten Problematik bzgl. Informationszugang und Finanzierung der selbstgewählten Tubensterilisation, liegen in Deutschland (abseits der Volljährigkeit und Freiwilligkeit) zumindest theoretisch keine rechtlichen Reglementierungen vor. Die angeführten Beispiele aus dem US-amerikanischen, britischen sowie belgischen Raum lassen jedoch auch für den deutschen Raum die Vermutung anstellen, dass der Zugang entgegen einer informierten Entscheidungsfindung vielmehr von einem subjektiven Selbstbestimmungsverständnis von Gynäkolog:innen abhängig ist. Indem die aktuelle Rechtsprechung „reproduktive Freiheiten“ *nur* mit sexuellem Handeln, mit Reproduktion sowie Ehe/Familie verknüpft, wird eine dahingehende Entscheidung rechtlich durchaus beeinflusst. Würde die reproduktive Autonomie als zentrales Selbstbestimmungsrecht verhandelt und an der Lebensgestaltung eines Individuums ausgerichtet werden, würde

„nicht der Schutz einer avisierten sozialen Gemeinschaft und ihrer kollektiven reproduktiven Entfaltung, sondern die Freiheit des Individuums, den Umgang mit seiner Fruchtbarkeit nicht nur in ihren sozialen, sondern gerade auch in ihren individuellen körperlichen, geistigen und seelischen Dimensionen selbst zu gestalten“ (Wapler 2018, 190).

einen zentralen Aspekt bilden. Dieser Konzeption könnte entsprechend ein „Recht auf eine (Tuben-)Sterilisation“ als dauerhafte Kontrazeption und eine Form der selbstbestimmten (kinderfreien) Lebensgestaltung entnommen werden. Wie die Betrachtung etwaiger rechtlicher sowie medizinischer Faktoren bereits anklingen lässt, bildet die (Tuben-)Sterilisation auch ein historisches sowie gegenwärtiges Instrument bevölkerungspolitischer Ordnungen. Nachfolgend wird insofern das Interesse an dieser Instrumentalisierung fokussiert.

### **3 Bevölkerungspolitische Verortung der Tubensterilisation**

Im Gegensatz zur Pille, welche bis zum 20. Lebensjahr von Krankenkassen (teil)finanziert wird, ist die selbstgewählte Tubensterilisation (ohne medizinische Indikation) mit der Gesundheitsreform 2004 zur persönlich zu finanzierenden Lebensplanung respektive

„Privatsache“ geworden (vgl. pro familia 2013, 6; Bury 2015, 4). Neben der Finanzierung zeigen die in Kapitel 2.2 angeführten Beispiele auf, dass die Realisierung einer reproduktiven Selbstbestimmung durch den Zugang zu Informationen sowie insbesondere durch Gynäkolog:innen behindert werden (können). Entgegen den individuellen Bedingungen, welche das gynäkologische Fachpersonal an den Eingriff knüpft, stellt die aktuelle Rechtsprechung für volljährige sowie einwilligungsfähige Personen kein reales Hindernis dar. Im Rahmen einer bevölkerungspolitischen Kontextualisierung wird nachfolgend fokussiert, mit welchen „Vorbehalten“ die (Tuben-)Sterilisation etabliert wurde bzw. für wen diese „vorbestimmt“ war. Die folgende Auseinandersetzung mit (inter)nationalen Beispielen soll sowohl das Konstrukt historisch gewachsener, als auch gegenwärtiger Machtverhältnisse darlegen. Die These, dass anti- sowie pronatalistische Bevölkerungspolitiken einen anhaltenden Einfluss darauf nehmen, wessen Sterilisationswunsch als legitim bzw. widerstrebend verortet wird, bildet dabei den Ausgangspunkt dieses Kapitels.

In Deutschland taucht der Begriff der Bevölkerungspolitik häufig im Kontext einer „als zu niedrig befundene[n] Geburtenrate“ (Sacksofsky 2017, 97) mit krisenhaften Prognosen für das soziale und wirtschaftliche „Wohlergehen“ der Bevölkerung auf. Daran anschließend erfolgt in der Regel ein pronatalistischer Diskurs um eine aktive staatliche Geburtenförderung, dessen Untermauerung vorwiegend über den Entwurf demografischer Horrorszenarien (wie dem Wegbrechen der Rentenversorgung) erfolgt (vgl. ebd., 97). Ähnliche Bewertungen erfährt ein unkontrolliertes Bevölkerungswachstum. Hierbei wird die Gefahr jedoch weniger in der unzureichenden ökonomischen Versorgung der älteren Generation gesehen, als vielmehr in einer Knappheit der zu Verfügung stehenden Ressourcen. Als bekanntestes Beispiel wird dahingehend häufig die bis 2015 wirksame Ein-Kind-Politik Chinas angeführt (vgl. ebd., 98). Die daraus resultierenden antinatalistischen Diskurse verfolgen demnach die Absicht einer Verringerung der Geburtenrate. Gesellschaftliche, wie auch fachliche Auseinandersetzungen um die Thematik der (Tuben-)Sterilisation müssen demnach immer auch als Teil eines pro- bzw. antinatalistischen bevölkerungspolitischen Diskurses betrachtet werden, welcher „erwünschte“ oder „unerwünschte“ Handlungsmöglichkeit steuert.

Obwohl in der demografischen Forschung seit Jahrzehnten bekannt ist, dass das Gebären von Kindern – entsprechend auch ein Geburtenrückgang – mit kumulativen Faktoren einhergeht und immer auch „ein Ausdruck von Interessen und Bedürfnissen derjenigen Menschen ist, die diese Entscheidung selbst hervorbringen“ (Bergmann 1983, 82), scheinen vulgarisierte Erklärungen eine größere Resonanz zu erfahren. Nach Jürgens (1980, 14) wird insbesondere nicht die Möglichkeit in Erwägung gezogen,

„daß, parallel zu einem Ansteigen von Sterilisationen und Schwangerschaftsabbrüchen auch die Geburtenrate steigt – hier käme niemand auf den Gedanken, einen Zusammenhang zu suchen; genauso kann es auch möglich sein, daß bei der gleichen zahlenmäßigen Zunahme von Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch die Geburtenrate sinkt“ (ebd., 14).

Aufgrund der Annahme, dass die Sterilisation über ein geburtssenkendes Potential verfügt, verwundert es nicht, dass dieser im Rahmen der Geburtenkontrolle eine demografische und damit bevölkerungspolitische Relevanz zugeschrieben wurde/wird (vgl. ebd., 13). Inwiefern die hier fokussierten Sterilisationen eine reale demografische Auswirkung haben, dürfte (anhaltend) nur schwer nachweisbar sein, da diese mit einer Vielzahl hypothetischer Annahmen und einem ohnehin fehlenden Erfassungsregister zu verhandeln wären (vgl. ebd., 13; DGGG 2010, 1). Ein Geburtenrückgang wird jedoch, insbesondere mit Blick auf die „Gesundheit der Bevölkerung sowie einer Minimierung drohender Kosten für Staat und Gesellschaft“ (Mientus 2019, 23) und spezifischen Aspekten befürwortet. Die Normierung der „reproduktiven Freiheitsrechte“ des Einen können dann allerdings auch zu der Rechtfertigung von Zwangshandlungen und Manipulationen werden, „um die ‚richtige‘ reproduktive Entscheidung zu verwirklichen“ (Ranisch 2021, 142).

Obwohl die Entscheidung über die eigene Reproduktion in einem freiheitlichen Staat keine Staatsaufgabe ist/sein sollte, zeigen sich insbesondere neoliberale Regierungsabsichten an *öffentlichen* sowie *privaten* Grenzverschiebungen interessiert (vgl. Sacksofsky 2017, 97; Hajek 2019, 184 f.). Diese Interessen gehen dabei häufig Hand in Hand mit ideologisch aufgeladenen Narrativen, welche dafür Sorge tragen, dass es zu einer Bevorzugung/Abwertung bzw. Normalitätsvorstellung der Reproduktion bestimmter Lebenswelten kommt. Mit Rückblick auf die kolonialen Gewaltpraktiken sowie die „eliminatorische Bevölkerungspolitik der Nationalsozialisten“ (Hajek 2019, 185) dürfte in Deutschland allgegenwärtig sein, dass bevölkerungspolitische Diskurse häufig mit sexistischen, rassistischen, ableistischen, klassistischen sowie queerfeindlichen Diskriminierungen einhergehen (vgl. Sacksofsky 2017, 97; Ross 2021, 23). Trotz dieses Erbes legt Katharina Hajek (2019, 183 ff.) mit einer biopolitischen Analyse der in den 2000er Jahren eingeführten s.g. *nachhaltigen und bevölkerungsorientierten* Familienpolitik beispielhaft dar, wie in Deutschland „seit Langem wieder explizit bevölkerungspolitische Ziele artikuliert“ (ebd., 185) wurden.

Der Begriff der Biopolitik geht auf den französischen Philosophen und Poststrukturalisten Michel Foucault (1999, 286) zurück. Während die dahinterliegende Konzeption des Begriffs in den Anfängen von nur wenigen Fachleuten rezipiert wurde, zählt dieser u.a. in den *Gender* sowie *Queer Studies* heute zu den bedeutendsten als auch ambivalent und kontrovers diskutiertesten (vgl. Folkers 2015; Lemke 2007, 9). Nach Thomas Lemke

(2007, 9) kann dies darauf zurückgeführt werden, dass der Begriff mit differenzierten Auffassungen einhergeht.

„Dem Wortsinn nach meint Biopolitik die Politik, die sich mit dem Leben (griech.: *bíos*) befasst. Aber hier fangen die Probleme schon an. Denn was für die einen wie eine Banalität klingt (»Befasst sich Politik nicht immer mit dem Leben?«), ist für andere ein Ausschlusskriterium: Politik beginne erst dort, wo das biologische Leben ende“ (ebd., 9 f.).

Andererseits verweist Lemke (2013, 156) auch „auf Lücken und Defizite in Foucaults Fassung von Biopolitik hin“, welche ein Weiterdenken bzw. -entwickeln bedürfen. Mit Foucaults (1999, 286) Worten ist die Biopolitik als eine „Technologie der Macht“ zu begreifen, welche „eine Gesamtheit von Prozessen wie das Verhältnis von Geburt- und Sterberaten, Geburtenzuwachs, die Fruchtbarkeit einer Bevölkerung usw.“ umfasst.

Nach Foucaults Betrachtung bildet die über Jahrhunderte gesteigerte Konstitution *moderner*<sup>29</sup> Nationalstaaten sowie die Durchsetzung von Kapitalismus ein grundlegendes und untrennbares Element für die Etablierung staatlicher Disziplinierungen sowie bevölkerungspolitischer Regulierungen (vgl. Lemke 2013, 156). Mit einem gesteigerten Interesse an der *Macht zum Leben* entwickelten sich laut Foucault (1991, 166) ab dem 18. Jahrhundert zwei Pole der politischen Technologie des Lebens. Den ersten Pol bildet die Biomacht, wobei komplexe Abhängigkeitsverhältnisse und Foucaults nicht immer eindeutige Nutzung dieses Begriffs eine strikte Trennung erschweren (vgl. Lemke 2013, 156). Häufig wird diesem jedoch ein näherer Fokus bzgl. disziplinierender sowie regulierender Absichten auf den individuellen Körper zugeteilt (vgl. Möller 2008, 2773). Den zweiten Pol bildet die bereits benannte Biopolitik, wobei das Regulierungsverfahren mit dem Fokus auf den Gattungskörper einer Bevölkerung, deren Generativität, Demografie, Fertilität und Reproduktion einen Interessenschwerpunkt bildet (vgl. Foucault 1991, 166 f.).

Die erste demografische Erhebung fungierte Mitte des 18. Jahrhunderts somit als Beobachtung der Natalität der Bevölkerung (vgl. Foucault 1999, 287). Die Erfassung geringer (Lebend-)Geburten sowie durch Endemien kaum auszurottende Krankheiten führten Ende des 18. Jahrhunderts „zur Einrichtung einer Medizin, deren Hauptaufgabe [...] in der öffentlichen Hygiene liegt, mitsamt den Organismen zur Koordination der medizinischen Versorgung, der Zentralisierung der Information, der Normalisierung des Wissens und die das Aussehen einer Aufklärungskampagne in Sachen Hygiene und medizinischer Versorgung der Bevölkerung annimmt“ (ebd., 287 f.). Eine ebenso wesentliche

---

<sup>29</sup> Die Verwendung des Begriffs der Moderne stellt in diesem Kontext einen Rückgriff auf Foucaults Wortwahl dar. In Abhängigkeit der Kontextualisierung ist der Gebrauch zu kritisieren, da diese in einem „binäre[n] Denkkonzept, demzufolge westlich als Synonym für modern und entwickelt gilt, während alles andere Rückständigkeit bedeutet“ (Yıldız 2016, 31), als Abwertung fungieren kann.

Verbindung ergab sich mit der gleichzeitigen Entwicklung (bio)medizinischer Wissenspraktiken, die eine naturalisierte sowie hierarchisierte Vergeschlechtlichung von Körpern vornahm (vgl. Sängler & Rödel 2012, 11). Nach Foucault (1991, 98 ff.) bildete dieser Umstand einen Grundpfeiler für die Entwicklung eines Sexualitätsdispositivs<sup>30</sup> als Ordnungs- und Verwaltungskomplex bevölkerungspolitischer Disziplinierungsmaßnahmen. Mit dem Einsetzen der Naturalisierung binärer Geschlechterdifferenzen in Biologie und Medizin erfolgte die Verschaltung der Sexualität als „biologisch gedachte Geschlechtlichkeit („sex“), verstanden als Fortpflanzungsfähigkeit, mit der Erhaltung der Reproduktion der Gattung“ (Sängler & Rödel 2012, 10). Dieser heterosexuellen Matrix kam eine Scharnierfunktion zwischen der Regulierung der Bevölkerung (Biopolitik) und der Disziplinierung der individuellen Subjekte respektive ihrer Körper (Biomacht) zu (vgl. ebd., 10 f.). Der feminisierte Körper mit Uterus wurde dabei zu einem exklusiven Platz des Reproduktionsgeschehens, dessen Reproduktionsfunktion von besonderem Interesse war (vgl. Oudshoorn 2005, 37 ff.). Dabei entwickelte sich die Medizin über Jahrzehnte hinweg zu einem Macht-Wissen-Komplex, welcher disziplinierende sowie regulierende Wirkungen auf den individuellen Körper und die Bevölkerung erlangte (vgl. Foucault 1999, 298). In Wechselwirkung mit rechtlichen Regulierungen entfaltete sich der bevölkerungspolitische Einfluss der Medizin so zu einer weiteren Institutionen der sozialen Kontrolle (vgl. Zola 1972, 487 f.).

Ende des 19. Jahrhundert fokussierte die Eugenik im Rahmen von wissenschaftlichen, medizinischen und technischen Fortschritten die Vorstellung einer „Verbesserung oder gar Perfektionierung des Menschen“ (Ranisch 2021, 36). Dabei wurden bevölkerungspolitische Praktiken zur Verhinderung/Förderung von Fortpflanzungen fokussiert, die Anfang des 20. Jahrhunderts immer deutlicher formulierten, wie „wahre Europäer:innen“ auszusehen haben (vgl. Stoler, 308). Um Abweichungen einer *weißen* Nationalvorstellung, welche auch als „Blutschande“ (Foucault 1991, 177) benannt wurden, zu verhindern, kam es im Zuge der s.g. „Rassenselektion“ zum Verbot von Mischehen und zu Zwangssterilisationen (vgl. Mbembe 2011, 73). Die insbesondere an BIWoC vollzogenen Sterilisationen stellten dabei eine intersektional wirkende Gewaltform aus rassistischen sowie patriarchalen Mächten dar, welche Foucaults Konzept des Sexualitätsdispositivs jedoch nicht einschloss (vgl. Crenshaw 2013, 44; Stoler, 306).

---

<sup>30</sup> Während Foucaults Sexualitätspositiv im Rahmen der neoliberalen Gouvernementalität sowie das Dispositiv *race* als koloniale Machtpolitik kaum bzw. keine Berücksichtigung fand, haben zahlreiche Arbeiten der Gender und Queer Studies eine entsprechende Relevanz sowie Intersektion herausgestellt (vgl. Sängler & Rödel 2012, 11; Dietze 2018, 217).

Diesen eugenischen Überlegungen und Praktiken in Bezug auf die Existenz und Überlegenheit einer „arischen Rasse“ bediente sich der 1933 aufkommende Nationalsozialismus (NS) in Deutschland mit dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ (GzVeN) (vgl. Herrmann & Braun 2010, 339; Mientus 2019, 14). Die nationalsozialistische Ideologie zeichnete sich dabei vor allem durch eine Sozial- und Bevölkerungspolitik aus, welche „den ‚Volkskörper‘ und die ‚Volksgesundheit‘ [...] vor Krankheit und Verfall schützen“ (Ransiek 2019, 102) sollte. Zwecks Erhalts der ideologischen Vorstellung der Reinheit einer vermeintlichen „Menschenrasse“ und gleichzeitigen Verhinderung von negativen Erbguteinflüssen fungierte das Vollziehen von Zwangssterilisationen als weitergehende Maßnahme zur Bevölkerungskontrolle.

Dem eugenischen Selektionsverständnis ging die Vorstellung einer drohenden Degeneration durch „äußere oder innere Gefahren in Bezug auf oder für die Bevölkerung“ (Foucault 1999, 302) voraus. Diese setzte sich dabei aus einer *positiven* Eugenik zwecks Verbesserung/Vermehrung von erblich höher eingestuften Personen und einer *negativen* Eugenik zur Verhinderung der Vermehrung von Personen, die als erblich minderwertig eingestuft wurden, zusammen.

Im Rahmen der *negativen* Eugenik erreichte die (massenhaft durchgeführte) Zwangssterilisation als bevölkerungspolitische Praxis in der NS-Zeit ihren grausamen Höhepunkt (vgl. Mientus 2019, 14 f.). Gemäß § 12 Abs. 1 GzVeN wurden jene Sterilisationen gegen den Willen und unter Zwangsanwendung legalisiert, die mit einer Liste von unheilbar und vererbbar definierten Krankheiten in Verbindung gebracht wurden. Hierzu zählten gemäß § 1 Abs. 1-3 GzVeN insbesondere Menschen mit körperlichen, psychischen sowie kognitiven Behinderungen als auch Personen mit Suchtverhalten nach Alkohol. Die hinzukommende abwertende Produktion *spezifischen Wissens* von Medizin und Psychiatrie über „Krüppel, Irre“ u.a. führte dazu, dass Menschen nicht nur als „erblich belastet“ markiert wurden (vgl. Zola 1972, 499 ff.). Die konstruierten körperlichen oder kognitiven Merkmale wurden ebenso zu rechtlichen Begründungsgrundlagen, wem in Bezug auf die eigene Reproduktion „Selbstbestimmung und Autonomie zu- bzw. abzusprechen“ (Mientus 2019, 12) sei.

Eine weitere Pathologisierung<sup>31</sup> erfolgte im Sinne der negativen Eugenik nach Elke Rajal (2021, 70) auf der Basis des Konstrukts der „Asozialität“, welche als „sozialrassistische Kategorie“ bewusst offen formuliert wurde. Personen galten beispielsweise als „asozial“,

---

<sup>31</sup> Der Begriff der Pathologisierung ist als ein Postulieren von krankhaften Verhaltensweisen bzw. eine Krankmachung von bestimmten Handlungen zu verstehen, der als Teil von Medikalisierung betrachtet werden kann (vgl. Laufenberg 2015, 113/124).



wenn diese aufgrund von Kriminalität, Prostitution, Arbeitslosigkeit oder Homosexualität als „gemeinschaftsunfähig“ oder als Gefährdung für die „Volksgemeinschaft“ betrachtet wurden. Doch auch politisch Andersdenkende, Jüd:innen, Sinti:zze und Rom:nja wurden aufgrund von ethnischen, kulturellen sowie religiösen Zugehörigkeiten zwangssterilisiert<sup>32</sup> (vgl. ebd., 61 ff.; Herrmann & Braun 2010, 340).

Infolge der Bewertung von Frauen sowie Mädchen als Reproduktionskörper, welchen somit eine Verantwortung für die Produktion von Bevölkerungskörpern zugesprochen wurde, waren diese in der Vergangenheit lt. WHO (2014, 3) im überproportional hohem Maße von Zwangssterilisationen, Nötigungen und anderen unfreiwilligen Sterilisationen betroffen. Mit der Zeit spezifizierte sich das Interesse in Bezug auf die Vermeidung der Weitergabe von genetisch unerwünschten Dispositionen als „individuelle Gesundheitsverbesserung und Krankheitsvermeidung“ (Lemke 2007, 128) zum „Management genetischer Risiken“ (ebd., 128). So wurden insbesondere Tubensterilisationen im Zwangskontext zu einem bevölkerungspolitischen Instrument, welches gemäß quantitativer als auch qualitativer Aspekte die Verminderung der Geburtenrate von bestimmten Bevölkerungsgruppen beabsichtigte (vgl. Jürgens 1980, 13).

„Denn Politiken, die darauf abzielen, die ‚Reproduktion‘ bestimmter Bevölkerungsgruppen zu verhindern, legen nicht nur nahe, dass diese Menschen keine Kinder haben sollten. Wenn damit verhindert werden soll, dass sich bestimmte Bevölkerungsgruppen ‚reproduzieren‘ oder ‚fortpflanzen‘ (also eine generationelle Übertragung ihrer sozialen Eigenschaften unterstellt wird), dann hinterfragen Bevölkerungsprogramme auch die Existenzberechtigung dieser Bevölkerungsgruppen selbst“ (Schultz 2021, 98 f.).

Insofern bildet dieser Eingriff eine anatomische sowie biopolitischen Schnittstelle, welche nicht am „reproduktiven Verhalten“, sondern primär direkt am „reproduktiven Körper“ ansetzen und mit intersektionalen Gewalterfahrungen einhergehen (vgl. Crenshaw 2013, 40 f.; Schultz 2021, 107). Loretta J. Ross (2021, 40) verwendet für den Sterilisationsmissbrauch u.a. auch den Begriff „Reprokid“ (Genozid durch spezifische reproduktive Kontrolle).

---

<sup>32</sup> Die Zahl der Menschen, welche allein in der NS-Zeit zwangssterilisiert wurden, wird auf 400.000 Frauen und Männer geschätzt, wovon 5000 Frauen und 500 Männer an den Folgen verstarben (vgl. Mientus 2019, 14). Aufgrund fehlender Dokumentationen wird gegenwärtig von einer weitaus höheren Anzahl ausgegangen (vgl. Herrmann & Braun 2010, 340; Fuchs 2022, 41). Da der Bund der „Euthanasie“-Geschädigten und Zwangssterilisierten (BEZ) „zahlreiche NS-Opfer, einschließlich der Zwangssterilisierten, explizit aus der Kategorie der ‚Verfolgten des NS-Regimes‘ und damit von Entschädigungsansprüchen aus[schloss]“ (Herrmann & Braun 2010, 339) werden diese auch als „vergessene Opfer“ oder „Entschädigte zweiter Klasse“ bezeichnet (vgl. Mientus 2019, 8). Neben der fehlenden Berücksichtigungen jener Opfer von der westdeutschen Wiedergutmachung ist auf die Beständigkeit der dahinterstehenden biologisch, essentialisierenden Bewertungsmaßstäbe in Medizin, Recht, (Sozial-)Pädagogik u.a. zu verweisen (vgl. Mientus 2019, 14; Kaiser & Pfahl 2020, 98). Aufgrund der kaum stattgefundenen Aufarbeitung/Entschädigung verwundert es insofern nicht, dass es auch nach der NS-Zeit bis weit in die neunziger Jahre zu Zwangssterilisationen als permanente Unfruchtbarmachung/Verhütungsmethode an Frauen und Mädchen mit Lernschwierigkeiten kam (vgl. Sacksofsky 2017, 99).

### 3.1 Tubensterilisation als antinatalistisches Instrument von Bevölkerungspolitik

Warum das Lenken der Reproduktion von „den richtigen“ Körpern insbesondere in neoliberalen Staaten von Bedeutung ist, liefert der Blick auf die zahlreichen Bestimmungen rundum reproduktive Handlungen als Sicherung von Lebens- bzw. Arbeitskraft. Dahingehend stellen Silke Chorus (2013, 30 f.) sowie Stephanie Rose (2018, 50) in ihren Werken zu Reproduktionsarbeit und Reproduktionsregimen<sup>33</sup> eindrücklich heraus, dass diese in einer kapitalistischen Gesellschaft niemals in einzelne Kausalbeziehungen eingebettet sind, sondern vielmehr ein wechselseitiges Aufeinandereinfließen eines Mehrebenensystems bilden. Die Aufrechterhaltung der von Wirtschaftlichkeit und somit Ungleichheit durchzogenen familien-, sozial- und arbeitsmarktpolitischen Regulierungen auf der Makro- und Mesoebene spielen dabei eine wichtige Rolle. Die Schaffung von Anreizen damit sich bestimmte Menschen (nicht) reproduzieren, wird als „direkte Regulierung im Sinne politisch-intentionaler Steuerung“ (ebd., 43) verstanden. Als indirekte Regulierung ist dabei die Struktur der gesamtgesellschaftlichen Reproduktion zu verstehen, welche mit dem Einfluss auf sozial konstruierte Identitäten (Mikroebene) eine ebenso bedeutende Rolle einnimmt (hierzu Kapitel 4) (vgl. ebd., 43; Winker & Degele 2020, 194 ff.).

Unter dem Deckmantel gesundheitlicher Steuerungsaspekte werden auch heute noch antinatalistische Ziele verfolgt, wodurch Tubensterilisationen in Zwangskontexten oder in fragwürdigen Selbstbestimmungskontexten vorzufinden sind (vgl. Sacksofsky 2017, 98 f.; Mohanty et al. 2020, 1 ff.; Schutzbach 2020, 21; Schultz 2021, 107). Wie bereits mit der Auseinandersetzung der in Deutschland vorherrschenden rechtlichen Rahmung der (Tuben-)Sterilisation herausgestellt wurde, liegt für diesen Eingriff keine Rechtsbestimmung vor (siehe Kapitel 2.2). Diese Aussage ist jedoch nur teilweise korrekt, da sie sich auf volljährige sowie einwilligungsfähige Personen bezieht. Menschen, die aufgrund von anhaltenden psychischen oder kognitiven Erkrankungen/Behinderungen auf Dauer nicht einwilligungsfähig sind und unter gesetzlicher Betreuung stehen, sind hiervon ausgenommen. In diesem Fall regelt der § 1905 BGB, dass ein:e gesetzliche:r Betreuer:in diesem Eingriff veranlassen darf, wenn

„die Sterilisation dem Willen des Betreuten nicht widerspricht, der Betreute auf Dauer einwilligungsunfähig bleiben wird, anzunehmen ist, dass es ohne die Sterilisation zu einer Schwangerschaft kommen würde und die Schwangerschaft nicht durch andere zumutbare Mittel verhindert werden kann“ (§ 1905 Abs.1, Nr.1-5 BGB).

---

<sup>33</sup> Rose (2018, 41 f.) bezieht den Regimebegriff auf „Regelungs- und Ordnungsszenarios bzw. Politik und Institutionenarrangements“. In Anlehnung an die intersektionale Mehrebenenanalyse von Winker & Degele mit der theoretischen Fundierung des Reproduktionsregimes eine Analyse von Ressourcen, Transformationen sowie Ungleichheitsverhältnissen, die im Zusammenhang mit der (Re-)Produktion sowie Sicherung von Arbeits- und Lebenskraft stehen (vgl. Rose 2018, 41 ff.).

Während diese Vorschrift unter Betroffenen und Aktivist:innen seit Verabschiedung des Betreuungsgesetzes 1992 als eine der umstrittensten gilt und als Erbe des GzVeN verzeichnet wird, gibt der Gesetzgeber an, vor allem den „Schutz von Betreuten gegen Sterilisation ohne ausreichende Aufklärung, Beratung und Ermittlung ihres tatsächlichen Willens“ (Deutscher Bundestag 2020) zu verfolgen. Da unter Betreuung stehende Personen in ihrer freien Persönlichkeitsentfaltung, reproduktiven Entscheidung und körperlichen Unversehrtheit gemäß dem Grundgesetz ebenso wenig wie andere Personen diskriminiert werden dürfen, stellt sich die Frage, warum diese Gesetzgebung – trotz bekannten Missbrauchsfällen in den 90er-Jahren<sup>34</sup> – dennoch explizit für diese Personen(gruppe) formuliert und seither (eingeschränkt) erhalten wurde<sup>35</sup>.

Eine Petition zur fristlosen Streichung des § 1905 BGB verweist darüber hinaus auf die Unvereinbarkeit mit der UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK)<sup>36</sup> sowie auf die Benachteiligung von Frauen mit Behinderung, welche ohnehin einem erhöhten Risiko unterliegen, Opfer von sexualisierter Gewalt zu werden (vgl. Deutscher Bundestag 2020). Anhand der bislang einzigen repräsentativen Studie zur „Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland“ des Bundesministeriums für Frauen, Senioren und Jugend (BMFSFJ 2014) lässt sich jedoch aufzeigen, dass der vermeintliche Sinn des Schutzes der reproduktiven Autonomie durch den § 1905 BGB nicht bestätigt werden kann. So kam die Studie in den Befragungspunkten zu Sexualität und Reproduktion zu dem Ergebnis, dass 37 % der in Einrichtung lebenden Frauen jemals sexuell aktiv waren, „gleich häufig wie die Frauen der Haushaltsbefragung angaben, sterilisiert worden zu sein“ (ebd., 41). Auch die Quote von Schwangerschaftsabbrüchen sowie die Anwendung von Verhütungsmitteln (häufig 3-Monats-Depot-Spritze<sup>37</sup>) werden insbesondere bei Frauen mit kognitiven Beeinträchtigungen als überraschend hoch bewertet.

---

<sup>34</sup> Der Gesetzesentwurf der Bundesregierung zur Reform des Rechts der Vormundschaft und Pflegschaft für Volljährige (Betreuungsgesetz - BtG) vom 11.05.1989 umfasste die Kenntnisnahme bzgl. eines Diskurses der Fachöffentlichkeit bzgl. (Zwangs-)Sterilisationen sowie „einer offenbar vorhandenen Praxis, die in einer Grauzone ohne richterliche Kontrolle die Sterilisation von geistig Behinderten durchführt“ (Deutscher Bundestag 1989, 53 f.).

<sup>35</sup> Darüber hinaus ist u.a. grundlegend zu monieren, wie ein Nicht-Widersprechen, ein tatsächliches Zustandekommen einer Schwangerschaft vorhergesagt sowie eine Unzumutbarkeit von Verhütungsmitteln überprüft/dargelegt wird. Aufgrund der seit Jahren bekannten Überlastungen von gesetzlich Betreuenden sowie (Betreuungs-)Gerichten, dürften die tatsächlichen Gegebenheiten von ebenso besonderem Interesse sein.

<sup>36</sup> Die UN-BRK ist ein 2008 in Kraft getretenes Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen, welches durch den Beitritt der EU bestätigt und ratifiziert wurde. An dieser Stelle wird spezifisch auf den Art. 23 Abs. 1 des Abkommens verwiesen.

<sup>37</sup> Die Dreimonatsspritze gilt aufgrund ihrer starken Nebenwirkungen als eines der selten genutzten Kontrazeptiva. Darüber hinaus beschreiben Berichte aus Einrichtungen für Menschen mit Behinderung, dass Frauen keine Entscheidungsfreiheit bzgl. Verhütungsmaßnahmen haben und Anordnung unter Androhungen von Sanktionen erfolgen (vgl. Römisch 2019, 187).

Das Ergebnis macht bzgl. des Einsatzes von (permanent) schwangerschaftsverhütenden Maßnahmen trotz Abwesenheit von ungeschütztem, heterosexuellem Geschlechtsverkehr deutlich, dass der mit § 1905 BGB beabsichtigten Schutzfunktion inklusive ausreichender Aufklärung, Beratung und Ermittlung eines tatsächlichen Willens zur reproduktiven Autonomie nicht nachgekommen wird. Obwohl der Fokus der Studie nicht auf der Aufklärung und Beratung zur Förderung der reproduktiven Selbstbestimmung lag, kann auf Grundlage der Ergebnisse und der Kombination aus der überproportionalen Kinderlosigkeit/-freiheit von in Einrichtung lebenden Frauen, sexueller Abstinenz, zahlreichen (Pauschal-)Verordnung von Kontrazeptiva (wie Tubensterilisation, 3-Monats-Spritze) sowie gehäuften Schwangerschaftsabbrüchen (im Vergleich zur geringen Anzahl an Schwangerschaften) ein Missbrauch durch den § 1905 BGB vermutet werden<sup>38</sup> (vgl. ebd., 41). Ein weiteres Beispiel antinatalistischer Bevölkerungspolitik der deutschen Bundesregierung kann mit Inkrafttreten des Transsexuellengesetzes (TSG) 1981 verzeichnet werden. So setzte der Wunsch nach einem Wechsel des Geschlechtseintrags im Personenstand bis 2011 eine zwingende geschlechtsangleichende Operation sowie Sterilisierung von trans<sup>39</sup> sowie inter\*<sup>40</sup> Personen voraus (vgl. Stoll 2020, 92 f.). Obwohl diese Bedingung am 11.01.2011 vom Bundesverfassungsgericht (BVerfG) als verfassungswidrig erklärt wurde und somit die Möglichkeit leiblicher Elternschaft für trans Personen per Gesetz denk- bzw. lebbar geworden ist, gehen vom TSG anhaltende Diskriminierungen sowie Verletzungen der Persönlichkeitsrechte aus<sup>41</sup> (vgl. Sacksofsky 2017, 99; Stoll 2020, 93).

---

<sup>38</sup> Im Rahmen der Intersektion von Behinderung und Reproduktion ist ebenso auf eugenische Effekte/Absichten zu verweisen, welche im Rahmen der Pränataldiagnostik sowie assistierten Reproduktion diskutiert werden (vgl. Ranisch 2021, 56). Die Einführung von freiwilligen Screening-Möglichkeiten zwecks vorgeburtlicher Diagnostik von Trisomie21 führte beispielsweise in den USA, Deutschland und Dänemark nach Feststellung zu einer neunzigprozentigen bis nahezu vollständigen Schwangerschaftsabbruchrate. Bei der assistierten Reproduktion gilt die Kritik häufig der selektiven Eingriffsmöglichkeit in den Genpool sowie dahingehenden Normalitätsvorstellungen (vgl. ebd., 56 f.).

<sup>39</sup> Bei dem nicht deklinierbaren Adjektiv „trans“ handelt es sich um das lateinische Gegenteil von „cis“ und verweist im Kontext von Geschlechtlichkeit darauf, dass eine Person sich nicht mit dem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht identifiziert. Insofern stimmt das „anatomische“ Geschlecht nicht mit dem sozialen Geschlecht überein. Wie aufkommende Zitationen zeigen, sind in den Gender und Queer Studies sowie in der trans(\*) Community unterschiedliche Schreibweisen vorzufinden. Dabei dient das Sternchen oftmals als Platzhalter für Endungen wie transient oder transgeschlechtlich (vgl. Giese, 174). Im Fließtext wird die Variante „trans“ verwendet, wobei etwaige Selbstbezeichnungen als dem inhärent verstanden werden.

<sup>40</sup> Die Schreibweise des Adjektivs „inter\*“ wird mit Sternchen verwendet, da es sich um eine in der inter\* Community vorherrschende Selbstbezeichnung handelt. Das Adjektiv „inter\*“ wird insoweit von Intergeschlechtlichkeit abgeleitet, welche diverse Variationen von Geschlechtsmerkmalen umfasst.

<sup>41</sup> Das TSG beinhaltet zahlreiche Medikalisierungs- und Unterwerfungsprozesse wie z.B. psychiatrische Begutachtungsverfahren zum Ausschluss psychiatrischer Diagnosen sowie Glaubhaftmachungen (s. g. Alltags-tests) des angestrebten Wunschgeschlechts u.a. (vgl. Fütty 2019, 87 f.). Ebenso wird die Vornamensänderung für Unwirksam erklärt, wenn „dreihundert Tage nach der Rechtskraft der Entscheidung ein Kind des Antragstellers geboren wird“ (§ 7 Abs.1 S.1 TSG). Darüber hinaus werden gebärende trans Männer, nicht-binäre oder inter\* Personen rechtlich als „Mutter“ bezeichnet. Dabei zieht die Annullierung des selbstgewählten Vornamens bei Eintreten einer leiblichen Elternschaft im Kontext des Nachweises der Verwandtschaftsverhältnisse ein Zwangsouting sowie Einschränkung der Reisefreiheit nach sich (vgl. Stoll 2020, 93).

Bisher scheint die deutsche Rechtsprechung insofern am Erhalt von Elternschaft als vermeintlich cisnormative Zweigeschlechtlichkeit festhalten zu wollen (vgl. Stoll 2020, 93). Ähnliche Ungleichheitsverhältnisse gehen mit den deutschen Restriktionen assistierter Reproduktionsmedizin in Bezug auf das Verbot der Eizellenspende<sup>42</sup> sowie Tragemutterschaft einher (vgl. Sacksofsky 2017, 99). Darüber hinaus hängen Zugänge zu Reproduktionstechnologien von sozialstrukturellen Kategorien ab, die neben dem Geschlecht und der sexuellen Orientierung vom sozioökonomischen Status, Alter und rassistischen Diskriminierungen beeinflusst werden (vgl. Teschlade et al. 2020, 12).

Kinder, die mit intergeschlechtlichen Merkmalen zur Welt kommen, erfahren ungewollte Sterilisationen häufig im Rahmen von kosmetischen sowie anderen nicht medizinisch indizierten Eingriffen der Genitalchirurgie, welche die Anpassung an gesellschaftliche Normvorstellungen von männlichen bzw. weiblichen Körpern verfolgen. Die Intersex-Medizin verortet diese Eingriffe insofern auch als biopolitische Disziplinierung des Körpers (vgl. Klöppel 2012, 221; WHO 2014, 7). Die WHO (2014, 7) verweist darauf, dass Mediziner:innen diese Operationen weltweit häufig unter nicht verifizierten Gesundheitsaspekten empfehlen, wodurch die Zustimmung der Eltern häufig ohne die Berücksichtigung der Ansichten der Kinder erfolgt. Infolgedessen werden diese Kinder mit irreversiblen Eingriffen konfrontiert, die lebenslange sowie traumatische Folgen für ihre physische und psychische Gesundheit haben (können) (vgl. Klöppel 2012, 221).

Trotz des Verstoßes gegen Menschenrechte, Menschen zu einer Sterilisation zu drängen bzw. diese, ohne ihr Wissen während gynäkologischen Eingriffen durchzuführen, betrifft diese Praktik weltweit neben trans und inter\* Personen auch cisgeschlechtliche Personen (mit Uterus). Je nach Tathergang wird dabei im englischsprachigen Raum zwischen einer Nötigung zur Sterilisation bzw. Zwangssterilisation differenziert:

„**Coerced sterilization** occurs when financial or other incentives, misinformation, or intimidation tactics are used to compel an individual to undergo the procedure. Additionally, sterilization may be required as a condition of health services or employment. **Forced sterilization** occurs when a person is sterilized without her knowledge or is not given an opportunity to provide consent” (OCF 2011, 2) [Herv. i. O.]

Dokumentationen der Open Society Foundations (ebd., 2), WHO (2014, 3) sowie von Amnesty International (2021, 110) verweisen auf zahlreiche Fälle, in denen Frauen aufgrund von HIV-Erkrankungen, (existenzieller) Armut, strafrechtlichen Verurteilungen, ethnischen/religiösen Zugehörigkeiten oder illegalem Drogenkonsum in den USA, China, Namibia, Südafrika, Mexiko und Chile ohne eine vollständige, freie und informierte Zustimmung sterilisiert wurden. Auch hier wird (wie bereits mit § 1905 BGB diskutiert)

---

<sup>42</sup> Im Gegensatz zur Samenspende ist eine Eizellenspende gemäß Embryonenschutzgesetz (ESchG) in Deutschland verboten.

eine absichtlich nicht erfolgte Aufklärung oder die Weitergabe von Fehlinformationen<sup>43</sup> über reproduktive Möglichkeiten genutzt. Als bekanntestes Beispiel der Sterilisation im Rahmen von „finanziellen Anreizen“, werden häufig die s.g. „Sterilisationscamps“ für Frauen in Indien oder Usbekistan benannt (vgl. OCF 2011, 4). Dort werden im Rahmen von staatlich finanzierten Familienfürsorgeprogrammen kostenlose Sterilisationen inkl. finanzieller Entschädigung angeboten (vgl. Mohanty et al. 2020, 1). Aufgrund von unzureichenden Aufklärungen über den Eingriff sowie alternative Langzeitverhütungsmethoden, der Bezahlung von Mediziner:innen pro Sterilisation und dem finanziellen Ausgleich, stehen diese Programme in der Kritik den sozioökonomischen Status von Frauen zu missbrauchen (vgl. OCF 2011, 4).

Häufig werden auch gynäkologische Eingriffe wie Kaiserschnitte oder Zystenentfernungen dazu genutzt, um Zwangssterilisationen durchzuführen (vgl. WHO 2014, 5). So ist bekannt, dass in Tschechien, Ungarn und der Slowakei viele Rom:nja unter einem Kaiserschnitt dazu aufgefordert wurden eine kaum lesbare oder in unbekannter Sprache angefertigte Einverständniserklärung über eine anschließende, vermeintlich notwendige Sterilisation zu unterzeichnen. Im Jahr 2009 räumte die tschechische Regierung ein, sich dieser Praktik bedient zu haben und sich deren anhaltender Durchführung nicht gänzlich distanzieren zu können (vgl. OCF 2011, 3).

Auch US-amerikanische Aktivist:innen machten in den 80er-Jahren darauf aufmerksam, dass diese (verdeckte) antinatalistische Gewalt auch an Schwarzen sowie Indigenen Frauen und Mädchen nicht der Vergangenheit angehörten (vgl. WHO 2014, 4; Ross 2021, 33 f.). Darüber hinaus kam es bis 2017 in mehreren Bundesgefängnissen der USA zu illegalen Sterilisationen von Inhaftierten (vgl. Ross 2021, 37; Evans 2021). Auch in diesen Fällen verweist Brenna Evans (2021) darauf, dass diese häufig unter Kaiserschnitten vollzogen und Mediziner:innen zusätzlich pro Sterilisation finanziert wurden. Weitergehend wurde im Jahr 2020 „durch die Whistleblower\*in Dawn Wooten offengelegt, dass Einwanderungsbeamte Hunderte von inhaftierten Migrant\*innen in Georgia illegal sterilisiert hatten“ (Ross 2021, 37). Da viele insbesondere aufgrund der Anwendung vorsätzlicher Täuschungen unwissend sterilisiert wurden und dies erst (zufällig) nach Jahren erfahren, werde die Betroffenen auch als „silent victims“ (dt. stille Opfer) bezeichnet (vgl. OCF 2011, 7).

---

43 HIV-positiven Gebärenden wird dabei häufig die Information vorenthalten, dass eine Kombination aus einer sichereren Säuglingsernährung und antiretroviralen Behandlungen, die vor sowie während der Geburt und beim Stillen eingenommen werden, das Risiko einer Übertragung von HIV auf ein Baby auf unter 5% senken kann (vgl. WHO 2014, 3).

Diese unvollständige Auflistung von Beispielen im Rahmen der historischen als auch gegenwärtigen Auseinandersetzung mit der Sterilisation als bevölkerungspolitisches Instrument zeigt, dass Frauen, trans und inter\* Personen in einem anhaltend hohem Maße von erzwungenen, genötigten oder anderweitigen (Zwangs-)Sterilisationen betroffen sind. Kommen jedoch neben der Kategorie „Geschlecht“ intersektional wirkende Diskriminierungskategorien wie Rassismus, Klassismus, Krankheit/Behinderung oder kulturelle sowie religiöse Zugehörigkeiten hinzu, entsteht eine überproportionale Gefahr, zur Zielscheibe dieser antinatalistischen Regierungsstrategien zur Reduzierung des Bevölkerungswachstums bestimmter Bevölkerungsgruppen zu werden. Es zeigt sich also, dass ein negatives Eugenikverständnis – insbesondere unter intersektionalen Aspekten – weltweit nach wie vor vertreten ist und sich (auf subtile Art) weiterentwickelt hat (vgl. Ross 2021, 37). Insofern kann auch die Vermutung angestellt werden, dass Personen mit Uterus, die in einer Gesellschaft leben, in der sie aufgrund von unterschiedlichen Merkmalen diskriminiert oder sozial ausgegrenzt werden, weniger Hürden in der Realisierung ihres Sterilisationswunsches erfahren.

### **3.2 Bevölkerungspolitisches „Rosinenpicken“ und der pronatalistische Nachgeschmack**

Da antinatalistische Bestrebungen im Gegenzug ebenso hervorbringen, wessen Reproduktion erwünscht(er) ist, ist andersherum anzunehmen, dass der Sterilisationswunsch des unmarkierten Subjekts ‚der *weißen*<sup>44</sup> Frau‘ als unvorstellbar respektive nicht willkommen vernommen werden könnte. Jedoch wurde die erwünschte Reproduktion von *weißen* Frauen, neben den bereits erwähnten Selektionsmustern wie Krankheit/Behinderung, ebenso nach den Kategorien Klasse/Einkommen unterschieden. Nach Ross (2021, 35) wurden beispielsweise unverheiratete *weiße* US-Bürgerinnen zwischen 1940-1973 in Entbindungsheimen eingesperrt und dazu gezwungen ihre Kinder an verheiratete Menschen der *weißen* Mittelschicht zur Adoption freizugeben<sup>45</sup>.

„Jede dieser und anderer reproduktiven Unterdrückungsmaßnahmen, die auf weiße Frauen abzielen, dient im Kern eugenischen Zwecken, nämlich dem Versuch sicher zu gehen, dass die *richtigen* weißen Frauen so viele weiße Babys wie möglich bekamen [...] (ebd., 36).

Welche Begründungen für pronatalistische Bestrebungen dabei in den Mittelpunkt der gegenwärtigen, deutschen Bevölkerungspolitik rücken, liefern u.a. Diskurse um

---

<sup>44</sup> „Die Kleinschreibung und die Kursivschrift des Begriffs sollen den Konstruktionscharakter der Kategorie *weiß* markieren, darüber hinaus weisen sie auf deren anhaltende Wirkungsmacht als Strukturkategorie in Bezug auf die (ungleiche) Verteilung von gesellschaftlichen Privilegien und den Zugang zu Ressourcen hin“ (Dionisius 2021, 305).

<sup>45</sup> Nach Untersuchungen des US-Gesundheitsministeriums kam es allein in dem Zeitraum zwischen 1951-1975 zu 2,6 Millionen dieser Zwangsadoptionen.(vgl. Ross 2021, 35).

Familien- und Migrationspolitik. Im Rahmen der familienpolitischen Analyse wird dabei zwischen der Verankerung von drei Anreiztypen unterschieden, welche entweder einen Kinderwunsch entstehen lassen, einen vorhandenen Kinderwunsch fördern/vorantreiben oder bestehende Lebenswelten von Familien mit Kindern verbessern sollen (vgl. Sacksofsky 2017, 107). Ute Sacksofsky (2017, 107) verweist jedoch darauf, dass insbesondere der erst genannte Aspekt als verfassungsrechtlich unzulässig zu bewerten ist. Kinderfreibeträge, Kindergeld sowie die Differenzierung von Pflegeversicherungsbeiträgen bilden hingegen die bekanntesten (finanziellen) Aspekte der Familienförderung-/Unterstützung. Wobei diese Förderungsmittel in ihrer Installation und aufgrund von Steuerprogression „überproportional den ohnehin relativ wohlhabenden Familien zugutekommen“ (ebd., 108) bzw. Personen ohne Kinder deprivilegiert werden. Während Eheleute von drei Kindern einen deutlichen Steuervorteil erfahren, erhalten kinderfreie-/lose Personen<sup>46</sup> (die abseits biologischer Elternschaft/Adoption ebenso in entlastungswürdigen Betreuungs-/Erziehungskontexten verortet werden könnten) keinerlei dahingehende Entlastung. Andersherum erfahren Familien mit Kindern im Sozialhilfebezug – entgegen denen der (unteren) Mittelschicht – keinen Anreiz durch das Kindergeld, da diese Transferleistung verrechnet wird. Hinzukommt, dass Personen ab dem 23. Lebensjahr ohne Kinder einen „Beitragszuschlag für Kinderlose“ (§ 55 Abs. 3 SGB XI) zur Pflegeversicherung zahlen, obwohl das Risiko einer eintretenden Pflegebedürftig bei beiden Parteien vergleichbar sein dürfte (vgl. ebd., 109 f.).

Anhand einer intersektionalen Verflechtung von Migration und Geschlecht als demografischer Lösungsansatz gegen das deutsche „Demografiedilemma“, werden migrantisierte Frauen in Bezug auf ihr generatives Verhalten mit einer spezifischeren Form von Migrantismus konfrontiert. Geburtenrückgänge werden in Deutschland seit ihrer Feststellung und Fortschreibung auf wissenschaftlicher Ebene häufig als fundamentaler Angriff auf hiesige Wirtschafts- und Sozialsysteme diskutiert (vgl. Corell 2011, 101). Zwecks instruierter Entwicklungsbeobachtung dieser vermeintlichen Bedrohungslage folgt die Bevölkerungswissenschaft seither stets einer nationalstaatlichen Engführung des Bevölkerungsbegriffs, welcher sich in den Erhebungen von Fertilitätsmustern von deutschen Frauen gegenüber Migrantinnen bzw. Frauen mit Migrationshintergrund<sup>47</sup> in Deutschland

---

<sup>46</sup> Siehe Kapitel 4.1 und 4.2 zwecks dezidierteter Auseinandersetzung mit den Begriffen Kinderlosigkeit/-freiheit.

<sup>47</sup> Die Bezeichnung „mit Migrationshintergrund“ wurde erstmalig mit dem Mikrozensus 2005 eingeführt und führte dazu, dass der Begriff „Ausländer“ transformiert/erweitert wurde (vgl. Hoffmann 2020). Dem Begriff liegen zahlreiche generationsabhängige Definitionsvarianten zu Grunde. Im Mikrozensus wird insbesondere fokussiert, wer bei der Geburt einen deutschen Pass hat oder ob mindestens ein Elternteil nicht mit der deutschen Staatsangehörigkeit geboren wurde. Auf bevölkerungspolitischer Ebene hat dies zur Folge, dass die deutsche Bevölkerung noch spezifischer hierarchisiert wird. Menschen wird zudem keine



sowie dessen „Herkunftsländern“ widerspiegelt (vgl. Dorbritz & Naderi 2017, 2). Dabei wurde in den 60er-Jahren eine alt bekannte Diskursfigur reaktiviert bzw. modifiziert und mit der Annahme verknüpft, „dass die Geburtenziffern für Migrantinnen durchgängig höher seien als für einheimische Frauen“ (Bebnarz-Braun & Heß-Meining 2004, 99). Die migrantisierte Geburtenrate wurde zu einer spezifischen Wissensproduktion in der Bevölkerungsforschung. Im Sinne pronatalistischer Interessen entstand dahingehend die Regierung sowie Verwaltung von bestimmten Bevölkerungsgruppen (vgl. Schultz 2019, 159).

Die bevölkerungspolitische Nützlichkeit des Dispositivs der „Migrantinnenpopulation“ wurde in der Bundesrepublik jedoch bereits in den 70er-Jahren hinterfragt, da die neusten Forschungsergebnisse zu dem Ergebnis kamen, „dass sich die Geburtenziffer von Migrantinnen jeweils an die der Einheimischen angleicht“ (Bebnarz-Braun & Heß-Meining 2004, 101). Paradoxerweise ist dieses Anpassungsverhalten in Bezug auf die Menschenakkumulation nicht erwünscht und verdeutlicht die Ambivalenzen der Demografisierung von Migration. Schultz (2019, 160) verweist dahingehend auf die Parallelen zu Foucaults Verständnis des Staatsrassismus, welcher als ein weiteres Standbein von Migrationspolitik zwecks staatsrassistischer Biopolitik zur Verbesserung des „Wohl[s] der Nation bzw. der Nationalökonomie“ (ebd., 160) verortet werden kann.

Mit dem Wandel der spezifischen Anwerbestrategien des 21. Jahrhunderts zur „Steuerung von Expert\*innen-Einwanderung als Richtschnur für die Zuwanderungspolitik“ (Lutz & Amelina 2017, 31) veränderten sich auch die Ziele politikberatender Fertilitätsforschung (vgl. Schultz 2019, 172). Dabei verwundert es nicht, dass zahlreiche Forschungsarbeiten zu migrantisierten Geburtenraten um die Betrachtung mehrerer Generationen sowie Faktoren wie Bildung, Einkommen, Religion u.a. ausgeweitet wurden (vgl. ebd., 170). Allein die Existenz „staatlicher, semistaatlicher, privater und universitärer demografischer Forschung“ (ebd., 170) zu dezidierten Untersuchungen/Gegenüberstellungen von „deutschen“ vs. „nicht-deutschen“ generativen Fertilitätsmustern können als Rückgriff auf rassistische, klassistische, sexistische sowie anti-migrantische Ressentiments betrachtet werden (vgl. Rose 2018, 44 ff.). Entsprechende bevölkerungspolitische Implikationen bestätigt Hajek (2019, 183) anhand der Analyse mehrerer familienpolitischer Reformen der 2000er-Jahre. Hajek stellt eindrücklich heraus, wie auf diese Weise Lebenswelten in ihrer Reproduktion gefördert respektive benachteiligt werden.

---

Selbstbestimmung in Bezug auf die nationale/ethnische Zugehörigkeit gewährt sowie das „Deutschsein“ abgesprochen, wodurch bezeichnete Personen häufig mit weitergehenden Stigmatisierungen und Abwertung konfrontiert werden (vgl. ebd.). Der im Fließtext folgende Begriff „Herkunftsland“ schließt dabei an die Kritik des Begriffskonstrukts „mit Migrationshintergrund“ an.

Dabei fokussiert Hajek vorrangig die Einführung des einkommensabhängigen Elterngeldes sowie den Ausbau der Kindertagesbetreuung zwecks Förderung der Geburtenrate als biopolitische Regulierung sozialer Reproduktionsverhältnisse (vgl. ebd., 184 f.). Ihre Fokussierung basiert dabei auf der Argumentation, dass die Weitergabe von Humankapital sozioökonomisch benachteiligter, migrantisch sowie rassistisch markierter Familien (als Reproduktionsstätte) ein Gefährdungspotential zugeschrieben wird. Hierfür lieferte das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ 2002) Empfehlungen, welche u.a. der Annahme zugrunde lagen, dass „Eltern, die in anderen kulturellen Traditionen aufgewachsen sind“ (ebd., 22) mit der Weitergabe von Sprache, „Werten und Bräuchen“ (ebd., 22) eine Belastung für den schulischen Lernerfolg ihrer Kinder darstellen. Außerdem wurden „Kinder aus Familien mit Migrationshintergrund [...] zur Risikogruppe der leistungsschwachen Schüler“ (ebd., 34) konstruiert, was mit dem „Problem der „Passung“ [...] aus dem sozio-ökonomischen Status und Bildungsgrad der Eltern“ (ebd., 34) sowie dem einzelnen oder additiven Faktor „Migrationshintergrund“ begründet wurde. Auch der eingeschränkte Familiennachzug<sup>48</sup> von geflüchteten Menschen kann an dieses Narrativ angeschlossen werden.

Diese massive Stigmatisierung von migrantisierten Eltern/Erziehungsberechtigten als Gefährdungslage „für die Entwicklung des kindlichen Humanvermögens“ (Hajek 2019, 201) liefert dabei eine scheinbar legitime Erklärung für die Maßnahmen einer selektiven pronatalistischen Familienpolitik, welche vorrangig „das reproduktive Verhalten derjenigen Frauen aus den qualifizierten deutschen Mittelschichten“ (Schultz 2016, 131) fördern soll. Gemäß dieser Logik bzw. institutionellen Diskriminierung seien die entsprechend markierten Familien nicht als Ressource, sondern als „ein Hindernis für die Entwicklung des kindlichen Humanvermögens“ (Hajek 2019, 201) zu verhandeln. Demnach fokussierte die Adressierung der s.g. „nachhaltigen Familienpolitik“ vorrangig besserverdienende, heterosexuelle Kleinfamilien ohne Migrationsgeschichte (vgl. ebd., 200).

Diese – zynischer Weise als „nachhaltig“ beworbene – Familienpolitik wird dahingehend „zum Einsatzpunkt für Biopolitiken, die nicht nur quantitativ auf mehr Geburten, sondern auch in qualitativer Hinsicht auf eine spezifische familiäre Lebensweise und Sozialisation von Kindern“ (ebd., 201) abzielt. Obwohl dieses Beispiel die reproduktive Selbstbestimmung eines Menschen praktisch nicht direkt berührt, belohnt der Staat die Reproduktion

---

<sup>48</sup> Gemäß Gesetzesänderung zur Abschaffung des uneingeschränkten Familiennachzugs subsidiär Schutzberechtigter aus 2018 wird der Familiennachzug seither auf eine deutschlandweite Maximalanzahl von 1.000 Menschen pro Monat reguliert (vgl. Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat 2018, 1148) Sacksofsky (2017, 113) konstatiert insoweit treffend: „Ginge es allein um eine Steigerung der Geburtenrate in Deutschland, müsste der Familiennachzug begrüßt und gefördert werden“.

von „primär *weiße*[n], akademische[n] und heterosexuelle[n] Frauen und Paare[n]“ (Kyere 2021, 64). Dieser Abriss der selektiven Bevölkerungspolitik zeigt insofern, dass nicht *alle* Kinder erwünscht und nicht *alle* Personen sich möglichst häufig fortpflanzen sollen (vgl. Sacksofsky 2017, 112)

„Obwohl die reproduktive Unterdrückung weißer Frauen sich in Ausprägung und auch Umfang von den Unterdrückungsformen von Frauen of Color unterscheidet, zeigt dies, dass alle Frauen durch staatliche Kontrollmechanismen verwundbar sind. Denn jede Regierung war und ist im Laufe der Geschichte von der Reproduktionsfähigkeit derer abhängig, die gebären können, um zentrale nationale Ziele zu erreichen – wie die Schaffung eines weißen Landes, die Produktion kostenloser (versklavter) oder billiger Arbeitskräfte oder die Produktion einer für militärische Streitkräfte und deren Ökonomien ausreichenden Bevölkerung“ (Ross 2021, 36).

Schultz (2021, 97) verweist insofern darauf, dass reproduktive Gerechtigkeit antirassistische, antieugenische, antikapitalistische, dekoloniale sowie queere Arbeit gegen strukturelle Gewalt und Diskriminierung in Bezug auf das Kinder bekommen sowie das mit Kindern leben erfordert. Von gleichwertiger Bedeutung ist es jedoch auch, „die Wahrheitsproduktion über ‚Bevölkerung‘ in Frage zu stellen [und dekonstruieren], die diese Praktiken begründen und legitimieren“ (ebd., 97).

#### **4 Repronormativität und die Sozialisation des Uterus – Gesellschaftliche Normierungen zwischen Kinderlosigkeit und Kinderfreiheit**

Wie die vorangegangene Auseinandersetzung aufzeigt, stützt die Praktik der Tubensterilisation Machtverhältnisse, welche sowohl als Instrument antinatalistischer als auch pronatalistischer Bevölkerungspolitik betrachtet werden kann. Im Vergleich zu direkten Regulierungen im politisch-intentionalen Sinne gehen institutionelle Steuerungsmöglichkeiten (in Deutschland) meist mit Reproduktionsstrukturen sowie -kulturen einher, die Leitbilder, Normen und Diskurse auf der individuellen Ebene (Mikroebene) prägen (vgl. Rose 2018, 51). Diese Annahme entspricht ebenso Foucaults (1991, 114 ff.) produktivem sowie relationalem Machtverständnis.

„Und »die« Macht mit ihrer Beständigkeit, Wiederholung, Trägheit und Selbsterzeugung ist nur der Gesamteffekt all dieser Beweglichkeiten, die Verkettung, die sich auf die Beweglichkeiten stützt und sie wiederum festzumachen sucht. [...] [D]ie Macht ist nicht eine Institution, ist nicht eine Struktur, ist nicht eine Mächtigkeit einiger Mächtiger. Die Macht ist der Name, den man einer komplexen strategischen Situation in einer Gesellschaft gibt“ (ebd., 114).

Macht ist demnach nicht nur als etwas zu begreifen, was von einzelnen Personen in Institutionen ausgeht, sondern erst durch Unterwerfungen im Denken und Handeln gemäß im-/expliziter Regeln verwirklicht und legitimiert wird. Das dahinterliegende komplexe Kausalverkettungsgebilde aus Ursache und Wirkung lässt insofern vermuten, dass eine Analyse von spezifischen Gesellschaftsverhältnissen ein schwieriges Unterfangen darstellt (vgl. Simon 2021, 28). Folglich gilt dies auch für die (sexuelle) Reproduktion, welche

einer institutionellen Einflussnahme (siehe Kapitel 3) unterliegt und durch das reproduktive Handeln von Individuen aktiv gestaltet wird. Durch die Interaktion von Personen werden jedoch ebenso ungleichheitsrelevante Kategorien hervorgebracht (vgl. Rose 2018, 51; Winker & Degele 2020, 195).

In welchen Normierungen sich dabei Personen mit Uterus und Sterilisationswunsch bewegen, liefert eine genauere Betrachtung des Begriffs der Heteronormativität sowie dessen Verknüpfung mit Repronormativität. Beide Begrifflichkeiten bilden mit ihren dekonstruktiven Ansätzen häufig eine Grundlage queer-feministischer Auseinandersetzungen mit Reproduktion respektive Mutter-/Elternschaft in der LGBTQIA+ Community (vgl. Degele 2005, 15 ff.; Stritzke & Scaramuzza 2016, 141 ff.; Stoll 2020, 95). Als Grundsatz geht dabei die folgende Annahme voran:

„Heteronormativität ist ein binäres, zweigeschlechtlich und heterosexuell organisiertes und organisierendes Wahrnehmungs-, Handlungs- und Denkschema, das als grundlegende gesellschaftliche Institution durch eine Naturalisierung von Heterosexualität und Zweigeschlechtlichkeit zu deren Verselbstverständlichung und zur Reduktion von Komplexität beiträgt bzw. beitragen soll“ (Degele 2005, 19) [Herv. i. O.].

Mit Rückgriff auf Judith Butler (1991, 39) erfolgt dabei vorab die bedeutende soziale Ko-Konstruktion der anatomischen/biologischen Geschlechtszuschreibung (sex) in „männlich“/„weiblich“, worauf Normierungen und Wahrnehmungsformen eines sozialen Geschlechts (gender) aufbauen (vgl. Villa 2011, 97, 2019, 29 f.). Diese werden mit der heterosexuellen Fixierung des Begehrens (desire) sowie dessen Produktion von diskreten, asymmetrischen Zuschreibungen von Attributen erweitert und auf kulturellem Wege zu einer geschlechtlich bestimmten Identität konstruiert (vgl. Butler 1991, 38 f.). Der Körper ist insofern ein „Produkt soziokultureller Praktiken, [welcher] als ›Ort‹ des privaten oder öffentlichen Aushandelns gesellschaftlicher Wirklichkeiten“ (Treiber & Wenrich 2021, 7) fungiert.

Allein der im deutschsprachigen Raum – sowohl im Volksmund als auch in der Pädagogik, Medizin, Biologie u.a. – vertretene Begriff der „Gebärmutter“ (Siekmann 2016, 10) als Synonym für den Uterus, steht dabei nahezu metaphorisch für die soziale sowie biologische Anrufung des weiblichen Geschlechts. Damit geht einher, dass das Gebären zur „Matrix der Intelligibilität“ (Butler 1991, 39) des „Frauseins“ gehört, wobei das Reproduktionsverständnis einer heterosexuellen Natur unterliegt (vgl. Winker & Degele 2020, 196). Insofern wird dem Uterus als komplexes Organ (inkl. Eileiter, Vagina etc.) die Hauptaufgabe „des Gebärens“ zugeschrieben, wobei bereits die mutmaßliche Existenz mit einer Selbstverständlichkeit der „Funktionsfähigkeit“ im Sinne der Gebärfähigkeit

einherzugehen scheint<sup>49</sup>. Neben dem biologisch/anatomischen Anspruch scheint der Anhang „Mutter“ das Konstrukt der einverleibten, vorrangig sozialen Komponente zu komplettieren. Obwohl sozial konstruierten Konzeptionen immer die Gegebenheit mit sich bringen, dass diese sich mit der Zeit wandeln und verändern, scheinen Abweichungen in Bezug auf die feminisierte Gebärfähigkeit und Schwangerschaft anhaltend als Entwicklungsstörung oder logische Unmöglichkeiten verzeichnet zu werden<sup>50</sup> (vgl. Butler 1991, 39; Stritzke & Scaramuzza 2016, 143).

Basierend auf Nina Degeles (2005, 19) Heteronormativitätsverständnis führen Nadyne Stritzke & Elisa Scaramuzza (2016, 143) dies auf das Konzept der Repronormativität zurück:

„[...] as the complex reciprocity of social institutions, thought structures, modes of perception, practices, and manners of life that govern and give preference to binary gendered heterosexual procreation. It is based on the unconsciously internalized assumption that mankind is binary gendered and may only reproduce itself through heterosexual procreative intercourse“ (ebd., 146).

Im Rahmen der darin eingebetteten Denkstrukturen, Wahrnehmungsweisen, Praktiken und Lebensformen sind „Schwangerschaft und Gebären als „urweiblich“ [zu] fassen“ (Dionisius 2020, 82). Entsprechende Normalitätsvorstellungen sehen dabei – neben den in Kapitel 3 konstatierten Intersektionen – weder Lebenswelten mit Frauen (oder Personen, welche als diese gelesen/misgendert werden) ohne Reproduktionswunsch, noch Lebenswelten mit transmännlichen, inter\* oder nicht-binären Schwangerschaften vor. Menschen, die im Rahmen von Reproduktion/Familiengründung nicht nach hetero-, cis- sowie mononormativen Spielregeln handeln werden zu „reproductive misfits“ (Santos 2018, 211) (dt. reproduktive Außenseiter:innen) konstruiert. Abseits der in Kapitel 3 ebenso angesprochenen repronormativen Institutionalisierung entsteht die Vergeschlechtlichung jener Lebensvorstellungen vor allem über das „doing gender“ (West & Zimmermann 1987). Das vergeschlechtlichte Handeln vollzieht sich dabei über „eine interaktive Leistung der beteiligten AkteurInnen, ein routinisiertes Tun, das ProtagonistInnen wie auch RezipientInnen täglich aufs Neue erbringen müssen“ (Winker & Degele 2020, 195). Hierbei erfährt die Mütterlichkeit als Weiblichkeitseigenschaft, welche von

---

<sup>49</sup> Nach Ludwig et al. (2020, 3 ff.) steht die Infertilität (als Unvermögen ein lebendes Kind zu gebären) bei heterosexuellen Paaren diversen Abhängigkeiten gegenüber und stellt – im Gegensatz zu gesellschaftliche Normvorstellungen – keinen außergewöhnlichen Zustand dar. Diese kann die samenspendende bzw. -empfangende Person sowie beide betreffen. Obwohl intergeschlechtliche Personen lt. einer australischen Studie von Jones et al. (2016, 189 ff.) häufiger Reproduktionsprobleme haben oder im Rahmen von Fertilitätsbehandlungen über das Bestehen einer Geschlechtsvariation erfahren, ist dies kein Indikator für Unfruchtbarkeit. Menschen mit einer Variation von Geschlechtsmerkmalen können insofern ohne als auch mit Kinderwunschbehandlung ein Kind gebären/zeugen (vgl. Jones et al. 2016, 190).

<sup>50</sup> Im deutschsprachigen Raum liefern u.a. die Arbeiten von Sarah Dionisius (2020, 77 ff.), Jennifer Stoll (2020, 92 ff.) und Rix Weber (2018) Einblicke in trans\* Elternschaften.

Paula-Irene Villa Braslavsky (2020, VII) zwischen Mythos und Realfiktion verortet wird, nach wie vor eine anhaltende Wirkmächtigkeit. Grundlegend für diesen Umstand ist, dass der

„[...] soziale Ursprung dieser Prägung häufig unsichtbar [gemacht wird]: Es findet eine Naturalisierung statt; es wird Körper (und damit ›Natur‹ und vermeintlich unveränderbar), was vorher sozial war“ (Schmincke 2021, 71).

„[D]ie Entdeckung der Kindheit als eigenständige Lebensphase und der damit einhergehenden Notwendigkeit einer Erziehung zum bürgerlichen Subjekt“ lieferte nach Barbara Thiessen (2017, 3) im 18. Jahrhundert Europas eine wichtige Grundlage für die Verschaltung des Geschlechtsverständnisses der Frau und dessen „naturhaften Aufgabe“ (ebd., 3) bzw. der natürlich unentgeltlichen Berufung als Mutter. Die darauf aufbauende vergeschlechtlichte Vorstellung, wie sich (*weiße*) Frauen des Bürgertums<sup>51</sup> als Mütter zu verhalten haben, formierte sich über Jahrhunderte in Wechselwirkung mit kapitalistischen Wertschöpfungsbestrebungen zwecks Produktion disziplinierter Arbeitskräfte (vgl. ebd., 3). Thiessen (2017, 2) verweist dahingehend auf „eine Gemengelage evolutionärer, körperlicher, emotionaler sowie kultureller und sozioökonomischer Prozesse“. Das biologische, juristische sowie soziale Konstrukt der „Mutterschaft“<sup>52</sup> entwickelte sich dabei über die Jahrhunderte hinweg zu einer noch heute sehr stabilen Institution mit einer Attitüde der sozialen Platzanweisung (vgl. ebd., 2). Obwohl die gesetzliche Feststellung der „Mutterschaft“ insbesondere der Absicherung eines Sorgeverhältnisses zwecks Versorgung, Betreuung und Erziehung (Care-Arbeit) – welche ebenso von anderen/mehreren Personen getragen werden kann – eines Kindes dient, wird die „Leiblichkeit als Wahrhaftigkeit der Mutterschaft“ verhandelt (vgl. ebd., 2).

Während Männern in heteronormativen Kleinfamilien anhaltend eine emotional entleerte Vater- sowie Ernährerrolle zukommt, werden Frauen als Mütter mit spezifischen Charakterzuschreibungen sowie zahlreichen Schutz- sowie Sanktionsmechanismen im Rahmen sexueller sowie körperlicher Selbstbestimmungen u.a. konfrontiert (vgl. ebd., 2; Eckert 2020, 27; Schmincke 2021, 79). Dabei lernen Mädchen und junge heranwachsende Frauen anhand von Leitbildern, Normen und Werten, dass Fürsorge und Feinfühligkeit einen wesentlichen Bestandteil dieser vergeschlechtlichten Identitätsentwicklung bilden

---

<sup>51</sup> Im Gegensatz zu Müttern, die dem Proletariat „angehörten“ und dahingehend Erwerbs- und Care-Arbeit leisten mussten, konnten Mütter der Oberschicht Care-Arbeiten an Personal häufig an Personal übertragen (vgl. Thiessen 2017, 3).

<sup>52</sup> Unter der Teilung Deutschlands in die Bundesrepublik Deutschland (BRD) sowie Deutsche Demokratische Republik (DDR) zwischen 1949-1990 kam innerhalb Deutschlands im Kontext staatspolitischer Ziel zu einem differenzierten Blick auf „das Muttersein“ (vgl. Eckert 2020, 29) Während in der BRD für die s.g. „Hausfrauenehe“ geworben wurde, war es in der DDR die Verknüpfung von Mutterschaft und Erwerbsarbeit. Ob diese historische Gegebenheit innerhalb Deutschlands heute noch ein dahingehend differenziertes „Mutterbild“ prägt, gilt nach Eckert (2020, 29) als umstritten.

(vgl. Mannhart 2018, 78 f.). Beispielsweise wissen drei- bis fünfjährige Kinder bereits, welches geschlechterstereotype Spielzeug auf sie zutrifft (vgl. Vogt et al. 2015, 228 f.). Anhand des geschlechterdifferenzierten Handelns erwachsener Personen können Kinder assoziieren, welche entsprechende Norm davon abzuleiten ist. Indem Mädchen primär Puppen zum Spielen gereicht werden, erfahren sie bereits in der frühen Kindheit ein implizites Heranführen an die repronormative Rolle der fürsorglichen Mutter (vgl. ebd., 228). Pädagogische, psychologische, moralische sowie evolutionäre Diskurse stütz(t)en hierbei die repronormative „Wahrheit“, dass die Lebenswelt einer Frau durch die Erfahrung des Mutterglücks vervollständigt sowie durch die natürliche Mutterliebe inklusive Mutterinstinkt ausgefüllt würde (vgl. Thiessen 2017, 2; Eckert 2020, 27).

Obwohl die letzten Jahrzehnte einige gesellschaftliche und reproduktive Entwicklungen im Zuge der Fürsorge- und Verwandtschaftsverhältnisse sowie Reproduktionsmedizin ergeben haben, die viele neue Varianten von Mutter-, Vater- und Elternschaft hervorgebracht haben, bleibt die repronormativ geformte Mutterschaft ein „Schauplatz intensiver, zum Teil hoch affektiver ideologischer und politischer Auseinandersetzungen“ (Krüger-Kirn & Wolf 2018, 7). Wie mit dem hiesigen Verweis auf das Bürgertum und die Auseinandersetzung mit pro-/antinatalistischen Interessen in Kapitel 3.1. bereits thematisiert, ist das „Mutterwerden und -sein“ von klassen-als auch migrationsspezifischen Differenzierungen durchzogen, welche wiederum durch zahlreiche Intersektionen und Interdependenzen wie Behinderung, Queerness, Alter u.a. gesellschaftliche Normen geprägt werden und entsprechende Handlungsmöglichkeiten delegitimieren, behindern oder „unsichtbar“ machen (vgl. Heite 2013, 17; Thiessen 2017, 4; Rose 2018, 56).

Diese Verschränkungen zeigen einerseits auf, wie ambivalent die Spielregeln für das „Muttersein“ ausfallen können. Andererseits veranschaulichen sie ebenso die davon ausgehende Normierung der cisgeschlechtlichen, heterosexuellen *weißen* „Mittelklassefrau“. Dieser Kategorisierung zu entsprechen, bedeutet jedoch auch dem „Naturgesetz“ der Mutterschaft früher oder später nachzukommen. Sich im Rahmen dieser Normierung (un)freiwillig „gesetzeswidrig“ zu verhalten, geht neben einem höheren Pflegeversicherungssatz (siehe Kapitel 3.1) auch mit differenzierten Ab-/Bewertungen einher. Diesem Phänomen wird sich im Zuge der folgenden Betrachtung der sozialen Skalierung der Begriffe der Kinderlosigkeit sowie der Kinderfreiheit gewidmet.

#### **4.1 Kinderlosigkeit und die Fallstricke des Muttermythos**

Wie bereits in Kapitel 3.2 konstatiert, entrichten kinderlose Personen gegenüber Personen mit Kind(ern) in Deutschland ab Vollendung des 23. Lebensjahres gemäß § 55 Abs. 3 SGB XI seit dem 01.01.2022 einen von 0,25 auf 0,35 erhöhten

Pflegeversicherungszusatz von insgesamt 3,4 Prozentpunkten<sup>53</sup>. Auf Grundlage von zwei Verfassungsbeschwerden bzgl. einer Ungleichbehandlung gemäß Art. 3 Abs. 1 GG u.a. betonte das Bundesverfassungsgericht (BVerfG 2022, 1 f.) mit Beschluss vom 07.04.2022, dass die Erhöhung keineswegs eine unverhältnismäßige Ungleichbehandlung sei, sondern vielmehr eine gerechtfertigte beitragsrechtliche Ungleichbehandlung darstelle<sup>54</sup>. Das BVerfG argumentiert dahingehend, dass der Anteil kinderreicher Familien und dessen Reproduktion zukünftiger Beitragszahlender als „generativer Beitrag zur Funktionsfähigkeit der sozialen Pflegeversicherung“ (ebd., 31) überdurchschnittlich hoch sei – obwohl das BVerfG weiter anführt: „mit „generativen Beiträgen“ durch Kindererziehung könnten aktuelle Renten nicht bezahlt werden“ (ebd., 37).

Eine ähnliche Argumentation lässt sich im Rahmen einer etwaigen Gegenüberstellung von Kindergeld und Kinderfreibeträgen sowie der tatsächlichen „Finanzierung“ eines Kindes anführen (Menschen im Leistungsbezug oder mit geringfügigem Einkommen erfahren dahingehend maximal einen „symbolischen Charakter“; siehe Kapitel 3.2.). Insbesondere in Anbetracht dessen, dass die Kindererziehung zum Großteil als unbezahlte Care-Arbeit in heteronormativen Beziehungen von Frauen übernommen wird (wodurch die Rente sich gegenüber Männern u.a. um ca. 42 % verringert – siehe Equal-Pension-Day), erscheint dieser „Hinweis“ des BVerfG zynisch (vgl. Braunersreuther 2020, 56). Gemäß BVerfG sei die gesetzliche Rentenversicherung „in ihrem Fortbestand auf nachwachsende Beitragszahlerinnen und -zahler ebenso angewiesen [...] wie das Staatswesen in seinem Fortbestand auf ein nachwachsendes Staatsvolk“ (BVerfG 2022, 37).

Dieses Beispiel zeigt exemplarisch auf, dass die Reproduktion von Menschen (hier „kinderreiche Familien“) als Leitbilder für den Fortbestand eines „Staatsvolks“ glorifiziert werden, ohne dass diese tatsächlich finanziell besser gestellt werden (wobei Familien mit ohnehin hohem Einkommen hiervon weniger betroffen sind). Gleichsam untermauert die Ausführung des BVerfG das soziale Konstrukt einer (heteronormativen) Reproduktionsverantwortung, welche eine Bewertung mit Regulierungsabsicht darstellt, der sich kinderlose Personen insoweit theoretisch entziehen können – unter diesen Umständen jedoch mit entsprechenden Disziplinierungen konfrontiert werden.

Da unter dem Begriff der „Kinderlosen“ jedoch auch Personen fallen, die ungewollt kinderlos sind, wurde 2021 im Rahmen einer (erfolglosen) Petition die Differenzierung im § 55 SGB XI zwischen „ungewollt kinderlos“ und „kinderlos“ gefordert (vgl. Urban

---

<sup>53</sup> Demgegenüber haben Personen mit Kindern einen Beitrag von 3,05 Prozentpunkten zu leisten (vgl. § 55 Abs. 3 SGB XI).

<sup>54</sup> Mit diesem Beschluss folgte/bestätigte das BVerfG einen gleichartigen Beschluss aus 2001 (vgl. BVerfG 2022, 25).



2021). In der aktuellen Borschüre „Ungewollte Kinderlosigkeit 2020“ nimmt das BMFSFJ (2021, 6) eine entsprechende sprachliche Differenzierung vor und verweist darauf, dass in Deutschland jede zehnte Person<sup>55</sup> im Alter von 20-50 Jahren aufgrund diverser Aspekte<sup>56</sup> trotz Kinderwunsch<sup>57</sup> ungewollt kinderlos ist. Eine im Jahr 2020 an 10.119 (un)gewollt Kinderlosen durchgeführte Befragung ergab dabei, „dass 67,7 Prozent der Frauen und 67,9 Prozent der Männer derzeit kein Kind wollen, hingegen 32,3 Prozent der Frauen und 32,1 Prozent der Männer aktuell den bisher ungefüllten Kinderwunsch haben“ (ebd., 37). In dem Bewusstsein darüber, dass die Gründe ungewollter Kinderlosigkeit von Infertilität, Totgeburten oder Finanzierungskosten von Reproduktionsmedizin stark variieren bzw. kumulative Faktoren umfassen können sowie mit Stigmatisierungen<sup>58</sup> einhergehen, verweist das Ministerium (trotz dessen) mehrfach auf die davon ausgehende bevölkerungspolitische „Brisanz“ (vgl. ebd., 50 ff.):

„Ungewollte Kinderlosigkeit ist kein marginales Thema, sondern betrifft viele und ist existenziell – sowohl für die betroffenen Frauen und Männer beziehungsweise Partnerschaften als auch gesellschaftlich für eine stabile Bevölkerungsentwicklung. [...] Ungewollte Kinderlosigkeit ist damit ein wachsendes gesellschaftliches Problem, das neben volkswirtschaftlichen Implikationen vor allem die Alltagswirklichkeit und existenziellen Lebensentwürfe von immer mehr Frauen und Männern betrifft“ (ebd., 6).

---

<sup>55</sup> Hiervon definierten sich 57,2 % als Frauen, 42,5 % als Männer, 0,2 % als divers und 0,1 % gaben an, das Geschlecht abseits dieser Kategorien zu definieren. Die Ansprache dieser nicht binären Bezeichnungen erfolgt jedoch nur einmalig im Kontext von „Geschlecht und sexuelle Orientierung“ (BMFSFJ 2021, 43). Abseits dessen wird primär eine heteronormative Sicht verfolgt.

<sup>56</sup> Ungewollte Kinderlosigkeit kann mit (Erb-)Krankheiten, Infertilität, einem (aktuell) nicht übereinstimmendem Kinderwunsch, einer „fehlenden“ Partnerschaft, hohe Finanzierungskosten von Reproduktionsmedizin (z.B. Diagnose Fertilitätsstörung nicht vorliegend; Sperma-/Eizellenlagerung [social freezing]) u.a. und/oder mit habituellen Aborten ( $\leq 3$ ) im Zusammenhang stehen. Jedoch können auch individuelle sowie soziokulturelle (Ab-)Wertungen der (aktuellen) Lebenslage (Bsp. Einkommen, unverheiratet) dazu führen, dass Personen sich als ungewollt kinderlos bewerten (vgl. BMFSFJ 2021, 50 ff.; Ludwig et al. 2020, 3 ff.).

<sup>57</sup> Im Rahmen dieser Arbeit wird der Begriff „Kinderwunsch“ primär im Kontext einer biologischen Schwangerschaft bzw. einer körperlichen Dimension verwendet (vgl. Deis 2018, 138). Ein Kinderwunsch schließt jedoch ebenso Adoptionen, Vormund- sowie Pflegschaften bzw. das generelle Zusammenleben mit Kindern ein (vgl. Montanari 2020, 23 f.) Aufgrund von Bestimmungen des Embryonenschutzgesetzes (EschG) sowie des Adoptionsvermittlungsgesetzes (AdVerG) sind Eizellenspenden sowie Tragemutterschaften in Deutschland verboten.

<sup>58</sup> Nach Erving Goffman (1975, 9) geht der Begriff des Stigmas auf die griechische Antike zurück, wonach Sklav:innen und Gesetzesbrecher:innen früher durch vorsätzliche Verletzung des Körpers (durch Schnitte oder Verbrennungen) für die Außenwelt gekennzeichnet wurden. Diese Brandmale (Stigma) sollten außenstehenden Personen vermitteln, dass es sich bei den Gebrandmarkten um „unreine“ Persönlichkeiten handele, welche es zu meiden galt. Übertragen auf die heutige Zeit „wird der Begriff Stigma mit einem Merkmal in Verbindung gebracht, dass in einer Gesellschaft konsensual als „normabweichend“ kategorisiert wird“ (Aydin & Fritsch 2015, 247). Stigmatisierungserfahrungen können bei Betroffenen zu Symptomen wie fehlender sozialer Akzeptanz, Angst vor Zurückweisung, schlechter emotionaler Selbstregulation sowie einem sozialen Rückzug oder Selbstdiskriminierungen führen (vgl. ebd., 248). Selbststigmatisierungen entstehen dahingehend, „wenn Mitglieder einer stigmatisierten Gruppe die Stereotypen über sich selbst kennen, ihnen zustimmen und sie gegen sich wenden, sodass Selbstvorurteile und Selbstdiskriminierung entstehen“ (Rüsch et al. 2004). So identifizieren sich Betroffene plötzlich selbst mit der zugeschriebenen Charakterschwäche und Inkompetenz (vgl. Aydin & Fritsch 2015, 250).

Gemäß Monika Martina Wölfler (2021, 11) lässt sich Kinderlosigkeit schon aufgrund der Tatsache, dass der Mensch zu einer nicht besonders fertilen Spezies gehört, nicht „kleinreden“.

„[S]elbst unter optimalen Voraussetzungen [...] ist die Fekundabilität, also die Empfängniswahrscheinlichkeit pro Menstruationszyklus bei regelmäßigem [heterosexuellem] Geschlechtsverkehr und in Abwesenheit von Sterilitätsfaktoren und Verhütung, mit durchschnittlich ca. 25% nicht besonders hoch“ (ebd., 11).

Während die normative gesellschaftliche Vorstellung von unverhütetem heterosexuellem Penetrationssex häufig mit einer sehr hohen Empfängnisfähigkeit gleichgesetzt wird, dürfte eine Schwangerschaft in der Realität in einer Vielzahl von Fällen bereits an der Befruchtung einer Eizelle scheitern (vgl. Montanari 2020, 22; Wölfler 2021, 11). Entgegen etwaigen gesellschaftlichen Normierungen dürfte ungewollte Kinderlosigkeit sowie eine „bestimmte Wartezeit“ in der Realität insofern einen Normalzustand vieler Lebenswelten darstellen. Abgesehen davon bildet die Kombination aus unerfülltem Kinderwunsch und Warten für viele queere Personen häufig keine Alternative<sup>59</sup> (vgl. Montanari 2020, 23). Obwohl ein (unerfüllter) Kinderwunsch alle Personen, ob cis-/transgeschlechtlich, nicht-binär, homo-/hetero-/bisexuell und alleinstehend oder in polyamouröser/mogamer Beziehung u.a. betreffen kann, werden oftmals cis Frauen und cis Männer in heterosexuellen Paarbeziehungen damit in Verbindung gebracht (vgl. ebd., 22 f.).

Während eine queere Person aufgrund repronormativer Restriktionen im Rahmen der Gesetzgebung sowie der assistierten Reproduktionsmedizin „wie ein Mensch zweiter Klasse“ (Dionisius 2021, 303) verhandelt wird, normiert das Wertesystem der Repronormativität heterosexueller cis Frauen und cis Männer in Paarbeziehungen und ausbleibender/fehlender Reproduktion ebenso als „Unmöglichkeit“, die Betroffene scheinbar in Schweigen hüllt, um das Konstrukt der „natürlichen“ Reproduktion aufrechtzuerhalten. Dabei machen unfreiwillig kinderlose Personen aufgrund von Tabuisierungen sowie Stigmatisierungen anhaltend ausgrenzende Erfahrungen (vgl. BMFSFJ 2021, 97 ff.). Aktuelle Studienergebnisse belegen, dass eine Stigmatisierung sowohl aus der eigenen Betroffenheit, als auch abseits dessen wahrgenommen wird (vgl. ebd., 98).

„Zugleich hat etwa die Hälfte aller Kinderlosen (57 Prozent der Frauen, 49 Prozent der Männer) den Eindruck, dass ungewollte Kinderlosigkeit in der Gesellschaft tabuisiert ist. Sie findet in öffentlichen Debatten und medialen Berichterstattungen nicht statt, ist nicht existent, obwohl ein erheblicher Teil der Bevölkerung (und sie selbst) davon betroffen sind. Tatsächliche Berichterstattungen der letzten Jahre und Monate [...] erreichen die Mehrheit der Betroffenen gar nicht oder werden als seltenes Signal wahrgenommen, das aufgrund dieser Singularität als Beleg ihrer Tabuisierungsthese gilt“ (ebd., 98).

---

<sup>59</sup> Bei der s.g. „Becher-Methode“ besteht die Möglichkeit Reproduktionskliniken zu umgehen. Dabei wird eine private Spermaspende meist über eine Spritze oder ein Diaphragma in die Vagina eingebracht.

Der gesellschaftliche Bezugsrahmen, welcher mit kulturell gewachsenen Vorstellungen und Diskursen um den biologischen Determinismus der Frau als Mutter einhergeht, berührt viele Aspekte der „weiblichen“ Identitätsbildung (vgl. Deis 2018, 136). Eine Untersuchung von Karin Deis (2018, 138) zum „Körpererleben bei ungewollter Kinderlosigkeit“ zeigt dahingehend die Verwobenheit der leiblichen sowie sozialen Dimensionen des Kinderwunsches auf. Zugleich spiegeln diese jedoch ebenso vorherrschende gesellschaftliche Erwartungen und Ansprüche an die „natürliche“ und somit nicht zu hinterfragende, reproduktive Fähigkeit eines cisgeschlechtlichen Frauenkörpers, der „notgedrungen“ durch die Inanspruchnahme von Reproduktionsmedizin unterstützt werden kann. Obwohl Kinderwunschkliniken suggerieren, den Wunsch nach einem eigenen Kindes erfüllen zu können, steht auch diese Bezeichnung im Widerspruch zur „Schicksalhaftigkeit“ einer Schwangerschaft bzw. den unbestimmten Determinanten, die eine Schwangerschaft respektive Austragung eines Kindes ver-/behindern und sich nicht gänzlich kontrollieren lassen (vgl. Montanari 2020, 23/28). Insofern konstatiert Johanna Montanari (2020, 28), dass [d]ie Reproduktionsmedizin selbst [...] an dem Druck, unter dem Personen stehen, schwanger zu werden, beteiligt [ist]“.

Ausbleibende Schwangerschaften sowie die Erfahrung von (mehreren) Fehlgeburten führten bei den von Deis (2018, 140) interviewten Frauen zu der Wahrnehmung einer Verweigerung des eigenen Körpers, Unruhe und Druck, wodurch diese ihren Körper mit einer zunehmenden Kontrolle und Planung konfrontierten (vgl. ebd., 140). Davon ausgehend beschrieben die Interviewten gesteigerte/abwertende Selbstwahrnehmungen sowie Selbstentfremdungen im Rahmen einer „Distanzierung und Objektivierung des bisher selbstverständlich Körperlichen“ (ebd., 140). Hinzukommend wich das vorherige Empfinden von Lust innerhalb partnerschaftlicher Intimität getaktetem Geschlechtsverkehr zwecks gezielter Fortpflanzung.

„Die Frauen beschrieben sich in ihrem geschlechtlichen Selbsterleben als minderwertig, als „nicht vollwertige Frau“, man habe „sich selbst nicht weitergegeben“, es bleibe ein „mädchenhaftes Körpergefühl, nicht von einer erwachsenen, gestandenen Frau. Deutlich wird, ein eigenes leibliches Kind würde die eigene Geschlechtlichkeit sowohl im inneren Erleben als auch nach außen hin bezeugen, man würde als geschlechtlich potente Frau erkennbar. Spürbar wurde eine enorme Scham, versagt zu haben. Das Minderwertigkeits-erleben war bei den drei Frauen, die Fehlgeburten erlitten hatten, besonders ausgeprägt“ (ebd., 142 f.).

Diese vergeschlechtlichten Empfindungen sowie (un-)ausgesprochenen Schuldzuschreibungen unterstreichen dabei die Beständigkeit der Ideologisierung weiblicher Reproduktion respektive Mutterschaft. Hinzu kommt, dass ein Kind in Deutschland anhaltend als substantieller Bestandteil (Lebenssinn und sozialer Status) sowie als Bestätigung „für ein richtiges, vollständiges Mannsein beziehungsweise Frausein, auch als Beleg der eigenen

Fruchtbarkeit“ (BMFSFJ 2021, 86) betrachtet wird. Insofern ist es nicht verwunderlich, dass Kinderlosigkeit im Rahmen von Stigmatisierungen und „Tabuisierungen“ als scham-behaftet sowie als gesellschaftliche Abwertung wahrgenommen wird (ebd., 100).

„Diese Wahrnehmung ist bei Jüngeren (im Alter unter 30 Jahren) sowie unverheirateten Paaren noch am geringsten, doch bei Verheirateten schon überdurchschnittlich stark vorhanden und besonders hoch bei Paaren in eingetragener Lebenspartnerschaft sowie bei jenen, die in Trennung leben. Ebenso steigt dieser Zusammenhang mit zunehmendem Alter und ist am höchsten bei 40- bis 50-jährigen ungewollt Kinderlosen“ (ebd., 100).

Obwohl das BMFSFJ (2021, 37) auf eine Notwendigkeit der Differenzierung von un-/gewollter Kinderlosigkeit hinweist und aufzeigt, dass zwei Drittel der Befragten gewollt kinderlos sind, erfolgt keine nähere Auseinandersetzung der lebensweltlichen Erfahrungen respektive der „Leiden, Hemmungen und Lösungen“ wie es im Falle von ungewollter Kinderlosigkeit geschieht. Dieser fehlende Blickwinkel steht dabei exemplarisch für das im deutschsprachigen Raum vorherrschenden Desiderat bzgl. der hier fokussierten Personengruppe ohne Kinderwunsch. Eine Differenzierung ist dabei nicht zuletzt aufgrund unterschiedlicher Bedarfslagen und Lebensvorstellungen notwendig, sondern auch um darzulegen, dass Kinderlosigkeit nicht zwangsläufig damit zu assoziieren ist, dass Menschen ohne (biologischen) Kindern etwas fehlt.

Die Stigmatisierung sowie das schamhafte Reden oder gänzliche Schweigen über ungewollte Kinderlosigkeit sowie dahingehende Erfahrungen führen in vielen Fällen dazu, dass Betroffene diese Erfahrungen primär mit sich selbst aushandeln (vgl. Deis 2018, 147) – wobei kein Anspruch darauf erhoben werden soll, traumatisierende oder schmerz-hafte Ereignisse teilen zu müssen. Hiermit geht jedoch auch das Dilemma einher, dass viele dieser Lebenserfahrungen durch das eigene (Ver)Handeln unsichtbar gemacht werden bzw. bleiben. Daraus resultiert, die Fortschreibung des Narratives der Mutterschaft als „natürlichste Sache der Welt“ und dessen Ideologisierung. Darüber hinaus wird die Komplexität des „Kinderkriegens“, die allein vom Gebären über die Doppelbelastungen durch Lohn- und Care-Arbeit mit nicht unerheblichen physischen, psychischen sowie so-zialen Dimensionen als auch zahlreichen Prekaritäten einhergeht, ausgeblendet. Wird Kinderlosigkeit vorrangig mit Scham und Trauer assoziiert, kann vermutet werden, dass cis Frauen sowie nicht-binäre Personen mit Uterus, welche als diese misgendert werden, die eigene Fertilität als Belastung oder Hindernis im Rahmen der eigenen Identitätsent-wicklung/Lebensgestaltung erleben.

#### **4.2 Kinderfreiheit als gelebte (Un-)Möglichkeit**

Die vorangegangene Auseinandersetzung mit ungewollter Kinderlosigkeit zeigt, dass die gesellschaftlichen repronormativen Dynamiken anhaltend verkörpern, dass Reproduktion

als selbstverständliches Grundbedürfnis von „sozial angemessenen“ Personen mit Uterus betrachtet wird, das keinerlei Erklärungsbedarf erfordert, sondern im Rahmen des „Ausbleibens“ vielmehr mit Scham und Schweigen verhandelt wird. Demgegenüber (re)konstruieren die Begrifflichkeiten der freiwilligen, gewollten oder absichtlichen Kinderlosigkeit wiederum die Vorstellung, dass Mutter-/Elternschaft einen lebensweltlichen Standard bilden, der nicht begründet werden muss (vgl. Denbow 2015, 146). Obwohl in Anbetracht dieses Narrativs davon abgeleitet wird, dass die eigene „Nicht-Reproduktion“ bewusst gewählt ist, geht diese Entscheidung häufig mit negativen Konnotationen einher (vgl. ebd., 146).

Neben den Termini „voluntary childlessness“ (Avison & Furnham 2015, 45 ff.) (dt. freiwillige Kinderlosigkeit) „intentional childlessness“ (Morell 1994) (dt. absichtliche Kinderlosigkeit) oder „childless-by-choice“ (Blackstone & Stewart 2012, 718) (dt. gewählte Kinderlosigkeit) gewann das Adjektiv „childfree“ (dt. kinderfrei) im englischsprachigen Raum zum Ende der 90er-Jahre<sup>60</sup> an zunehmender Bedeutung. Viele Personen ohne Kinder bevorzugen sowohl die unbelastete Rahmung als auch den subversiven Charakter der „Kinderfreiheit“ (Denbow 2015, 146). Im deutschsprachigen Raum trifft der Begriff hingegen auf verhaltene Resonanz. Wie Denbow (2015, 146) verweist auch selbstbestimmt steril e.V. (o. J.c) auf den damit einhergehenden positiven bzw. neutralen Charakter:

„Im täglichen Sprachgebrauch wird i. d. R. "kinderlos" verwendet, doch bei Wörtern mit "-los" schwingt eine negative Konnotation mit – geschmacklos, trostlos, humorlos etc. Wer sich allerdings bewusst gegen etwas entscheidet, hat normalerweise keine negativen Gefühle, sondern hat sich davon freigemacht. Entscheidet man sich demnach gegen Kinder oder hatte sogar nie den Wunsch, Kinder zu bekommen, passt "kinderfrei" viel besser“ (selbstbestimmt steril e.V. o. J.c).

Obwohl es mit erheblichen physischen, psychischen sowie finanziellen Auswirkungen einhergeht, ein Kind zu gebären, zu versorgen, zu erziehen etc. und ungewollte Schwangerschaften keine geringfügige Tatsache darstellen, wird den meisten (sichtbar) Schwangeren mit einer Gratulation bzgl. des noch ungeborenen Kindes begegnet. Die Nachfrage, ob diese Entscheidung auch gut durchdacht sei oder diese zu einem späteren Zeitpunkt nicht bereut werden könnte, dürfte dabei auf Irritationen stoßen. Dies kann einerseits mit der naturalisierten Vollendung des Frau-Seins und dem darum konstruierten Mutterglück, als auch der (Un-)Möglichkeit des Bereuens von Mutterschaft zusammengebracht werden. Die israelische Soziologin Orna Donath (2016) zeigt dahingehend in ihrer kontrovers diskutierten Studie zu „regretting motherhood“ auf,

„dass Reue ganz klar damit verbunden wird, *keine* Kinder zu bekommen, und dabei als drohende Waffe gegen die Frauen eingesetzt wird, damit sie weiter Kinder gebären,

---

<sup>60</sup> Als wegweisend kann hierfür das Werk „Childfree and Sterilized: Women’s Decisions and Medical Responses“ von Campbell (1999) angeführt werden.

während gleichzeitig jede Möglichkeit, über Reue auch nur nachzudenken, wenn das Kind erst da ist, und sich zu wünschen, wieder die »Mutter von Niemandem« zu sein, schlichtweg ausgeschlossen wird“ (ebd., 9).

Das öffentliche Bild der Mutterrolle wird im Sinne des Pronatalismus sowie der liberalen Eugenik in westlichen Gesellschaften anhaltend stark durch die (kostenlose) Sorge- und Betreuungsarbeit von Frauen geprägt, die gleichzeitig mit „immensen Erwartungen verbunden ist, und eine geradezu kulthafte Überhöhung“ (ebd., 58) erfährt. Entsprechen Mütter diesen Anforderungen nicht oder performen das Leben mit (Beruf und) Kind(ern) nicht als die pure Erfüllung, werden diese zu „Rabenmüttern“ im Sinne der „reproductive misfits“<sup>61</sup> (Santos 2018, 210) erklärt – trotz dessen bleibt das Bereuen des Kinderkriegens/der Mutterschaft eine unfassbare emotionale Haltung (vgl. Donath 2016, 66/84). Die dahingehend gesellschaftlich platzierte Reue als „unangenehme und sogar quälende Erfahrung“ (ebd., 48) fungiert dabei als eine „Art »Wachhund« der vorherrschenden Wertestrukturen“ (ebd., 85), wodurch das Gebären gefördert und gefordert werden soll. Dies zeigt sich im Diskurs um Schwangerschaftsabbrüche ebenso wie bei der bewussten Entscheidung für ein Leben ohne Kinder.

„Eine Form der gesellschaftlichen Instrumentalisierung von Reue besteht darin, sie den Frauen wie eine Waffe an die Schläfe zu halten, um ihnen zu drohen, sie einzuschüchtern, wieder »auf den rechten Weg« zu bringen und über sie bestimmen zu können (ebd., 85).

Damit cis Frauen nicht das Bild „der verhärmten Karrierefrau bedienen, die ihre Entscheidung bitter bereut, wenn es zu spät ist“<sup>62</sup> (Diehl 2014, 14) oder noch nicht wahrgenommen haben, dass „potentiell *alle* einen Kinderwunsch hegen“ (ebd., 13), werden diese spätestens zum Ende des zweiten Lebensjahrzehnts auf das Ticken einer (biologischen) Uhr aufmerksam gemacht. Die Metapher fußt jedoch nicht auf dem Auslaufen der altersbedingten Kostenübernahme hormoneller Verhütungsmittel durch Krankenkassen oder dem baldigen Eintreten des kinderlosen Zuschlags der Pflegeversicherung. Vielmehr werden diese darauf aufmerksam gemacht, dass, „die begrenzte Verfügbarkeit der ovariellen Reserve nach wie vor eine biologische Tatsache“ (Wölfler 2021, 11) darstelle. Wölfler (2021, 11) konstatiert dahingehend:

„Die optimale Fertilität einer Frau ist am Anfang der dritten Lebensdekade gegeben und nimmt ab dem 30. Lebensjahr kontinuierlich und ab dem 35. Lebensjahr deutlich ab in Abhängigkeit von der Eizellreserve und Eizellqualität [sic!]“ (ebd., 11).

---

<sup>61</sup> Ana Cristina Santos (2018, 210) erfasst unter diesem Begriff Mütter, die versagen oder alleinerziehend sind sowie Tragemütter, Trans-, Multi-, und Ein-Elternschaft – eine Liste, die unter intersektionalen Aspekten durch unzählige Beispiele erweitert werden könnte.

<sup>62</sup> Dieses „Entweder-Oder-Bild“ fungiert ebenso als soziale Platzanweisung. Wie von Lena Eckert (2020, 25 ff.) in „Mutter\_Wissen\_schaftler\*in – ein paradoxes Phänomen?“ dargestellt, wird damit beispielsweise auch die Vorstellung einer vermeintlichen „Unvereinbarkeit von Mutterbild und wissenschaftlicher Tätigkeit“ (Eckert 2020, 32) untermauert. „Trotz der fortschreitenden Prekarisierung des Berufsstandes sind Wissenschaftler\* innen privilegiert; zumindest qua kulturellem Kapital“ (Eckert 2020, 33).

In der Medizin stellt das Alter bei der Bewertung von Risikoschwangerschaften eine ebenso bedeutende Rolle, wobei Brockmann & Reichard (2000, 58) darauf verweisen, dass es statistisch gesehen ein Leichtes sei einer Risikoschwangerschaft zu entsprechen, da „die Hälfte aller Schwangeren die Kriterien erfüllen, die sie zur Risikoschwangeren machen“. Dadurch, dass mit diesem Bild weder cis Männer adressiert oder noch weniger die sich mit zunehmendem Lebensalter ebenso verschlechternde Spermienqualität assoziiert wird, ist diese Metapher vielmehr als Hinweis für cis Frauen zu verstehen, ihren gesellschaftlich vorbestimmten Platz als Mutter einzunehmen.

„There are women and there are ideas about women. While women themselves vary considerably, one idea about them seems stable: motherhood, as wish or reality, is their essential and defining characteristic or condition“ (Morell 1994, 3).

Sarah Diehl (2014, 14) führt weitergehend an: „Auch medizinische Gründe für Kinderlosigkeit sind angesichts der Fortschritte in der Reproduktionsmedizin nicht mehr ohne weiteres zu vermitteln“. Das Symbol der tickenden (biologischen) Uhr steht dabei für die repronormative Normierung und Regulierung des vergeschlechtlichten Körpers mit Uterus sowie dem damit verbundenen Appell an eine dem entsprechend angemessene Selbstverwaltung, welche die persönliche Lebensvorstellung und dessen Verwirklichung lenken oder im Zweifel behindern soll (vgl. Denbow 2015, 147).

„Das Reden über die biologische Uhr ist so allgegenwärtig, dass Frauen sich selbst misstrauen, wenn sie die Uhr nicht ticken hören. Sie zweifeln ihre eigene Entscheidungsfähigkeit an, weil ihnen vermittelt wird, dass sie etwas anderes wollen müssen“ (Diehl 2014, 166).

Während eine Frau mit unehelichem Kind aufgrund von außerehelichem Sexualkontakt in den 20er-Jahren noch als „asozial“ und erblich minderwertig bezeichnet sowie mit Zwangssterilisationen bedroht wurde, zeichnen pronatalistische Ideologien heute ein weniger abwertendes Bild von unverheirateten Müttern (vgl. Denbow 2015, 137; Day 2016). Anstatt der nahezu der Vergangenheit angehörenden negativen Klischeebilder der kinderlosen Frauen als „Blaustrumpf“, „alte vertrocknete Jungfer“ oder der „Gouvernante“, gilt heute das Narrativ der „verrückten Katzenlady“ (eng. crazy cat lady<sup>63</sup>) neben der „egoistischen Geschäftsfrau“ als das meist verschmähte Stereotyp einer kinderlosen Frau (vgl. Diehl 2014, 166; Day 2016).

„Maternalist thinking links motherhood with female moral virtue. Mother love is an extraordinarily symbol from the most selfless kind of human practice. Indeed, motherhood,

---

<sup>63</sup> Ähnlich wie kinderlose Frauen, gelten Katzenbesitzer:innen klischeehaft als einsam, emotionaler und depressiver als Hundebesitzer:innen – was im Rahmen einer kalifornischen Studie zur psychischen Gesundheit von 500 Hunde-/Katzbesitzer:innen jedoch nicht bestätigt werden konnte (vgl. Parsons et al. 2019). Den Klischees entsprechend wird mit der Figur der „crazy cat lady“ ein überspitzt dargestelltes Bild einer alleinstehenden, kinderlosen und psychisch kranken cisgeschlechtlichen Frau gezeichnet, wobei das wahnhaft Zulegen von unzähligen Katzen einen aussichtslosen Selbstheilungsversuch symbolisiert. Diese Figur ist vor allem aus TV-Serien wie „The Simpsons“, „How I met your mother“ oder „The Office“ bekannt.

nurturance and self-sacrifice are made synonymous through language; when women act in caring ways towards people other than their own children, they often describe—and describe themselves—as acting maternally.

But this connection between mothering and concern for others has unfortunate consequences for women who intentionally remain childless [...]: If women don't care for children, they care only for themselves" (Morell 1994, 77).

Obwohl Menschen ohne Kinder keine gleichförmige Gruppe darstellen und somit eine Vielzahl von Lebenserfahrungen und -realitäten abbilden, zeigen diese Begriffe auf, dass sich der öffentliche Diskurs historisch als auch gegenwärtig vorrangig auf cis Frauen konzentriert. Ein positives/neutrales Narrativ einer kinderfreien Frauen ist nicht existent (vgl. Diehl 2014, 14). Vielmehr erscheint es naheliegender, kinderfreie Frauen im Rahmen des Konstrukts der Hetero- sowie Repronormativität zu pathologisieren. Dementsprechend können kinderfreie Frauen mit einem positiven Selbstbild maximal als Mythos verhandelt werden (vgl. Morell 1994, 74/97).

Nach Carolyn Mackelcan Morell (1994) werden kinderlose Frauen mit den drei grundlegenden Annahmen assoziiert, dass diese Kinder hassen, egoistisch sind und/oder selbst eine unglückliche Kindheit erfahren haben. Eine Lebensrealität, in der eine Frau (in oder außerhalb einer [monogamen heterosexuellen] Beziehung) ein erfülltes Leben ohne Kinder und insbesondere ohne Reue und Rechtfertigungsdruck führt, erscheint unvorstellbar (vgl. ebd., 16). Während ungewollt kinderlose Frauen ihre Enttäuschung/Trauer (mit sich selbst) zu verhandeln haben, sollen Frauen ohne Kinder ihrer bewusst getroffene Entscheidung immer misstrauen (vgl. Diehl 2014, 165).

„Kinderlosen Frauen kann aus der Erklärung ihrer Kinderlosigkeit so oder so eine Schlinge gedreht werden: Strahlen Sie auch nur den Hauch von Unzufriedenheit aus oder wirken gar unglücklich, liegt der Grund auf der Hand – das fehlende Kind ist die Ursache, es gibt einen Mangel, eine Lücke im Leben der Frauen. Sind sie hingegen glücklich, lässt sich also kein Defizit feststellen, frönen sie nur selbstsüchtig ihrem eigenen Hedonismus. [...] Das hat auch Auswirkungen auf ihr Selbstbild, die Gefahr, Minderwertigkeitsgefühle zu entwickeln, äußerten viele als real existent“ (ebd., 165 f.).

Die australische Studie von Beth Turnbull et al. (2016, 102 ff.) verdeutlicht dahingehend, dass die „Abweichung“ vom pronatalistischen Bestrebungen nicht nur eine unvorstellbare Lebensrealität „der Anderen“ darstellen (kann), sondern dass kinderfreie Frauen im Gegensatz zu potentiell gebärfähigen kinderlosen Frauen ebenso mit mehrdimensionalen Stigmatisierungs- und Ausgrenzungsprozessen konfrontiert werden (vgl. ebd., 102 ff.). Eine Zusammenfassung von nahezu obligatorischen Fragen, Annahmen, Vorwürfen sowie polemischen Diffamierungen, die kinderfreien Personen mit Uterus und



Sterilisationswunsch entgegengebracht werden, können dem „Bullshit-Bingo“<sup>64</sup> von selbstbestimmt steril e.V. (o. J.a) entnommen werden.

Die darin enthaltenen Aussagen bedienen dabei repronormative „Selbstverständlichkeiten“ sowie viele der vorangegangenen benannten Kategorisierungen (siehe auch Kapitel 2.2), die dazu dienen, Narrative über kinderfreie Frauen zu verifizieren (vgl. Denbow 2015, 146). Ebenso weisen sie Tendenzen von Gaslighting<sup>65</sup> auf. Nach Paige L. Sweet (2019, 851 ff.) handelt es sich dabei um ein soziologisches Phänomen, welchem eine Art psychologische Misshandlung inhärent ist. Täter:innen zielen darauf ab, die Wahrnehmung der jeweiligen Opfer dermaßen anzuzweifeln/ zu rügen, dass diese für „verrückt“ erklärt werden bzw. diese die eigene Wahrnehmung als „surreal“ empfinden. Wie in diesem Beispiel basiert die bewusstseinsmanipulierende Strategie häufig auf der geschlechtsspezifischen Annahme von Weiblichkeit und einhergehender Irrationalität (vgl. ebd., 851). Nicht zuletzt zeigen Aussagen in Bezug auf den Erhalt der Familie/Rente, den Sinn des Lebens sowie die Verantwortung gegenüber der Gesellschaft auf, wie Geburtenpolitik in Form von Reue als gesellschaftliches Machtinstrument fungieren kann (vgl. Donath 2016, 84). Denbow (2015, 147) verweist auch darauf, dass mit der Charakterisierung von Kinderfreiheit als „lifestyle choice“ eine Entpolitisierung dieser Thematik beabsichtigt wird. Ebenso würde so versucht, das subversive Potential von Kinderfreiheit zu untergraben (vgl. ebd., 146).

Wie politisiert das (Nicht-)Gebären ist, zeigt schließlich nicht nur die vorangegangene Auseinandersetzung im Kontext von Pro- und Antinatalismus. Wie Sabrina Helm et al. (2021, 108 ff.) in dem Artikel „No future, no kids–no kids, no future? An exploration of motivations to remain childfree in times of climate change“ diskutieren, zeigt die weltweit vertretene „birthstrike“-Bewegung (dt. Gebärstreik) auf, dass Kinderfreiheit auch eine bewusste Reaktion auf/gegen den Klimawandel sein kann<sup>66</sup>. (Dies könnte insofern auch

---

<sup>64</sup> Bei einem s.g. „Bullshit“- oder „Buzzword“-Bingo handelt es sich um eine humorvolle bzw. oftmals ironisch gemeinte Version des klassischen Bingo-Spiels. Anstatt Zahlen befinden sich auf den Spielkarten Schlagwörter (buzzwords) bzw. paradoxe, absurde oder widersprüchliche Argumente (bullshit) die im Zuge kontroverser (Gesellschafts-)Debatten häufig angeführt werden. selbstbestimmt steril e.V. (o. J.a) beschreibt das eigene „Bullshit-Bingo“ wie folgt: „Perfekt für die nächste Familienfeier, im Büro oder beim Gynäkolog\*innen-Besuch [...] Dieses Tool ist ideal für Momente geeignet, in denen du nur noch "BINGO!!!!" schreien möchtest, weil du jedes einzelne Argument schon gehört hast“.

<sup>65</sup> Der Begriff des „Gaslighting“ geht auf den Film *Gaslight* (1944) von George Cukors zurück. Der Film erzählt die Geschichte eines Ehemanns (Gregory), der seine Ehefrau (Paula) isoliert und ihr vormacht „verrückt“ zu sein. Dabei verfolgt der Ehemann die gleichnamige Strategie, die Gaslichter zu dimmen/zu erhellern und seiner Ehefrau einzureden, dass sie sich das einbilde. Dabei verfolgt er das Ziel, ihre Realitätswahrnehmung dahingehend zu verzerren, dass seine Wahrnehmung zu der einzig richtigen wird. Diese Strategie basiert oftmals auf strukturellen und institutionellen Ungleichheiten (vgl. Sweet 2019, 851 ff.). Gaslighting findet häufig auch im Kontext der Absprache von Diskriminierungserfahrungen (wie Rassismus, Sexismus, Ableismus u.a.) statt.

<sup>66</sup> Denbow (2015, 145) verweist ebenso auf die Entstehung der Kinderfreibewegung (eng. childfree movement) als Kritik an der Babyboom-Ära mit Verweis auf Umweltschutz.

eine Antwort auf die Frage sein, was Menschen ohne Kinder der Gesellschaft zurückgeben wollen.) Fortpflanzungseinstellungen sowie Fruchtbarkeitsabsichten von Individuen können somit auch durch Veränderungen in der natürlichen Umwelt beeinflusst werden (vgl. ebd., 109). Der Ursprung des Begriffs geht hingegen auf den Widerstandskampf kolonialisierter Schwarzer Frauen zurück, die in den Gebärstreik traten um keine weiteren Arbeitssklaven für Kolonialmächte zu gebären<sup>67</sup> (vgl. Davis 1982, 11).

Wie bereits in Kapitel 2 verhandelt, stellt die Tubensterilisation insbesondere für hetero- sowie bisexuelle Personen mit Uterus ohne eigenen Reproduktionswunsch in Bezug auf wegfallende Anwendungsfehler und kontinuierliche Kosten häufig das permanente Kontrazeptiva der Wahl dar. Indem eugenische Ideologien Personen mit Uterus seit den 1900er Jahren darauf konditionierten, dass diese fertilitätshemmende Technologie (ob erzwungenen, genötigt oder freiwillig) spezifischen „Zielgruppen“ vorbehalten war, wurde *weißen* Frauen aus der Mittel- und Oberschicht der Zugriff verweigert (vgl. Denbow 2015, 144). Als ausführende Kräfte pronatalistischer Bestrebungen wurden Ärzte zu den besseren Entscheidungsträgern als ihre Patientinnen, wodurch es damals praktisch unmöglich war, als kinderfreie Frau unter 30 Jahren eine Tubensterilisation zu erfahren (vgl. ebd., 144). Indem diese Frauen sich jedoch gegenüber Beamt:innen als arm oder sexuell abweichend präsentierten, „transformierten“ sie sich von pronatalistischen zu antinatalistischen Objekten der Bevölkerungspolitik. Dahingehend gelang es ihnen, sich die dadurch in Frage kommende „Zwangssterilisation“ als reproduktive Selbstbestimmung anzueignen sowie ihren Körper außerhalb von Repronormativität zu erfahren (vgl. ebd., 145). Als Aneignungspraktik/Umgangsstrategie, welche Diskriminierungs-/Ablehnungserfahrungen minimieren und die Infrastruktur verbessern soll, kann die Erstellung eines Kartenverzeichnisses mit Gynäkolog:innen inklusive etwaigen Sterilisationsvoraussetzungen (wie Mindestalter, ggf. Mindestanzahl geborener Kinder u.a.) von selbstbestimmt steril e.V. (o. J.d) verzeichnet werden.

Die Tubensterilisation an einer kinderlosen Frau kann insoweit auch als eine materielle Transformation des Körpers betrachtet werden, welche die Ontologie des vergeschlechtlichten Körpers und die damit konstruierte kulturelle Repronormativität von Frauenkörpern und (Nicht-)Mutter-/Elternschaft (radikal) untergräbt bzw. in Frage stellt (vgl.

---

<sup>67</sup> Angela Davis (1982, 11) verweist in dem Werk „Sexismus und Rassismus – Schwarze Frauen und Klassenkampf in den USA“ darauf, dass Sklavenhalter durch die Abschaffung des internationalen Sklavenhandels auf die Fortpflanzungskapazitäten der einheimischen Sklaven angewiesen waren und diese prämierten. Eine Schwarze Mutter von mehr als zehn Kindern wurde so zu einem „heftig umworbenen Besitz“ (Davis 1982, 11) erklärt. Die Ideologisierung von Mutterschaft kam versklavten Müttern jedoch nicht zu. „Sie waren schlichte Werkzeuge, die das Wachstum der Sklavenarbeiterschaft“ (Davis 1982, 11) fördern sollten.

Denbow 2015, 156 f.). Im Gegensatz zur unsterilisierten, heterosexuellen, kinderlosen Frau, deren vermeintliches Mutterglück noch zu einem späteren Zeitpunkt einsetzen könnte, stört der dauerhafte Ausschluss der sexuellen Reproduktion der sterilisierten Frau vorherrschende Geschlechter- sowie Fortpflanzungsnormen erheblich. Während erzwungene oder genötigte Sterilisationen die (intersektionalen) Ungleichheits- sowie Geschlechterverhältnisse tradieren, verfügt die selbstgewählte Tubensterilisation von kinderfreien Frauen bzw. Personen mit Uterus, die als diese gelesen werden, über das Potential entsprechende Hetero- sowie Repronormativitätsverhältnisse zu sabotieren, obwohl die dahingehende Subversion der Performance von Akteur:innen nicht zwangsläufig beabsichtigt wird (vgl. ebd., 158).

Mit Rückgriff auf Donna Haraways Cyborg<sup>68</sup>-Theorie verweist Denbow (2015, 159 ff.) ebenso auf die Verflechtung des sterilisierten Körpers als Einheit von Technik, Organismus und Kultur. Durch die Abweichung von Fortpflanzungsnormen stört die sterilisierte „Nichtmutter“ – wie jede kinderlose/kinderfreie Frau auch – aber nicht nur die Identifikation der Frau als Mutter. Entgegen anerkannten fertilitätsfördernden Technologien ruft der sterilisierte Körper selbst das Bewusstsein für eine fertilitätshemmende Transformation auf (vgl. ebd., 162). In diesem Kontext zeigt sich ebenso deutlich, welches „lebhaftes Paradox“ (Butler 2009, 40) die körperliche Autonomie darstellt:

„Wir verlangen zum Beispiel, dass der Staat mit seinen Gesetzen nicht auf unsere Körper zugreifen soll, und wir fordern, dass Prinzipien zur Selbstverteidigung des Körpers und körperlicher Unversehrtheit als politische Güter akzeptiert werden sollen. Gleichwohl ist es der Körper, über den Gender und Sexualität anderen Menschen offengelegt werden, in soziale Prozesse einbezogen werden, vermitteltst kultureller Normen eingeschrieben werden und in ihren sozialen Bedeutungen erfasst werden. In einem gewissen Sinne bedeutet ein Körper zu sein anderen ausgeliefert zu sein, selbst wenn ein Körper emphatisch gesprochen »der eigene« ist, dasjenige, für das wir Rechte der Autonomie beanspruchen müssen“ (ebd., 40).

Selbst wenn es sich bei der selbstgewählten Sterilisation (insbesondere gegenüber zwangssterilisierten Personen) um ein „Luxus“-Thema handeln könnte, dass nur privilegierte Frauen betrifft, rechtfertigen allein die relativ unerforschten Hindernisse der freiwilligen Sterilisation nach Denbow (2015, 147) eine Analyse.

## 5 Forschungsdesign

Im Vergleich zu Studien sowie wissenschaftlichen Diskursen des englischsprachigen Raums stellen die Erfahrungen von Personen mit Uterus ohne Kinderwunsch und

---

<sup>68</sup> Mit dem 1985 veröffentlichten Werk „Ein Manifest für Cyborgs – Feminismus im Streit mit den Technowissenschaften“ übt Donna Haraway (2007, 238 ff.) eine materialistisch-feministische Kritik an der Postmoderne. Haraway verweist mit dem Begriff „Cyborg“ (cybernetic organism) einerseits auf den Menschen als technologisch-organisches Ergebnis (Mensch-Maschine-Hybrid) gesellschaftlicher Wissenschafts- und Technologieverständnissen. Darüber hinaus findet das (imaginäre) Bild des Cyborgs die Verwendung als feministisches Narrativ (vgl. Haraway 2007, 238 f.).

Sterilisationswunsch in Deutschland ein Forschungsdesiderat dar. An die vorangegangene, theoretische Auseinandersetzung schließt zwecks Beantwortung der Forschungsfrage eine qualitative Untersuchung an. Welcher Forschungsstil und welche methodischen sowie analytischen Forschungsansätze zugrunde gelegt wurden, wird nachfolgend erläutert.

### **5.1 Partizipativer Forschungsansatz und Feldzugang**

Menschen, die als unmarkierte Subjekte und unsichtbare Norm in Wissenschaftskonstrukten agieren können, scheint es leicht(er) zu fallen, den institutionell sowie gesellschaftlich verbreiteten Mythos der Wissenschaft als objektive und neutrale „Kommunikation von Wahrheit“ (Hamann et al. 2017, 3) anzunehmen.

„Wissen vom Standpunkt des Unmarkierten ist wahrhaft phantastisch, verzerrt, und deshalb irrational“ (Haraway 1996, 231).

Wissenschaftler:innen wie Gayatri Chakravorty Spivak, bell hooks, Donna Haraway und Michel Foucault haben dieses Wissenschaftsideal bereits vor einigen Jahrzehnten postkolonialen, herrschafts- sowie (queer-)feministischen Kritiken unterzogen. Nach Foucaults (1991, 114 ff.) produktivem Machtverständnis sind es dabei insbesondere Machtbeziehungen, welche Wissen in Wechselwirkung als diskursiv geordnete Objektivität und Dominanz hervorbringen. Beziehungen und Wissen neben Fragen nach dem *Was*, *Wie* und *Warum* in Relation zum *Wer* zu setzen, widmete sich Haraway (1996, 225 ff.) mit dem Konzept des situierten Wissens. Die Forderung einer „feministische[n] Reformulierung von Objektivität als Vielzahl von Partikularitäten“ (Gramlich & Haas 2019, 39) verlangt die Reflexion des eigenen Situiert-seins in diversen Kontexten.

Dabei erfordert die Einbettung dieser Arbeit als Teil einer Wissensproduktion insoweit gleichermaßen die eigene Verortung innerhalb von gesellschaftlichen Macht- und Herrschaftsverhältnissen, De-/Privilegierungen sowie der eigenen Kontextualität in Diskursen, um die Existenz bzw. den Anspruch an eine wissenschaftliche Objektivität zu dekonstruieren (vgl. Mohseni et al. 2018, 19). Die eigene Subjektivität zu hinterfragen, geht dabei mit der Reflexion (nicht) existenter Erfahrungsräume und Perspektiven als „vorübergehende Fixierung von grundsätzlich kontingenten Unterscheidungen [einher], welche begrenzen, was leb- und denkbare Seinsweisen sind“ (ebd., 20)<sup>69</sup>. Die hiesige

---

<sup>69</sup> Die eigene Positionierung bzw. Offenlegung von persönlichen Verortungen in gesellschaftlichen Differenzkategorien kann jedoch ebenso als ambivalent betrachtet werden. Da es sich immer um einen teilweisen oder umfangreichen Einblick in persönliche Gegebenheiten handelt, können daraus ungeahnte Ein-/Angriffe in/auf die Privatsphäre bzw. eigene Person resultieren. Insofern kann die Entscheidung gegen einen offenen Umgang mit der eigenen Situierung auch ein Akt des Selbstschutzes sein und ist dahingehend nicht grundlegend als fehlende Auseinandersetzung mit dem eigenen Gestellt-sein in Macht-/Herrschaftsverhältnissen zu bewerten. Andererseits kann es auch dazu führen, dass das situierte Wissen dazu genutzt wird, Stereotypisierungen sowie Stigmatisierungen im Sinne einer immer größer werdenden Schublade

Perspektive fußt dabei auf einer *weißen*, cisgeschlechtlichen Situierung, welche Erfahrungen einer Ende der 80er aus Polen immigrierten Familie einschließt. Der Zugang zu der entsprechenden Community<sup>70</sup> sowie der Vereinsmitgliedschaft bei selbstbestimmt steril e.V. ergab sich bereits vor dieser Arbeit im Jahr 2020 durch einen TV-Beitrag<sup>71</sup> und das eigene Interesse der Forschenden an einer Tubensterilisation.

„I do not use other people’s struggles as the basis for my research; I use my research as a basis for struggles of which I am a part“ (Kobayashi 1994, 78).

Auf welche Weise Daten erhoben werden bzw. welche Daten als wissenschaftlich (relevant) bewertet werden, geht ebenso häufig mit einem Objektivitätsdilemma einher. Hinzu kommen etwaige Bewertungs-, Sortierungs- und Ordnungskriterien, welche den Daten (zwecks Verifizierung) unterworfen werden müssen (vgl. Foucault 1970, 14 f.). Praktiken die gemäß Foucault zur s.g. „Wahrheitsfindung“ beitragen sollen, verfolgen im Kontext von Datenerhebungen sowie -auswertungen letztlich immer das Ziel, soziale Wirklichkeiten einheitlich auf ein Minimum zu reduzieren. Um Wissenschaft im Rahmen dieser Abläufe inklusiver zu gestalten, bedarf es neben der Reflexion der eigenen Situiertheit ebenso der Einbettung partizipativer Prozesse, die Menschen und ihre lebensweltlichen Sichtweisen als Co-Forschende einen maßgeblichen Teil von Forschung und Wissensgenerierung einräumen (vgl. von Unger 2014, 1). Dabei sind partizipative Forschungsansätze nach Hella von Unger (2014, 1) nicht als Methodologie, sondern vielmehr als Forschungsstil zu betrachten, der in unterschiedlichen theoretischen sowie praktischen Kontexten integriert werden kann (vgl. ebd., 1).

„Partizipative Forschung ist ein Oberbegriff für Forschungsansätze, die soziale Wirklichkeit partnerschaftlich erforschen und beeinflussen. Ziel ist es, soziale Wirklichkeit zu verstehen und zu verändern. [...] Ein grundlegendes Anliegen der partizipativen Forschung ist es, durch Teilhabe an Forschung mehr gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen. [...] Ausschlaggebend ist nicht eine bestimmte Methodenwahl, sondern die Form der Zusammenarbeit mit Community-Partnern und die Wertschätzung der Communities und ihres lokalen Wissens [...]“ (ebd., 1).

Die eigene Machtstellung im Wissenschaftskontexten zu teilen, bedeutet insofern auch, sich von geradlinigen und rein akademischen Strukturen zu lösen, um Platz für partizipative Forschung zu machen und Community-Wissen sowie graue Literatur anzuerkennen (vgl. ebd., 31; Gramlich & Haas 2019, 49 f.; Vorbrugg et al. 2021, 91). Um Forschung

---

fortzuschreiben bzw. zu erweitern oder Personen nur als Expert:innen der entsprechenden Differenzkategorie(n) zu verhandeln.

<sup>70</sup> Dieser englischsprachige Begriff lässt sich nicht (be)deutungsgleich in die deutsche Sprache übersetzen. Begriffe wie Gemeinschaft, Gemeinde oder Interessenskreis bilden etwaige Synonyme. Die Zugehörigkeit zu einer Community zeichnet eine freiwillige Basis aus, dessen Grundpfeiler u.a. aus einem gemeinsamen Zugehörigkeitsgefühl, gleichen/ähnlichen Anliegen/Interessen sowie der Abgrenzung gegenüber anderen Personen bestehen (vgl. von Unger 2014, 28).

<sup>71</sup> WDR Fernsehen; FrauTV (18.06.2020): Wenn frau überhaupt keinen Kinderwunsch hat: Sterilisation unter 30 Jahren - ganz schwierig [Beitrag]

evident darzustellen, müssen sich Forschende dennoch gewissen Gegebenheiten unterwerfen, die konkrete Planungs- und Entscheidungsprozesse erfordern. Während das „Prinzip der Offenheit“ im Rahmen qualitativer Forschungsdesigns häufig als „methodische Offenheit“ fehlinterpretiert wird, zielt dieses vielmehr auf eine Offenheit im Sinne einer abwesenden Verpflichtung zur exakten Hypothesenformulierung ab (vgl. Mayring 2020, 4). Trotz dessen findet qualitative (ebenso wie quantitative) Forschung unter kontrollierten, bewachten und bewerteten Gegebenheiten statt (vgl. Wintzer 2016, 4 ff.; Mayring 2020, 4).

Beginnend mit einem Forschungsgegenstand, welcher die hier fokussierte Thematik der Tubensterilisation rahmt, wurde zunächst unter Zuhilfenahme anerkannter, wissenschaftlicher Theorien, der Einbeziehung der Bedarfe des Vereins selbstbestimmt steril e.V. sowie dem dort verorteten, lokalen Community-Wissen die Forschungsfrage herausgearbeitet. Da der Forschungsfrage bereits ein starker Gegenstandsbezug in Verbindung mit spezifischen (nicht standardisierbaren/statistisch messbaren) subjektiven Erfahrungsräumen inhärent ist, welche die Grundlage qualitativer Forschungsansätze bilden, wurde zwecks Erschließung der Forschungsfrage insoweit ein explorativer qualitativer Forschungsansatz gewählt (vgl. Wintzer 2016, 8; Flick 2019, 478; Stein 2019, 126). Aufgrund der eigenen Vereinsmitgliedschaft der Forschenden bei selbstbestimmt steril e.V. und den auf der Vereinshomepage öffentlich zugänglichen Erfahrungsberichten der hier fokussierten Personengruppe, erwies sich der nach Uwe Flick (2021, 145 ff.) stetig aufkommende Konflikte zwischen dem Feldzugang zu Institutionen sowie Einzelpersonen und der tatsächlichen Bereitschaft von Teilnehmenden in der Praxis als unproblematisch.

## **5.2 Erfahrungsberichte als Forschungsmaterial**

Während qualitative Forschungsansätze häufig mit eigens erhobenen, verbalen Daten wie transkribierten Interviews oder Gruppendiskussionen arbeiten, wird die nähere Betrachtung des Internets als Untersuchungsgegenstand oder Erhebungsmethode bis dato noch häufig kritisch betrachtet (vgl. ebd., 193 ff.; Gnambs & Batinic 2020, 98 f.). Obwohl in der qualitativen Forschung für internetbasierte Daten bisher keine grundlegend neuen Erhebungstechniken vorliegen und die instrumentelle Verwendung des Internets in Form von technologieunterstützten Datenerhebungen/-verarbeitungen heute weitverbreitet und anerkannt ist, ergründet die phänomenologische Perspektive auf das Internet, als Ort dem Untersuchungsmaterial inhärent ist, häufig nicht die erste Wahl (vgl. Gnambs & Batinic 2020, 98 f.). Dabei dürfte spätestens seit den letzten beiden Jahrzehnten allgegenwärtig sein, dass das Internet mit dem Einzug in viele Lebenswelten nicht nur ein alternatives Kommunikationsmittel darstellt,

„[...] sondern als ein Ort sozialer Begegnung [zu begreifen ist], in dem Personen interagieren, soziale Beziehungen aufbauen und pflegen (z. B. in Online-Communities wie Facebook, Twitter, oder Instagram), die keineswegs weniger reichhaltig ausfallen als vergleichbare Beziehungen in der realen Welt“ (ebd., 99).

So fußt beispielsweise auch die Entstehung der Interessensgemeinschaft sowie des Vereins selbstbestimmt steril e.V. auf einem Zusammenkommen von „sieben Frauen mit queer-feministischer Mentalität aus ganz Deutschland“ (selbstbestimmt steril e.V. o. J.e) in einem Online-Forum im Oktober 2018. Im Gegensatz zu reaktiven Diskussionsforen oder offenen Online-Befragungen stellen Erfahrungsberichte asynchrone sowie non-reaktive Daten dar (vgl. Schiek & Ullrich 2016, 2; Gnambs & Batinic 2020, 100). Da das Sprechen über die zugrundeliegende Thematik aufgrund von Stigmatisierungs- und/oder Diskriminierungserfahrungen gehemmt werden kann, stellt sich dieses non-reaktive Material als besonders zweckdienlich heraus,

„[...] da Personen häufig freiwillig umfangreiche persönliche Informationen im Internet zur Verfügung stellen, die Einblick in deren Alltagserfahrungen und subjektives Erleben ermöglichen“ (Gnambs & Batinic 2020, 102).

Durch die dahingehend (von Forschenden) nicht zu kontrollierenden Umstände, in denen diese Berichte verfasst werden und die ausbleibende direkte Reaktionsmöglichkeit durch Gestik/Mimik oder Verständnisfragen, stellen diese Daten einen maximalen Kontrast zu den synchronen Face-to-Face-Verfahren dar (vgl. Schiek & Ullrich 2016, 2). Abseits der Kosten-, Zeit und Kontaktersparnis<sup>72</sup> die sich daraus für die Beteiligten ergeben, bietet das erhöhte Maß an Anonymität einen besonderen Vorteil. Timo Gnambs und Bernad Batinic (2020, 107) verweisen insofern darauf, dass es dazu führen kann, „dass Personen aufgeschlossener sind und mehr Informationen über sich selbst Preis geben“. Nach Jürgen Straub (2020, 241) ist die Narration von „Geschichten“ als universale anthropologische Praxis zu verstehen, die mit beziehungsstiftenden, gemeinschaftsbildenden sowie empowernden und somit bedeutenden kulturellen wie sozialen Funktionen einhergeht. Das hier fokussierte und im spezifischen Feld verortete „Storytelling“<sup>73</sup> ist nach Ross (2021, 30) bereits – für sich stehend – als aktivistische Praktik zu verstehen.

„*Storytelling*, das Erzählen von Geschichten, ist ein wesentlicher Aspekt der Praxis reproduktiver Gerechtigkeit. Der Geschichte einer anderen Person zuzuhören lädt uns dazu ein, die Perspektive zu wechseln, das heißt uns das Leben einer anderen Person vorzustellen und so auch unsere eigenen Realitäten und Möglichkeiten neu zu betrachten und zu überdenken. [...] Vulnerable Menschen wissen um die Gefahren, die damit verbunden

---

<sup>72</sup> Der Begriff der „Kontaktersparnis“ soll an dieser Stelle auf die Coronapandemie verweisen, die während der Erstellung dieser Arbeit gegenwärtig war.

<sup>73</sup> Ross (2021, 31) verortet den Ursprung des Storytellings „in Form von mündlich überlieferten Erzählungen oder durch Singen mit der Peergruppe“, als Kampf gegen das Schweigen bzgl. geschlechterspezifischer sowie rassistischer Unterdrückungen von (Schwarzen) Feminist:innen und versklavten Menschen. Das Storytelling wird in vielen Communities im Kontext von subversiven Erzählungen ebenso als Widerstand gegen Unterdrückung und die vermeintliche Natur der Gesellschaft genutzt (vgl. Ross 2021, 31).

sind, ihre Wahrheiten individuell zu erzählen, egal wie sehr diese sie innerlich ersticken lassen mögen“ (ebd., 30 f.).

Der Zugang zu den Erfahrungsberichten erfolgte über das Anwählen der Schaltfläche „Erfahrungen“, welche in der Kopfzeile der Homepage von selbstbestimmt steril e.V. (o. J.e) integriert ist. Die dahinterliegende Seite ist mit der Überschrift „Erfahrungsberichte – Warum? Und vor allem: Wie?“ versehen und wird mit dem folgenden Text eingeleitet:

„Jeder Mensch ist einzigartig. Und so einzigartig jeder Mensch ist, so einzigartig sind seine Geschichte und sein Weg – und seine Beweggründe für eine Sterilisation. Hier möchten wir euch einen Eindruck geben, was Personen mit Uterus umtreibt, wenn es um das Thema Sterilisation geht“ (selbstbestimmt steril e.V. o. J.b).

Darunter folgt eine Bulletpoint-Auflistung von insgesamt elf Erfahrungsberichten. Die einzelnen Berichte sind jeweils mit Namen sowie Geburtsjahren (1961-1998) versehen und enthalten die Information, ob bzw. in welchem Lebensjahr (24.-30.) die jeweilige Person sterilisiert wurde und wie viele Kinder ggfs. vor der Tubensterilisation geboren wurden (vgl. selbstbestimmt steril e.V. o. J.b). Von elf Erfahrungsberichten sind drei von sterilisierten cis Frauen (geb. 1977-1981) mit einem, zwei und drei Kind(ern), die aufgrund der hier fokussierten (kinderfreien) Personengruppe nicht weiter berücksichtigt werden. Die hinzugezogenen Daten umfassen dabei einen Erfahrungsbericht von einer (bis dato) nicht sterilisierten cis Frau (geb. 1998), sechs von sterilisierten cis Frauen ohne Kind(er) (geb. 1961-1992) und einen Bericht von einer „nicht-binäre[n] Transperson (biologisch weiblich)“ (Lu, 1) ohne Kind(er) (geb. 1996). Unter der Liste findet sich neben dem Verweis auf die (zwecks Schutz der Privatsphäre) veränderten Vornamen auch die Information, wie selbstbestimmt steril e.V. Erfahrungsberichte „generiert“:

„Wenn du auch einen Erfahrungsbericht beisteuern möchtest, schreib uns! Wichtig ist dabei nur, dass du einen Uterus hast (bzw. hattest). Wir suchen derzeit nur Erfahrungen von sterilisierten Personen **mit** Kindern, um eine vielfältige Bandbreite an Erfahrungen sichtbar zu machen“ (selbstbestimmt steril e.V. o. J.b) [Herv. i. O.].

Einige Nachteile die mit diesem narrativen und unstrukturierten Berichten einhergehen, fallen auf die asynchrone und non-verbale Kommunikationsebene zurück (vgl. Gnambs & Batinic 2020, 107). Während das Gesprochene beispielsweise in Interviewsituationen durch Gestik/Mimik verdeutlicht werden kann, stehen die schriftlichen Informationen der Erfahrungsberichte für sich und können nicht – wie in einem verbalen Austausch – spontan hinterfragt werden (vgl. Flick 2021, 341). Abseits expliziter Situierungen können nicht benannte Verortungen zudem nur aus dem Kontext bzw. dessen Interpretation erfolgen und erschweren insoweit (realweltliche) Kontextualisierungen (vgl. ebd., 340).

Von acht der hinzugezogenen Erfahrungsberichte sind sieben cis Frauen heterosexuell verortet. Davon beschreiben zwei das eigene Wohngebiet als „Kleinstadt“ (Julia \*1991;



Sophie \*1991), eine Person verweist auf ein aktuelles Studium (Luise \*1998, [noch] nicht steril) und eine weitere Person auf eine Selbstständigkeit (Rebecca \*1988). Lu (\*1996) benennt eine gegenwärtige Beziehung zu einem „Partner“ sowie eine chronische Erkrankung und Schwerbehinderung aufgrund einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Insgesamt umfassen die Berichte die persönlichen Beweggründe sowie Erfahrungen in Bezug auf die Tubensterilisation von volljährigen sowie einwilligungsfähigen Personen. Abgesehen von der (noch) nicht sterilisierten Person sind diese Einblicke zeitlich größtenteils vor sowie nach der Tubensterilisation zu verorten. Lediglich der Bericht einer cis Frau (Sophie \*1991) ist mit dem nachträglichen „Update“ versehen, dass die Sterilisation in Form von einer Hysterektomie (Uterusentfernung) nach der Veröffentlichung des Berichts erfolgt ist. (Zuvor wird der Sterilisationswunsch beschrieben, welcher sich im Verlauf aufgrund von Diagnosen wie Endometriose und einer Vorstufe von Gebärmutterhalskrebs [daraus resultierend HPV<sup>74</sup> High Risk positiv] zu einem Hysterektomiewunsch entwickelte.) Aufgrund der in den Berichten eingebetteten Fotos kann bei fünf Personen eine *weiße* Situierung vermutet werden. Weitergehende, wirkungsmächtige Strukturkategorien (wie Migrationserfahrungen, Staatsangehörigkeit, Einkommen u.a.), dessen Zugehörigkeiten mit einer (ungleichen) Verteilung von Privilegien sowie Ressourcen einhergehen, konnten anhand der Daten nicht erschlossen werden.

### 5.3 Materialauswertung

Internetbasierte, qualitative Forschung setzt bisher keine gänzlich neuen Erhebungs- sowie Auswertungsmethoden voraus (vgl. Schiek & Ullrich 2016, 9; Gnambs & Batinic 2020, 99 f.). Die qualitative Sozialforschung bietet dahingehend ein breites Repertoire „sehr unterschiedliche[r] theoretische[r], methodologische[r] und methodische[r] Zugänge zur sozialen Wirklichkeit“ (von Kardorff 1995, 3), wobei Philipp Mayring (2016) fünf Grundsätze des qualitativen Denkens benennt:

„die Forderung stärkerer *Subjektbezogenheit* der Forschung, die Betonung der *Deskription* und der *Interpretation* der Forschungssubjekte, die Forderung, die Subjekte auch in ihrer natürlichen, *alltäglichen* Umgebung [...] zu untersuchen, und schließlich die Auffassung von der Generalisierung der Ergebnisse als *Verallgemeinerungsprozess*“ (ebd., 19) [Herv. i. O.].

In Abgrenzung zur quantitativen Methode, welche die Mengen, Häufigkeiten und statistischen Zusammenhänge der erhobenen Daten ermittelt, erfasst und analysiert die

---

<sup>74</sup> HPV steht für humane Papillomviren, die über direkten Hautkontakt oder Schmierinfektionen übertragen werden können. HPV-Viren bilden eine kausale Ursache für die Entstehung eines Zervixkarzinoms, welches weltweit die zweithäufigste Krebserkrankung bei Frauen ergründet, sowie etwaiger Vorstufen (vgl. Scharl & Göhring 2013, 366).

qualitative Methode die Sinnstrukturen und Handlungsmuster in ihrer sprachlichen Vermitteltheit und Prozesshaftigkeit (vgl. Strübing 2018, 24).

Um eine Auswertung des (bereits [teil]anonymisierten) schriftlichen Datenmaterials zu ermöglichen, wurde dieses zunächst als Textdatei mit Zeilennummerierung gesichert (siehe Anhang). Da das Material in seiner Form eine Nähe zu (narrativen) Interviews aufweist, welchen ebenso wie der „Internet-Forschung“ keine bestimmte Form der Auswertung zugeschrieben wird, bieten sich nach Flick (2021, 340) sowie Kuckartz & Rädiker (2022, 130) kodierende bzw. kategorisierende Auswertungen an. Dementsprechend wurde für die nachfolgende Auswertung der Erfahrungsberichte eine Triangulation aus der inhaltlich strukturierenden und explikativen qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring gewählt (vgl. Mayring 2016, 117; Kuckartz & Rädiker 2022, 129).

Die inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse verfolgt dabei das Ziel, das Datenmaterial in einem ersten Schritt anhand einer „vollständig induktiven Kategorienbildung“ (Kuckartz & Rädiker 2022, 129) zu strukturieren. Die Strukturierung folgt dahingehend einem festgelegten sowie konkreten Ablaufmodell (vgl. ebd., 97). Diese Form des systematischen Vorgehens ermöglicht eine sorgfältige Ergebnissicherung ohne an Übersichtlichkeit zu verlieren (vgl. Mayring 2016, 114). Das Ablaufmodell erfordert zwecks inhaltlicher Strukturierung zunächst eine Kategorienbildung, welche sich aus Haupt- sowie Unterkategorien zusammensetzt (vgl. Mayring 2015, 103; Kuckartz & Rädiker 2022, 97). Mittels des Forschungsgegenstands sowie der zugrunde gelegten Theorie zu dem Themenkomplex der Tubensterilisation wurden dabei drei Hauptkategorien in Bezug auf die Erfahrungen im Rahmen der reproduktiven Selbstbestimmung und Gesundheit sowie Kinderfreiheit herausgestellt. Darüber hinaus wurden die jeweiligen Hauptkategorie in mehrere Unterkategorien unterteilt (siehe Kapitel 6). Das explizit definierte Kategoriengerüst bietet im Kodierprozess insoweit „eine eindeutige Zuordnung von Textmaterial zu den Kategorien“ (Mayring 2016, 118), wobei nicht sinntragende und damit für die Forschungsfrage unrelevante Textstellen unkodiert bleiben (vgl. Kuckartz & Rädiker 2022, 134). Das herausgefilterte und zugeordnete Material wird letztlich in Form einer Abstraktion zusammengefasst und aufgearbeitet (vgl. Mayring 2016, 120).

Die Verbindung verschiedener Methoden aus unterschiedlichen Forschungsansätzen wird durch den Begriff der Triangulation erfasst (vgl. Flick 2019, 480 ff.). Demnach kann ein Forschungsgegenstand von mindestens zwei Punkten aus betrachtet werden und als ein Mittel der „Erkenntniserweiterung“ (Flick 2011, 41) genutzt werden. Die Anwendung der Explikation dient dabei der Erläuterung erklärungsbedürftiger Termini und somit der Sicherung eines lückenlosen kontextabhängigen Verständnisses zur Ergänzung der

erstgewählten Analyseform (vgl. Mayring 2016, 118). Die genaue Anwendungsform der Explikation (durch Fußnote erkenntlich) sowie die Arbeitsschritte der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse können der Auswertungstabelle (siehe Anhang) entnommen werden.

## **6 Darstellung der Ergebnisse**

Im Folgenden werden die Ergebnisse der vorangehend erläuterten Analyse der Erfahrungsberichte dargestellt. Im Kontext der hier fokussierten Erfahrungswelten bzgl. der Realisierung eines Sterilisationswunsches gingen aus dem Material drei Hauptkategorien hervor. Die erste Hauptkategorie trägt die Bezeichnung „Reproduktive Selbstbestimmung“ (Kapitel 6.1), wobei die darin eingebetteten (Selbst-)Erfahrungen in fünf Unterkapiteln körperliche, psychische und soziale Aspekte beinhalten. Darauf folgt die Darstellung der zweiten Hauptkategorie, welche die von den Verfasser:innen gemachten Erfahrungen im Rahmen der reproduktiven Gesundheit (Kapitel 6.2) fokussiert. Innerhalb des medizinischen Kontexts werden Faktoren wie die Zugänglichkeit zur Tubensterilisation, Akzeptanz und Sicherheit sowie alternative Verhütungsmittel, in Form von vier Unterkapiteln, näher beleuchtet. Zuletzt folgt die Darstellung der dritten Hauptkategorie, wobei Erfahrungswelten in Bezug auf Kinderfreiheit im sozialen Umfeld (Kapitel 6.3) näher betrachtet werden. Die drei darin eingebetteten Unterkategorien umfassen die Themenbereiche Rechtsfertigungsdruck, Zuschreibungen repronormativer Verpflichtungen und Stigmatisierung. Es wird darauf hingewiesen, dass die Erfahrungswelten der Verfasser:innen in Kapitel 6.2 und 6.3 zwar einer Differenzierung in Bezug auf den medizinischen/gynäkologischen Kontext und das nähere, soziale Umfeld unterzogen wurden, die Ansprache von normierenden Erfahrungen sowie deren Auswirkungen jedoch in nahezu allen Kapiteln vertreten sind. Aufgrund der entsprechenden Verschränkungen waren ein trennscharfes Herausfiltern und Darstellen nicht durchgängig realisierbar.

### **6.1 Erfahrungen im Rahmen der Tubensterilisation als reproduktive Selbstbestimmung**

Insbesondere die Auseinandersetzung mit reproduktiven Rechten unter Kapitel 2.2, welche die reproduktive Autonomie und das selbstbestimmte Handeln eines Individuums über die eigene Fortpflanzung absichern sollte, erfährt in Deutschland bisher keine explizite rechtliche Verankerung (vgl. Wapler 2018, 185 ff.). In Diskursen über reproduktive Selbstbestimmungen konnte darüber hinaus häufig eine heteronormative Sichtweise vernommen werden, die nicht zwischen sexueller und reproduktiver Selbstbestimmung differenziert. Dementsprechend wird sexuelles Handeln in Co-Abhängigkeit zu

Reproduktion gesetzt, welche wiederum mit einer „gesamtfamiliäre[n] Entscheidung“ (djb 2017, 2) gleichgesetzt wird. Entgegen dieser Annahme zeigen die Erfahrungsberichte, dass Reproduktion ganz deutlich als persönliche und selbstbestimmte Lebensgestaltung verhandelt und verbalisiert wird, die Auswirkungen auf die sexuelle Selbstbestimmung hat, aber auch losgelöst davon betrachtet werden kann.

**6.1.1 Entscheidungsfindung** – *„All die aufgezählten Gründe sind Gründe, aus denen ich persönlich keine Kinder bekommen möchte, das hat nichts mit anderen Leuten zu tun.“*

Wie insbesondere die Auseinandersetzung in Kapitel 2.2 und 4.2 aufgezeigt hat, wird Personen mit Uterus im Rahmen der Verbalisierung eines Sterilisationswunsches als Ausdruck reproduktiver Selbstbestimmung häufig unterstellt, diese Entscheidung aus „einer Laune der Natur“ heraus gefällt und nicht durchdacht zu haben. Hierbei wird insbesondere das Narrativ der hoch emotionalen/hysterischen Frau, welche keine rationalen Entscheidungen treffen kann, bedient (vgl. Foucault 1991, 126). Im Kontext der reproduktiven Selbstbestimmung wird diesen die Unmöglichkeit einer kritisch-reflexive Auseinandersetzung mit sich selbst und der Umwelt zugeschrieben sowie eine damit einhergehende Handlungs- und Urteilsfähigkeit abgesprochen. Die in allen acht Erfahrungsberichten vorhandene Bezugnahme auf Selbsterfahrungen im Rahmen der eigenen Entscheidungsfindung zeigt jedoch Gegenteiliges auf. So steht die Aussage: „Meine Entscheidung für die Sterilisation war nicht unbegründet oder einer Laune geschuldet.“ (Rebecca, 51 f.), nahezu exemplarisch für alle Erfahrungsberichte.

Die Begründungen dieser Entscheidung sowie das Alter zum Zeitpunkt der Entscheidungsfindung variieren hingegen. Drei der Personen schildern, dass ein Kinderwunsch noch nie vorhanden war bzw. die Entscheidung gegen ein Kind/eine Schwangerschaft bereits vor langer Zeit gefällt wurde:

„Ich möchte keine Kinder bekommen, das wollte ich eigentlich noch nie.“ (Luise, 2-6; 60 f.)

„Ich weiß schon seit der Grundschule, dass ich keine Schwangerschaft erleben möchte [...]“ (Anna, 54 f.)

„Sobald ich mit den pubertären Sinnfragen des Lebens fertig war, wusste ich eines genau: Ich möchte keine Kinder, keine Familie gründen.“ (Gerda, 1 f.)

„Seit ich denken kann, war für mich allerdings klar, dass ich nie im Leben Kinder gebären will und mein Sterilisationswunsch ist entstanden [...]“ (Lu, 19 f.)

„Umso älter ich werde, desto mehr verhärtet sich dieser Gedanke.“ (Sophie, 42)

Diese Aussagen eint dabei, dass die Personen sich aufgrund des Vorhandenseins eines Uterus grundsätzlich und bereits in der frühen Kindheit/Jugend mit einem möglichen „Kinderkriegen“ auseinandergesetzt haben. Wesentliche Unterschiede zeigen sich hingegen in der Begründung sowie persönlichen Auseinandersetzung mit dieser Entscheidung.

Lu (2-8) führt in diesem Zusammenhang aus, dass der Sterilisationswunsch mit der Findung der eigenen (nicht-binären) Geschlechtsidentität, „dem Zurückfinden zur Selbstbestimmung nach traumatischen Erfahrungen“ (ebd., 4) sowie einer nicht vorhandenen Identifikation „mit den als weiblich assoziierten Eigenschaften meines Körpers“ (ebd., 5 f.) im Zusammenhang steht. Dahingehend zeigt sich eine Internalisierung als auch bewusste Abgrenzung von vorherrschenden repronormativen Denk- und Wahrstrukturen, die Schwangerschaften, das Gebären und Menstruieren als „weiblich“ normieren (vgl. Stritzke & Scaramuzza 2016, 146):

„Ein Schlüsselmoment war dabei der Tag, an dem ich zum ersten Mal meine Periode bekam und mein Körper somit gebärfähig wurde.“ (Lu, 6-8).

Lu konstatiert darüber hinaus, dass ein Sterilisationswunsch kein universeller Ausdruck einer Abneigung gegenüber der Vorstellung eines Lebens mit Kind(ern) sein muss, sondern vielmehr von aktuellen gesundheitlichen sowie finanziellen Lebensumständen beeinflusst werden kann:

„Ich habe auch grundsätzlich keine pauschale Abneigung dagegen, Kinder großzuziehen. Auch wenn meine aktuelle Lebenssituation dies nicht zulässt, könnte ich mir durchaus vorstellen, irgendwann mal Kinder zu haben, auch mit meinem jetzigen Partner(!!). [...] Als Alternative kann ich mir gut vorstellen, irgendwann, wenn es meine gesundheitliche und finanzielle Situation zulässt, Kinder zu adoptieren!“ (Lu, 16-23)

Lus Aussage steht dabei exemplarisch dafür, warum reproduktive Selbstbestimmung nicht grundlegend mit sexuellem Handeln in Verbindung gebracht werden kann oder „Reproduktion“<sup>75</sup> als Synonym von sexuellem Handeln zu verhandeln ist (vgl. Wapler 2018, 191). Sophie (1-3) schildert hingegen die Erfahrung, dass sich die ideelle Lebensvorstellung mit eigenen Kindern unter anderem aufgrund von multiplen Diagnosen im Alter von Mitte 20 verändert hat:

„Mein Leben veränderte sich durch diesen einen Arztbesuch allerdings noch deutlich stärker. Der nächste Schock war eine faustgroße Zyste, die mir später noch nach dem Leben trachten wollte, und gemeinsam mit den Endometriose<sup>76</sup>-Herden in einer Not-OP entfernt wurden. Aber damit war es immer noch nicht vorbei, denn ein paar Wochen später kam dann ein neuer Anruf: "Ihr Pap-Abstrich<sup>77</sup> ist auffällig." [...] Ich bin mit meinem Unterleib echt durch. Durch die verschiedenen Diagnosen, besonders durch die Krebsvorstufe, krepelte ich mein Leben um. Ich überdachte viele Bereiche meines Lebens, meine

---

<sup>75</sup> Der Begriff der Reproduktion erfährt an dieser Stelle eine Akzentuierung, da dieser (wie der Begriff der Familienplanung [siehe Kapitel 2.1]) nicht als genetisches/biologisches Abstammungskonzept betrachtet werden soll.

<sup>76</sup> Unter Endometriose ist das „das Vorkommen von Endometrium oder endometriumähnlichem Gewebe außerhalb des Cavum uteri“ (Baumann & Gätje 2013, 288) zu verstehen. Dies bedeutet, dass Schleimhautgewebe des Uterus in benachbarten Gewebeverbände Organen verbreitet. Neben den Ovarien, Tuben sowie dem Uterus können Endometriosezellen sich auch in Dünn-/Dickdarm, Leber oder Zwerchfell ausbreiten. Dort führen sie zu Verwachsungen, Blutungen und operativen Eingriffen. „Keine der heute zur Verfügung stehenden Behandlungsmethoden der Endometrioseerkrankung ist kausal bzw. kurativ“ (Baumann & Gätje 2013, 304).

<sup>77</sup> Der PAP-Abstrich steht für einen Zellabstrich der Portio und dem Zervikalkanal nach Papanicolaou. Dieser Abstrich dient der Krebsfrüherkennung eines Zervixkarzinoms (vgl. Ahr & Scharl 2013, 356).

Denkweisen, meine Meinungen. Ich reflektierte mich selbst und kam zu der Erkenntnis, dass ich EIGENE Kinder eigentlich überhaupt nicht haben möchte. (Sophie, 21-38)

Aufgrund der kontinuierlich wachsenden Endometrioseherde und „der ständigen Angst, wieder und wieder operiert werden zu müssen“ (Sophie, 47) wurde von Sophie zwecks gleichzeitiger Schmerzlinderung eine Hysterektomie (Gebärmutterentfernung) als sterilisierende Maßnahme bevorzugt. Mit dem Verweis auf (nicht gesundheitliche) Aspekte aus Rebeccas Erfahrungsbericht, äußert Sophie ebenso, warum sie „in die heutige Welt auch kein Kind setzen“ (ebd., 43 f.) wollte. Als einen von vielen folgenden Gründen führen Rebecca sowie Luise die (prekären) Rahmenbedingungen der Finanzierung eines Kindes an:

„Für mich gab und gibt es viele Gründe gegen das Kinderkriegen, und ein praktisches Argument ist das Geld. Niemand kann mir garantieren, dass ich immer einen (arbeitenden) Partner haben werde – und da ich selbständig bin und bleiben möchte, habe ich weder bezahlten Urlaub noch Lohnfortzahlungen im Krankheitsfall oder bei ausbleibenden Aufträgen. Nur vom Staat kann und möchte ich mich in solch einer Situation zudem nicht finanzieren lassen. (Rebecca, 11-16)

„Auch finanziell schränken Kinder ein. Kinder kosten nun mal etwas und leben nicht von Luft und Liebe, so sehr man sich das auch wünscht. Das Geld muss man erst einmal haben, auch das ist in diesem Land nicht allzu einfach.“ (Luise, 29-32)

Außerdem verweist Luise auf etwaige „Schwierigkeiten bei der Jobsuche für Mütter“ (35), die mit unflexiblen Arbeitszeiten, prekären Teilzeitmodellen oder ganz grundlegend mit der Art der Arbeit bzw. dem Beruf einhergehen können:

„Ich liebe mein Studium und mache diese Laborarbeit aus Leidenschaft. Ich möchte nicht studieren, um hinterher meinen beruflichen Traum aufzugeben.“ (ebd., 28 f.)

Neben Rebecca, Luise und Sophie verortet auch Lu Gründe für eine Tubensterilisation und/oder gegen die eigene Reproduktion in Auswirkungen aktueller (inter-)nationaler politischer Geschehnissen sowie Übervölkerung, welche sie „einer weiteren Generation nicht antun“ (Rebecca, 33) wollen würden:

„Ich möchte kein Kind in eine Welt setzen, in der die AfD erschreckend viele Befürworter findet, Donald Trump US-Präsident ist (Stand: Dezember 2018), Fracking bald zum Alltag gehören könnte, die Ressourcen der Erde sowieso leichtfertig und rücksichtslos aufgebraucht werden [...]“ (ebd., 28-31).

„Die Erde reicht nicht mehr aus, um eine solch große Anzahl von Menschen zu beherbergen und ich möchte nicht persönlich zu dieser Entwicklung beigetragen haben. Mit wachsender Weltbevölkerung steigt auch das Leid auf diesem Planeten. Jeder neunte Mensch auf diesem Planeten hungert, ein noch größerer Teil lebt in Armut oder Krieg. Das ist keine Welt, in die ich ein Kind setzen möchte, wo ich doch die Wahl habe, es nicht zu tun.“ (Luise, 12-17)

„Ich bin ohnehin der Ansicht, dass ich in die aktuelle Gesellschaft nicht noch mehr Kinder setzen will, sondern denen, denen es jetzt schon nicht gut geht, ein bestmögliches Zuhause bieten möchte.“ (Lu, 23-25)

Diese Äußerungen zeigen exemplarisch auf, dass eine Entscheidung gegen als auch für Kinder ein mehrdimensionaler Prozess der Auseinandersetzung sein kann. Darüber

hinaus zeigen die letztgenannten Aussagen auch Gemeinsamkeiten zu den Interessen der „birthstrike“-Bewegung (siehe Kapitel 4.2) auf. Luise, Sophie und Rebecca führen weitergehend an, dass mit der Verantwortung für ein Kind, neben den finanziellen Faktoren, auch Einschränkungen im Kontext der Freizeit-/Lebensgestaltung maßgebliche Gründe für eine Tubensterilisation darstellen:

„Viele Eltern bestreiten das und bezeichnen Kinder als das größte Glück auf Erden, das nur bereichert und keinerlei Einschränkungen mit sich bringt. Das stimmt so nicht. Kinder rauben Freizeit. Manch einer beschäftigt sich gerne in seiner freien Zeit mit dem Nachwuchs, ich tue das nur sehr ungern. Kinder nehmen Flexibilität in der Freizeitgestaltung.“ (Luise, 18-22)

„Ein weiterer Grund ist meine geliebte Freizeit und Spontaneität. Ich möchte meine Tage frei gestalten können. Ich will nicht Monate im Voraus planen müssen, was ich wann und wie tun muss, weil das Kind dann eine Turnveranstaltung, Klassenfahrt, Ferien etc. hat.“ (Rebecca 19-21)

Abseits dessen stellen für Rebecca (24-27) und Luise unzureichende Betreuungsangebote und -möglichkeiten, welche von Kindertagesstätten über nicht „verfügbare“ Großeltern oder Partnerschaftspräferenzen, weitere Gründe gegen die eigene Reproduktion dar.

„Gerade als alleinerziehende Mutter, die ich vermutlich wäre, da ich kein Typ für romantische Partnerschaften bin. Knappe Kitaplätze, die man am besten schon beim zweiten Strich auf dem Schwangerschaftstest beantragt [...]“ (Luise, 32-34)

Luise spiegelt ebenso eine nicht existente Identifikation mit dem hetero- sowie repronormativen „Idealbild“ einer romantischen Partnerschaften (mit Kind). Zudem beschreibt Luise, dass die fundamentale Abneigung gegenüber der körperlichen Erfahrung einer Schwangerschaft, den Sterilisationswunsch wie bei Lu und Rebecca bestärkt habe.

„Nicht zuletzt weiß ich, wie der Körper einer Frau nach einer Schwangerschaft aussieht [...]. Außerdem habe ich eine unglaubliche Abneigung gegen alles, was mit einer Schwangerschaft zusammenhängt. Wo andere Frauen ein heranwachsendes Leben sehen, sehe ich quasi einen Parasiten.“ (Rebecca, 34-38)

Die Erfahrungsberichte zeigen auf, dass die Tubensterilisation als bewusste höchstpersönliche sowie „lebensverändernde Entscheidung“ (Luise, 59) wahrgenommen wird, der nicht nur Selbsterfahrungen wie die Reflexion der eigenen, individuellen Bedürfnisse und Lebensvorstellung inhärent sind. Ebenso werden finanzielle sowie körperliche Folgen, gesellschaftliche Rahmenbedingungen für ein Leben mit Kind(ern) sowie Umweltfaktoren kritisch reflektiert.

„All die aufgezählten Gründe sind Gründe, aus denen ich persönlich keine Kinder bekommen möchte, das hat nichts mit anderen Leuten zu tun. Ich verurteile die Entscheidung, Kinder zu bekommen nicht. Kinder können etwas Wundervolles sein und es kann die beste Entscheidung des Lebens sein, welche zu bekommen. Nur eben nicht für mich.“ (Luise 61-65)

Wie bereits in Kapitel 2.1, 2.2 und 4.2 dargestellt, begegnet die Fremdzuschreibung von Reue, als tiefes Bedauern der eigenen Entscheidung, vielen Personen mit Uterus im Rahmen eines kinderfreien Lebensentwurfs und/oder bei der Realisierung einer

Tubensterilisation (vgl. Lalonde 2018, 281). Interessant ist an dieser Stelle, dass Luise sowie Emma „Reue“ vielmehr im eigenen Prozess der Entscheidungsfindung verorten. Luise verweist dahingehend darauf, dass jede Entscheidung ein mögliches „Reustrisiko“ für ein Bereuen mit sich bringe, es dieses jedoch abzuwägen gelte:

„Mag sein, dass dem so ist. Es gibt keine Garantien im Leben, nirgendwo. Jedoch bereue ich es lieber, nicht mehr schwanger werden zu können, als irgendwann zu bereuen, dass ich ein Kind bekommen habe, das dann unter dieser Reue leiden muss. Regretting Motherhood ist kein sehr seltenes Phänomen und doch scheint dies immer noch ein Tabuthema zu sein.“ (Luise, 53-57)

Luise setzt den Aspekt des möglichen Bereuens einer Tubensterilisationen in Relation zu den Auswirkungen des Bereuens ein Kind bekommen zu haben und verweist dabei nicht nur auf die Folgen für das jeweilige Kind, sondern ebenso auf die „gesellschaftliche Tabuisierung“. Dabei stellen Mutterschaft und Reue keineswegs einen Widerspruch dar (vgl. Donath 2016, 9). Emma verortet die Erfahrung von Reue für sich hingegen eher als Folge aufgedrängter Entscheidungen, welche im Rahmen von eigenen, wohlüberlegten Entscheidungen nicht aufkomme:

„Ich habe die Erfahrung gemacht, dass ich meine eigenen Entscheidungen noch nie bereut habe, auch wenn ich vielleicht nicht alle exakt so wieder treffen würde. Ich bereue aber so einige Entscheidungen, die mir von anderen Menschen aufgedrängt wurden und hinter denen ich eigentlich nie wirklich stand. Daher weiß ich auch, dass ich es niemals bereuen werde, keine Kinder in diese Welt gesetzt zu haben, da es meine eigene, wohlüberlegte Entscheidung ist.“ (Emma, 22-27)

### **6.1.2 Körperliche Selbstbestimmung** – *„Mein Körper, meine Entscheidung, das habe ich nie so krass gefühlt, wie jetzt und es fühlt sich unbeschreiblich gut an!“*

In sechs der Erfahrungsberichte wird deutlich verbalisiert, dass es sich bei einem Sterilisationswunsch (ebenso wie ein Kinderwunsch) um eine höchstpersönliche Entscheidung handelt (respektive handeln sollte), die mit einer intensiven und fundamentalen Erfahrung von Selbstbestimmung und Verantwortung für/über den eigenen Körper/die eigene Reproduktionsfähigkeit einhergeht.

„[...] im Vordergrund steht für mich bei diesem Thema, dass ich selbstbestimmt über meinen Körper und mein Leben entscheiden möchte. Ich habe nur diesen einen Körper und dieses eine Leben, und sollte dann nicht ich die Verantwortung darüber tragen dürfen?“ (Emma, 10-17)

„[...] und bin heute die glücklichste selbstbestimmte Frau der ganzen Welt! [...] Mein Körper, meine Entscheidung, das habe ich nie so krass gefühlt, wie jetzt und es fühlt sich unbeschreiblich gut an! [...] Das so schreiben zu können ist so fantastisch, dass ich mich all die Tage nicht entscheiden kann, ob ich laut lachen, breit grinsen oder weinen soll vor Freude. [...] Dass meine Entscheidung zählt, hat mich tief geprägt und ich denke, davon werde ich auch in anderen Situationen noch profitieren können.“ (Anna, 14 f.; 58 f.; 87-89; 29 f.)



Ebenso wird die Tubensterilisation, welche für Lu zum Beispiel einen essenziellen Bestandteil der Transition darstellt, als grundlegendes Recht auf Selbstbestimmung wahrgenommen, das zuvor nicht als Selbstverständlichkeit erlebt wurde.

„Für mich bedeutet die Transition und die zugehörige Sterilisation nicht, etwas wegzumachen, was ich verabscheue, sondern endlich das Recht auf Selbstbestimmung, das ich jahrelang nicht kannte, zu erlangen, und viel wichtiger: ausleben zu dürfen!“ (Lu 36-39)

Zusätzlich beschreibt Lu die chronische Erkrankung sowie Behinderung durch eine Traumafolgestörung als kumulativen Faktor, der zusätzlich zur Absprache dieses Selbstbestimmungsrechts führte.

„Aber lasst es euch von mir, einer Betroffenen, sagen – auch (chronisch) kranke, behinderte und traumatisierte Menschen haben ein Recht auf Selbstbestimmung über ihren eigenen Körper!“ (ebd., 42-44)

Eine Gefährdung dieser körperlichen Selbstbestimmung wird ebenso anhand von Belehrungsversuchen, einer negativen Beeinflussung des Informationszugangs sowie der Geschlechtsidentität „Frau“ beschrieben (vgl. Julia, 45; Sophie, 52-54).

„Als Frau macht man ja eher die Erfahrung, dass einem bei diesem Thema die Entscheidungsfähigkeit abgesprochen wird. Die Hormone, der richtige Partner – irgendetwas wird früher oder später schließlich den Kinderwunsch wecken.“ (Anna, 24-27)

Luise (66 f.) visualisiert ihre Erfahrung der Fremdbestimmung anhand der Metapher des Uterus als gesellschaftlicher Brutkasten. Dabei verweist Luise auf die Auswirkungen vergeschlechtlichter, gesellschaftlicher sowie bevölkerungspolitischer Normierungen des Uterus inklusive der Eileiter und Eierstöcke, welche sie in Anlehnungen an Denbow (2015, 145) zu einem Objekt von Bevölkerungspolitik machen und mit einer dementsprechenden, sozial angemessenen Selbstverwaltung konfrontieren.

„Mein Körper gehört mir. Mein Uterus ist kein gesellschaftlicher Brutkasten, sondern mein Organ, genau wie meine Eileiter und Eierstöcke, und ich möchte selbst entscheiden, was damit passiert.“ (Luise, 66-68)

Ebenso verweist Luise darauf, dass ästhetische Eingriffe bei Organen/Körperteilen wie Brust, Nase oder Rippen keine derartig überhöhte/ideologisierte Bewertung erfahren oder infolgedessen behindert würden (vgl. ebd., 68-70). Wobei derartigen Eingriffen, im Gegensatz zum minimalinvasiven Eingriff der Tubensterilisation, bereits ein höheres Risikopotential für den Körper zugeschrieben werden könnte (vgl. McQueen 2020, 243 f.).

**6.1.3 Erleichterung** – „*Sie hat mir ein großes metaphorisches Gewicht von den Schultern genommen.*“

Dieses metaphorische Gewicht, welches Rebecca (52 f.) noch vor der Tubensterilisation belastete, konnte im Rahmen der Analyse der Erfahrungsberichte bei mehreren Personen verortet werden. Primär war diese Ansprache von erleichternden Erfahrungen vor/nach vollzogener Tubensterilisation zu finden:

„Ich habe jetzt keine Eileiter mehr und könnte erleichterter nicht sein. [...] Und jetzt? Keine Minute muss ich mir mehr den Kopf zerbrechen!“ (Anna, 41;80 f.)

„Und dann die erlösende Aussage: "Mir ist Ihr Alter egal. Mir geht es nur darum zu sehen, ob Sie mit dieser Entscheidung wirklich glücklich sind. Und das sind Sie wohl."“ (Julia, 33-35)

„Die Erleichterung, die ich verspürte, als ich diese Entscheidung das erste Mal laut aussprach (gegenüber meiner Mutter), war riesig.“ (Sophie, 38-40)

„Ich bin überglücklich und fühle mich mehr als je zuvor auf einem guten Weg zu mir und meinem Körper!“ (Lu, 47 f.)

Diese Aussagen zeigen dabei durchaus unterschiedliche Wahrnehmungen eines erleichternden Gefühls auf, was wiederum auf die diversen Beweggründe und Erfahrungen zurückgeführt werden kann, die mit einer Tubensterilisation einhergehen. Während Sophie die Verbalisierung ihrer Entscheidung gegenüber ihrer Mutter bereits als massive Erleichterung beschreibt, führt Lu die Erleichterung vielmehr auf eine körperliche Ebene zurück, welche als positiver Prozess der Annahme des eigenen Körpers (und der Geschlechtsidentität) beschrieben wird. Für Anna geht die Entfernung der Eileiter vor allem mit dem Wegfall zuvor stetig wiederkehrender, belastender Gedanken bzgl. einer möglichen Schwangerschaft einher. Dabei zeigt sich, dass die Naturalisierung und Romantisierung von Schwangerschaften zwecks Legitimierung der Familie als „natürlicher 'Ort' des Privaten“ (Hajek 2013, 520), nicht nur die Lebensrealitäten von (queeren) Personen (mit ungewollter Kinderlosigkeit) verschleiern, sondern auch die physischen und psychischen Belastungen, von ungewollten Schwangerschaften als auch hetero-/repronormativen Lebensvorstellung überlagern.

#### **6.1.4 Tubensterilisation als Ausdruck persönlicher Lebensgestaltung – „Die Sonne scheint und ich genieße den ersten Tag vom Rest meines Lebens!“**

Wie das Zitat von Anna (17 f.) in der Überschrift bereits eindrücklich aufzeigt, wird die Tubensterilisation neben der Erfahrung von Erleichterung ebenso mit einem neuen Kapitel/Lebensabschnitt in Verbindung gebracht bzw. wird der Zugang zur Tubensterilisation mit dem Gewinn von mehr Lebensqualität assoziiert:

„Doch diesmal war ich stärker, ich und mein Wunsch nach Freiheit! [...] **Ich bin frei!** Nach 28 Jahren passt meine körperliche (Un-)Fähigkeit zu meinem inneren Willen! Ich kann das kaum fassen und habe seit einer Woche neue Energie und Ideen und ich stehe morgens motiviert auf und will alles in Angriff nehmen, was ich mir all die Jahre vorgenommen habe, wenn ich die Gewissheit hätte, dass ich mein Leben so werde leben können, wie ich mir das wünsche!“ (ebd., 13 f.; 72-76)

Auch die Erfahrungsberichte von Emma, Julia und Luise zeigen deutlich auf, dass die Tubensterilisation als Ausdruck von reproduktiver Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung mit der Erfahrung einer erkämpften/neu gewonnen Freiheit verknüpft wird:

„Ich wollte steril sein und mit diesem Kapitel endgültig abschließen, nicht mehr zurück können, frei sein.“ (Emma, 32 f.)

„Meine Entscheidung, mein Leben, meine Zukunft.“ (Julia, 46)

„Wenn das geht, so sollte es mir auch freigestellt sein, mich im vollen Bewusstsein der Konsequenzen sterilisieren zu lassen, um ein Stück mehr Lebensqualität zu gewinnen.“ (Luise, 70 f.)

Das Anführen von Begriffen wie „Freiheit“ und „Lebensqualitäten“ zeigt dabei ebenso die Erfahrung vorangegangener Belastungen auf, die nicht der eigenen, selbstgewählten Lebensführung entsprochen haben. Darüber hinaus widersprechen diese Schilderungen negativen Stereotypen „kinderloser“ cis Frauen und stehen für positive, Lebensentwürfe von kinderfreien cis Frauen, die kein Mythos, sondern vielmehr selbstbestimmt gelebte Realitäten darstellen (vgl. Morell 1994, 74/97; Diehl 2014, 166; Day 2016).

### **6.1.5 Zufriedenheit** – „[...] meine Entscheidung war richtig, immer, jederzeit.“

Wie bereits unter Kapitel 2.1 dargelegt wurde, konnten insbesondere für den deutschsprachigen Raum kaum wissenschaftliche Arbeiten verzeichnet werden, die abseits von Re-fertilisierungswünschen und Reue, positive Erfahrungen von cis Frauen und deren selbstgewählter Sterilisation betrachten. Abseits des Empfindens von Freiheit und der Gestaltung eines neuen, selbstbestimmten Lebensabschnitts, betonen vier Personen auch nach dem Verstreichen von Monaten/Jahren sowie veränderten Lebensumständen eine anhaltende Zufriedenheit mit dieser Entscheidung:

„Ich habe meine Sterilisation nie bereut. [...] Leider ist mein Mann zu früh verstorben, aber auch in meinem Witwenleben vermisse ich nicht den Nachwuchs. [...] Ich habe auf meine innere Stimme gehört und meine Entscheidung war richtig, immer, jederzeit.“ (Gerda, 31; 38-41; 48 f.)

„[...] die Entscheidung für die Sterilisation fühlt sich nach wie vor richtig an.“ (Emma, 57 f.)

„Ein Jahr später kann ich nur sagen, dass es die richtige Entscheidung für mich war.“ (Julia, 44)

„Mittlerweile ist meine Sterilisations-OP vier Monate her und zur Euphorie über den Eingriff haben sich eine tiefe Zufriedenheit und innere Ruhe gesellt, die ich mit Worten kaum beschreiben kann. Kurz vorm Einschlafen spüre ich das besonders intensiv, weil ich in diesen Minuten häufig ganz anders gefühlt habe.“ (Anna, 90-93)

Von dem von Meyer (2000, 116) in Kapitel 2.2 angeführten normalen Trauerprozess, „in dem die Frau den Verlust der Fruchtbarkeit zu bewältigen hat“ (ebd., 116), oder heftigen Phantasien um Kinderwunsch/Schwangerschaft, scheinen die Erfahrungen der Verfasser:innen davon weit entfernt zu sein. Vielmehr kann die Benennung von tiefer und intensiver Zufriedenheit sowie die als richtig empfundene Tubensterilisation als Indiz für eine gut informierte und freie Entscheidungsfindung (informed decision-making) betrachtet werden (vgl. Nottbohm & Ommert 2017, 7 f.).

## **6.2 Erfahrungen im Rahmen der Tubensterilisation als Ausdruck reproduktiver Gesundheit**

Im Rahmen der Absicherung der eigenen, reproduktiven Gesundheit haben Kontrazeptiva einen großen Einfluss auf die Sicherheit des eigenen Sexlebens und die Verhinderung ungeplanter/ungewollter Schwangerschaften (vgl. WHO 2006, 5). Um aufgrund des breiten Spektrums von Kontrazeptionsmöglichkeiten für Personen mit Uterus, individuelle Bedarfe, Nebenwirkungen als auch Kontraindikationen, eine gut informierte und freie Entscheidung treffen zu können, ist ein Zugang zu sexueller Aufklärung sowie vollumfänglichen Informationen zu Kontrazeptionsmöglichkeiten fundamental (vgl. Bury 2015, 5; pro familia 2019a, 22). Da Gynäkolog:innen in Bezug auf die Tubensterilisation als Hauptversorger:innen mit Gatekeeper-Funktion zu betrachten sind, nehmen die im gynäkologischen Kontext gemachten Erfahrungen in Bezug auf die Realisierung einer Tubensterilisation einen besonderen Stellenwert ein, welche deshalb nachfolgend näher fokussiert werden (vgl. pro familia 2019a, 4).

### **6.2.1 Zugang zur Tubensterilisation – „[...] damals gab es noch kein Internet oder Facebook!“**

Die Zugänglichkeit (accessibility) zu Verhütungsmitteln nimmt im Rahmen der Prinzipien der menschenrechtsbasierten Verhütungsberatung einen grundlegenden Stellenwert ein, der jedoch aufgrund diverser Faktoren ver-/behindert werden kann (vgl. Nottbohm & Ommert 2017, 7 f.). Der Zugang zur Tubensterilisation als chirurgisches Kontrazeptivum ist dabei – im Gegensatz zu Kondomen oder anderen freiverkäuflichen Kontrazeptiva – maßgeblich von der Institution der Gynäkologie abhängig. Während der Zugang zu hormonellen Präparaten (wie oralen Kontrazeptiva) über Gynäkolog:innen von Böttcher & Hosa (2022, 32) als teilweise „problematisch“ einfach bezeichnet wird, zeigen die Erfahrungsberichte überwiegend gegenteilige Erfahrungen mit Blick auf den Zugang zur Tubensterilisation auf.

Die dahingehenden Erfahrungen entstammen Personen, die einen Kontakt zu Gynäkolog:innen über selbstbestimmt steril e.V. gefunden sowie Personen, die sich auf die eigenständige Suche begeben haben oder den Verein/die Vereinshomepage im Anschluss einer gescheiterten Suche kontaktierten/aufsuchten. In Bezug auf Rebecca und Luise (die bisher keinen Zugang zur Tubensterilisation erfahren hat) ist nicht bekannt, ob Kontakt(e) zu „sterilisationspositiven“ Ärzt:innen via selbstbestimmt steril e.V. bestand(en). Jene Personen, die mit „sterilisationspositiven“ Gynäkolog:innen in Kontakt kamen, berichten insgesamt über positive Erfahrungen.

„[...] bei Selbstbestimmt steril habe ich direkt beim ersten Anlauf einen Arzt gefunden [...]“ (Emma, 34 f.)

„Von Selbstbestimmt steril e. V. wurde mir im Juni eine Ärztin in meiner Nähe empfohlen [...]. Vielen Dank an die tollen Menschen von Selbstbestimmt steril e.V. für ihre Unterstützung bei der Ärzt\*innensuche und ihre großartige und wichtige Arbeit!“ (Lu, 45-51)

„Keine zwei Tage später hatte ich die Adresse einer Ärztin, eine Woche später die Beratung und keine vier Wochen danach den OP-Termin.“ (Anna, 8 f.)

Anna betitelt sich aufgrund ihres Zugangs darüber hinaus als „Glückspilz“ (ebd., 62), da der Weg zuvor mit Verzweiflung in Verbindung gebracht wird (vgl. ebd., 6-8). Weitergehend verbindet Anna diese Erfahrung mit Ehrfurcht, wodurch die vorangegangene Aussage verstärkt und der Zugang zur Tubensterilisation nicht als selbstverständlich wahrgenommen wird:

„Ich werde ganz ehrfürchtig, wenn ich in den Berichten<sup>78</sup> anderer Frauen lese, wie oft sie einfach abgewiesen wurden, während ich so ein Glück hatte, dass es Euch gibt und nichts dazwischengekommen ist und es einfach geklappt hat.“ (ebd., 68-71)

Julia (13 f.; 31) führt mit Blick auf ihren hindernisfreien Zugang zur Tubensterilisation (ohne selbstbestimmt steril e.V.) hingegen keine Erfahrung von Ehrfurcht an, nimmt ihr „schnelles fündig Werden“ nach aktiver Suche jedoch ebenso als glückliche Fügung und nicht als Selbstverständlichkeit wahr. Gerda verknüpft die Erfahrung von Hindernissen bzgl. der Zugänglichkeit zur Tubensterilisation (in den 90er Jahren) bereits mit einem erschwerten Zugang zu Informationen über diese Verhütungsmöglichkeit:

„Heimlich die Emma<sup>79</sup> gelesen, mich über Sterilisation informiert. Und hey – damals gab es noch kein Internet oder Facebook!“ (Gerda, 8 f.)

Sophie bezeichnet ihren Zugang zur Hysterektomie, als u.a. sterilisierende Maßnahme, aufgrund zahlreicher Ablehnungen als Kampf, der ebenso mit einer langen Suche nach Gynäkolog:innen in Verbindung gestanden habe:

„Die Chance, einen Arzt zu finden, der eine solche Operation durchführt, ist allerdings noch schwieriger, als für eine Sterilisation. [...] Ich habe nicht aufgegeben, ich habe weitergekämpft. [...] Und endlich habe ich Ärzt\*innen gefunden, die mir helfen konnten.“ (Sophie, 49-50; 55; 59-62)

Zu betonen ist, dass keiner der Erfahrungsberichte einen Zugang zur Tubensterilisation im Kontext einer Beratung durch behandelnde „Stamm-Gynäkolog:innen“ (insofern diese gegeben waren) beinhaltet. Lediglich Julia konstatiert, sich, aufgrund der

---

<sup>78</sup> Es ist davon auszugehen, dass Julia auf etwaige Berichte aus der Facebook-Community von selbstbestimmt steril e.V. verweist. Da es sich um sehr sensible Inhalte handelt und es die Privatsphäre dieser Personen zu schützen gilt, untersagt selbstbestimmt steril e.V. (2021) die Verwendung und Verbreitung dieses Materials grundlegend (anonymisierte Versionen eingeschlossen).

<sup>79</sup> Der Zeitschrift „Emma“ und ihrer Mitbegründerin Alice Schwarzer wurde im Rahmen der zweiten Welle der Frauenbewegung viel Bedeutung zugeschrieben. Dabei wurde jedoch eine *weiße*, neoliberale und imperiale Form von „Feminismus“ propagiert, der anhaltend rechte, neokoloniale, antimuslimische und transfeindliche Rassismen/Diskriminierungen sowie internalisierte Misogynie verbreitet.

Vermutung einer ablehnenden Haltung ihres Gynäkologen gegenüber der Tubensterilisation, auf die Suche begeben zu haben:

„Und weil ich schon wusste, dass mein "Kleinstadt-Gynäkologe" diese Entscheidung nie akzeptieren würde (er empfand schon die Spirale als zu dauerhaft für mich), begab ich mich auf die Suche.“ (ebd., 29-31)

Aus der Nennung des Aufsuchens der Vereinshomepage bzw. der Kontaktaufnahme zu selbstbestimmt steril e.V. und der eigenständigen Suche, lässt sich ableiten, dass der Zugang zur Tubensterilisation, im Gegensatz zur hormonellen Verhütung, nicht niederschwellig ist. Daraus kann wiederum gefolgert werden, dass auch der Zugang zu Informationen über die Tubensterilisation (wie bei Gerda in den 90ern) nicht über gynäkologische Praxen, sondern primär aus Eigenrecherchen erfolgt.

**6.2.2 (Fehlende) Akzeptanz** – *„Es war eine der wenigen Situationen, in denen es mir einmal endgültig die Sprache verschlug [...]“*

Wie die Erfahrungen im Kontext des vorangegangenen Zugangs zur Tubensterilisation teilweise bereits andeuteten, beschreiben die Verfasser:innen dahingehend differenzierte Erfahrungsräume. Rebecca (44 f.) und Emma (38-40) konstatieren, im gynäkologischen Kontext von Beginn an eine vollumfänglich akzeptierende Haltung erfahren zu haben, wobei beide ein vorhandenes Wissen bzgl. diskriminierender Haltungen von Gynäkolog:innen benennen. Emma berichtet in diesem Fall von einem Gynäkologen,

„[...] der mich nicht nach meinem Partner fragte oder mir das Gefühl gab, ich wäre noch zu jung oder hätte es mir nicht reichlich überlegt und würde meine Meinung ja sowieso noch ändern. Er wollte nur sicherstellen, dass ich mir über die Endgültigkeit dieser Entscheidung bewusst bin.“ (Emma 35-38)

Anna beschreibt ebenfalls die Erfahrung einer akzeptierenden Haltung des gynäkologischen Teams, indem sie es als „so unaufgeregt offen“ (ebd., 21) gegenüber ihrem Sterilisationsanliegen beschreibt. Jedoch fügt Anna hinzu, dass sie darüber überrascht war und die Akzeptanz des Eingriffs „natürlich“ mit einer mehrfachen Ansprache eines möglichen Bereuens in Verbindung stand und an die individuelle Bedingung einer Bedenkzeit geknüpft wurde:

„Natürlich hat sie während der Beratung und auch vor der OP mehrmals nachgehakt, ob ich mir sicher sei und betont, dass man so eine weitreichende Entscheidung bereuen kann. Ich entgegnete, dass ich mir dessen bewusst sei und war angenehm überrascht, dass sie dies akzeptierte. [...] Ich sollte zwar nach der Beratung noch ein paar Nächte drüber schlafen, aber sie versicherte mir, wenn ich den Eingriff wollte, würde sie ihn machen.“ (ebd., 21-24; 27 f.)

Bemerkenswert ist darüber hinaus, dass nur diejenigen Personen davon berichten über die Tubensterilisation (und den operativen Eingriff) „ausführlich beraten“ (Rebecca, 45) worden zu sein, die sich bereits dafür entschieden hatten (vgl. Julia, 31-33; Anna, 21; Emma, 37-41). Insofern bestätigt dies (zumindest geht dies aus den zuvor benannten

Erfahrungsberichten hervor), dass diese vorab nicht im Rahmen einer gynäkologischen Verhütungsaufklärung über die Möglichkeit der Inanspruchnahme der Tubensterilisation als irreversible Verhütungsmaßnahme beraten wurden und sich insofern über andere Kanäle informiert wurde.

Die Erfahrung, dass die Akzeptanz dieses operativen Eingriffs an eine (weitere) individuelle Bedingung geknüpft wird, beschreiben auch Gerda, Lu und Luise. In diesen Fällen handelt(e) es sich – trotz Volljährigkeit – um die Bedingung eines „Mindestalters“.

„Schnell war klar, vor dem 30. Lebensjahr geht gar nichts. Schwangerschaften ab 30 wurden damals als Hochrisiko-Schwangerschaften bewertet. Also beschloss ich, auf meinen 30. Geburtstag zu warten und dann zu handeln. Mit 30 sofort zum Frauenarzt, Bitte ausgesprochen, das freundliche Verhalten erforderte sofort, aber ich hatte die Überweisung in der Hand.“ (Gerda, 11-16)

„[...] eine Ärztin in meiner Nähe empfohlen, die Sterilisationen ab dem 25. Lebensjahr durchführt und ich habe bereits im Oktober 2020 ein Vorgespräch.“ (Lu, 47-49)

Luise konstatiert in ihrem Erfahrungsbericht, dass ihr Sterilisationswunsch aufgrund ihres „zu jungen“ Alters<sup>80</sup> bereits mehrfach abgelehnt bzw. abgesprochen wurde und mit einem Anzweifeln ihrer Urteils- sowie Handlungsfähigkeit einherging:

„All diese Gründe sind durchdacht, weitestgehend rational und für viele Menschen nachvollziehbar. Und trotzdem werde ich nicht ernst genommen. Es heißt, ich sei zu jung, um das zu wissen, und mein Kinderwunsch werde irgendwann schon noch kommen. Was denn sei, wenn mein Mann (den ich eigentlich auch nicht wirklich möchte) denn Kinder möchte, und dass ich es auf jeden Fall bereuen würde, diesen Eingriff vornehmen zu lassen.“ (Luise, 47-52)

Dieses Zitat verweist dabei einerseits eindrücklich auf die Gatekeeper-Funktion der Gynäkologie in Bezug auf die dauerhafte Kontrazeption der Tubensterilisation, die anhand repronormativer Denkmuster an eine dementsprechend, angemessene Selbstverwaltung appelliert (vgl. Denbow 2015, 147). Andererseits erfährt Luise anhand der Begründung der Ablehnung ihres Sterilisationsbegehrens eine intersektionale Diskriminierung aufgrund von Alter, Geschlecht und sexueller Orientierung. Luise erfährt, dass weder ihre Volljährigkeit, noch ihre Begründungen für eine Tubensterilisation von Bedeutung seien. Vielmehr scheint der naturalisierte Maßstab der Repronormativität mit einer fiktiven Konstruktion eines noch aufkommenden Kinderwunsches (eines Ehemanns) sowie die Annahme eines Bereuens dieser Entscheidung, eine rationale Absprache von reproduktiver Selbstbestimmung darzustellen. Diese Ausführung spiegelt ebenso deutlich das in Deutschland vorherrschende kollektive Rechtsverständnis wieder, dass Fortpflanzung nicht als alleinige Entscheidung einer (schwangeren) Person sieht, sondern stets als gemeinsame Entscheidung eines Paares betrachtet (vgl. Wapler 2018, 190). Auch Gerda

---

<sup>80</sup> Luise (1) verweist im Erfahrungsbericht auf 20. Lebensjahr.

konstatiert, in diesem Alter und ihrem Sterilisationsinteresse nicht ernstgenommen worden zu sein:

„Erstmals das Thema beim Frauenarzt Anfang/Mitte 20 angesprochen, aber er hat dies eher als allgemeines Info-Gespräch über Verhütungsmethoden verstanden.“ (ebd., 10 f.)

Sophie berichtet, aufgrund von ablehnenden Haltungen von Gynäkolog:innen gegenüber ihres Hysterektomiewunsches in eine Art „Beweisführung“ übergegangen zu sein:

„Ich habe Ärzt\*innen beknet, ich habe Schmerzprotokolle geführt, ich habe Nebenwirkungen der Pille aufgelistet (seit ich diese nicht mehr nehme, fallen mir immer mehr Dinge auf, die jetzt anders sind), ich habe immer und immer wieder dargelegt, warum ich keine Kinder haben möchte.“ (ebd., 55-59)

Dieses Beispiel zeigt deutlich, dass nicht einmal die Dokumentation der Folgen einer sehr ernstzunehmenden chronischen Erkrankung wie Endometriose inklusive Nebenwirkungen alternativer Verhütungsmittel ernstgenommen werden respektive als „Beweismittel“ für den eigenen Sterilisationswunsch bzw. eine Hysterektomie ausreichen. Wie die Petition „#EndEndosilence – für eine nationale Endometriose Strategie [sic!]“ (Crone 2022) aufzeigt, sind Sophies Erfahrungen mit Endometriose Teil eines u.a. misogynen Gesundheitssystems, in dem Endometriose aufgrund fehlender Aufklärungsarbeit und Studien bisher nicht als lebens einschränkende Erkrankung anerkannt wurde, sondern oftmals noch als „Hysterisierung“ (Foucault 1991, 126) von Menstruationsbeschwerden abgetan wird.

Lu beschreibt hingegen, aus „Angst vor einem unnötig kräftezehrenden Kampf“ (Lu, 27 f.), den Lu (8-10) bereits im Kontext der Löschung des Geschlechtseintrags aus dem Geburtenregister benennt, sich „lange nicht getraut [zu haben], das Thema ernsthafter anzugehen“ (ebd., 26 f.). Obwohl Lu im Kontext des Zugangs zur Tubensterilisation keine begrenzende/diskriminierende Erfahrung beschreibt, zeigt die Formulierung und der Verweis auf vorangegangene Erfahrungen, welchen einschüchternden und machtvollen Einfluss Mediziner:innen auf die Verwirklichung reproduktiver, sexueller sowie geschlechtlicher Selbstbestimmungen haben. Gerda und Julia verweisen in ihren Erfahrungsberichten weitergehend darauf, dass die Abwertung/Diskriminierung ihrer Entscheidung im medizinischen Kontext mit der Zusage für eine Tubensterilisation jedoch nicht beendet war. Beide schildern diskriminierende Situationen während des Aufklärungs-/Vorgesprächs im Krankenhaus:

„Im sogenannten Aufklärungsgespräch im Krankenhaus geheult wie ein Schlosshund, wegen all der Fragen, die ich als Vorwurf/Inquisition empfunden habe, und mit der großen Angst, der Eingriff würde verweigert.“ (Gerda, 17-20)

„Es war eine der wenigen Situationen, in denen es mir einmal endgültig die Sprache verschlug: Da saß ich nun beim Vorgespräch zur Sterilisations-OP, beinahe schon freudig und voller Fragen angesichts meiner ersten Vollnarkose, und wusste nichts mehr zu



sagen. "Sie erfüllen Ihre gesellschaftliche Pflicht nicht." Wie war ich nur hier gelandet?" (Julia, 2-5)

Beide schildern Situationen, in denen sie Vorwürfe aufgrund ihres Tubensterilisationswunsches durch medizinisches Personal erfuhren, obwohl dieses in erster Linie für die gesundheitlichen Bedürfnisse sowie etwaige Risiken vor, während und nach der Narkose zuständig/verantwortlich sein sollte. Dabei entstand für Gerda eine emotional belastende Situation, die erneut dazu führte, dass sie sich und ihrer reproduktiven Selbstbestimmung nur eine geringe „Verteidigungschance“ einräumte. Die von Julia beschriebene „gesellschaftliche Zurechtweisung“ zeigt exemplarisch die Verschränkung des Gebärens als „Matrix der Intelligibilität“ (Butler 1991, 39) des „Frauseins“ mit bevölkerungspolitischen Interessen auf, wodurch eine dem nicht entsprechend angemessene Selbstverwaltung als gesamtgesellschaftliche Verfehlung stigmatisiert wird.

Diese abwertenden Erfahrungen verstärken dabei nicht nur die Angst, in letzter Instanz doch noch abgewiesen zu werden. Dadurch, dass es sich bei einer Vollnarkose ohnehin um eine höchst sensible Situation handelt, in der Patient:innen Vertrauen und Sicherheit suggeriert werden und keine Denunzierung des Eingriffs stattfinden sollte, können diese Erfahrungen als besonders bedenklich eingestuft werden. Während die beiden trotz dieser Erfahrungen eine Tubensterilisation erfuhren, hofft Luise weiterhin, bald eine Tubensterilisation erfahren zu können:

„Ich hoffe, dass ich bald einen Arzt finde, der mich und meine Einstellung ernst nimmt und mir diesen Lebenswunsch erfüllt.“ (ebd., 72 f.)

### **6.2.3 Sicherheit – „Jeden Monat erneut ein Alptraum [...]“**

Wie in Kapitel 2 konstatiert, haben Kontrazeptiva mit der Verhütungsmöglichkeit vor Geschlechtskrankheiten und ungewollten Schwangerschaften einen maßgeblichen Einfluss auf die reproduktive Gesundheit (vgl. WHO 2006, 5). Die davon ausgehenden, weitreichenden Auswirkungen auf körperliche, psychische sowie soziale Aspekte erfordern einen hochwertigen und bedarfsgerechten Zugang zu Kontrazeptionsmöglichkeiten, die mit dem Empfinden von Sicherheit und Zufriedenheit einhergehen sollten (vgl. pro familia 2019a, 4). Viele der Erfahrungsberichte enthalten Informationen darüber, dass die eigene Fruchtbarkeit und ein mögliches Versagen von Verhütungsmitteln als schwerwiegende Belastung erfahren wird:

„Jeden Monat erneut ein Alptraum, wann immer ich auch nur ein paar Stunden auf meine Periode warten musste. Nie habe ich nicht richtig, nicht zuverlässig verhütet, und doch hatte ich immer Angst vor dem Ausbleiben.“ (Julia, 9-12)

„[...] erfüllt mich mit so einer Erleichterung, dass ich erschrocken bin, **wie sehr** mich dieses Thema die ganze Zeit bewusst und unbewusst belastet hat.“ (Anna, 78-80) [Herv. i. O.]

„Vor der Sterilisation hätte ich im Falle einer Schwangerschaft rechtzeitig abtreiben lassen, und ich möchte mir nicht ausmalen, wie ich mit einer nicht rechtzeitig<sup>81</sup> entdeckten Schwangerschaft umgegangen wäre.“ (Rebecca, 41-43)

Wie Rebecca beschreibt auch Luise die Erfahrung von permanenter Angst bzgl. des Versagens von Verhütungsmitteln und einer daraus resultierenden, ungewollten Schwangerschaft. Die Erfahrungen eint zudem die weitergehende Sorge darüber, dass eine ungewollte Schwangerschaft womöglich „nicht rechtzeitig“ respektive „zu spät“ erkannt würde, was bei Luise zu einer regelmäßigen Durchführung von Schwangerschaftstests führt:

„Ganz zu schweigen davon, dass ich wirklich unter keinen Umständen schwanger werden möchte und deswegen in regelmäßigen Abständen Schwangerschaftstests mache, um eine eventuelle Schwangerschaft durch Versagen der Verhütung bloß nicht zu spät zu bemerken.“ (ebd., 42-46)

Trotz des Wissens, dass auch eine Tubensterilisation „nicht zu 100 % sicher“ (Anna, 100) sei, beschreibt Anna das Empfinden von Freude über das Fehlen der „gruseligen Fangarme der Eileiter“ (ebd., 101) und dahingehend „Frieden mit dem kleinen rosa Organ“ (ebd., 101 f.) geschlossen zu haben. Weitergehend verweist Anna auf ein Empfinden von Gleichberechtigung bzgl. der „reproduktiven Gefahr“ gegenüber ihrem Partner:

„Wenn mein Mann und ich nun nebeneinander auf dem Sofa sitzen, dann haben wir annähernd das gleiche Risiko schwanger zu werden und der Gedanke bringt mich jedes Mal zum Lächeln.“ (ebd., 103-105)

Auch Sophie erläutert mit der Ansprache von Sorgenfreiheit eine aufkommende Erfahrung von Sicherheit nach der Tubensterilisation:

„[...] bin steril und durch diese OP endlich schmerz- und sorgenfrei. Ich habe es geschafft.“ (ebd., 62 f.)

Die Tubensterilisation wird somit als das Kontrazeptiva der Wahl in Bezug auf ungewollte Schwangerschaften beschrieben, da diese als besonders sicher empfunden wird und/oder nicht die Gefahr von Anwendungsfehlern mit sich bringt.

---

<sup>81</sup> Es ist davon auszugehen, dass mit den Worten „der nicht rechtzeitig entdeckten Schwangerschaft“ und dem Verweis auf einen Schwangerschaftsabbruch auf die dahingehende, aktuelle Gesetzeslage in Deutschland hingedeutet wird. Ein Schwangerschaftsabbruch gilt in Deutschland gem. § 218 StGB grundsätzlich als strafbar. Dieser gilt nur unter der Voraussetzung der s.g. Beratungsregelung gem. § 218a Abs. 1 StGB i. V. m. § 219 StGB als straffrei. Dahingehend wird von einer schwangeren Person verlangt, sich einer Beratung in einer staatlich anerkannten Schwangerschaftskonfliktberatungsstelle zu unterziehen. Abseits medizinischer/kriminologischer Indikationen (gem. § 218a Abs. 2, 3 StGB) kann ein Schwangerschaftsabbruch nur straffrei durchgeführt werden, wenn die Bescheinigung einer Beratung vorliegt, zwischen Beratung und Schwangerschaftsabbruch mindestens drei Tage liegen, diese von ärztlichem Personal durchgeführt wird und zwischen der Befruchtung und dem Tag des Abbruchs nicht mehr als 12 Wochen liegen.

#### **6.2.4 Alternative Verhütungsmittel** – „*Dass ich mich dagegen nur schützen kann, in dem ich auf Verhütungsmittel zurückgreife, die ich nicht will.*“

Wie bereits in Kapitel 2.1 dargestellt, gibt es in Deutschland (nur) für Personen mit Uterus eine große Auswahl an Kontrazeptionsmöglichkeiten, die wiederum Differenzen in der Sicherheit (Pearl-Index), Handhabung, Finanzierung u.a. aufweisen. Im Rahmen von sexueller Aufklärung den eigenen Bedürfnissen entsprechen zu können, um eine dahingehend gut informierte und freie Entscheidung treffen zu können, bedeutet insofern, ausreichende Informationen über Zugang zu etwaigen Optionen sowie Risiken und (Neben-)Wirkungen zu erhalten. Wie die Ausführungen des vorangegangenen Unterkapitels bereits vermuten lassen, berichten die Verfasser:innen über diverse Erfahrungswerte mit anderweitigen Kontrazeptionsmöglichkeiten. Diese werden (allein) jedoch als überwiegend unsicher/unzureichend empfunden.

„Kondome sind Standard, aber das allein reicht mir nicht.“ (Luise, 37 f.)

„[...] es mir nicht mehr gereicht, "nur" zu verhüten.“ (Emma, 32)

„Dass ich dem ausgeliefert bin, obwohl ich das nicht will. Dass ich mich dagegen nur schützen kann, in dem ich auf Verhütungsmittel zurückgreife, die ich nicht will.“ (Anna, 95-97)

„Die Aussicht auf ca. 20 weitere Jahre Fruchtbarkeit bis zu den Wechseljahren, in denen trotz Verhütung immer die geringe Möglichkeit einer Schwangerschaft besteht, war für mich nicht tragbar.“ (Rebecca, 39-42)

Anna assoziiert hierbei anderweitige Verhütungsmittel mit Fremdbestimmung und einem Gefühl des Ausgeliefertseins, was, wie bei den anderen Personen, zu negativen Erfahrungen mit alternativen Verhütungsmitteln führt(e). Im Gegensatz dazu erfährt Rebecca den Einsatz einer Kupferkette als Bestärkung ihres Sterilisationswunsches:

„Spätestens mit dem Einsetzen der Kupferkette im Sommer 2013 hatte sich der fehlende Kinderwunsch bei mir manifestiert, und dieses Gefühl hat sich seitdem (selbst nach der Sterilisation) nur verstärkt.“ (ebd., 8-10).

Sophie berichtet, die „Pille“ zunächst zwecks Unterdrückung von sehr starken Menstruationsbeschwerden, mit denen sie sich nicht ernstgenommen fühlte, jahrelang ohne Unterbrechung durchgenommen zu haben. Dass eine Durchnahme über mehrere „Zyklen“ nur bei bestimmten Präparaten<sup>82</sup> geeignet ist und ansonsten risikobehaftet ist, erfuhr Sophie jedoch erst im Zuge der diagnostizierten Endometriose und der Verschreibung einer geeigneten Pille (vgl. ebd., 16-20). Trotzdem blieb eine Schmerzlinderung aus und Nebenwirkungen setzten ein (vgl. ebd., 56).

---

<sup>82</sup> Bei einem s.g. Zweiphasen-Kombinationspräparat der hormonellen Verhütung variiert die Dosis der Östrogen- und Gestagenkomponenten während des Verlaufs der Einnahme. Dadurch wird beabsichtigt, „den natürlichen Verlauf der Hormonspiegel während des weiblichen Zyklus noch besser nachzuahmen“ (Offermanns 2020, 645).

Luise verweist darauf, dass hormonelle als auch hormonfreie Kontrazeptiva wie Kupferketten oder NFP (abseits des Kondoms) aufgrund ihrer Hormonstörung und ebenfalls starken Menstruationsbeschwerden alternativlos sind:

„Aufgrund einer Hormonstörung fallen hormonelle Präparate sowie NFP<sup>83</sup> für mich raus, und aufgrund allgemein starker Blutungen und Schmerzen unter der Periode sind Spiralen oder die Kupferkette auch nicht das Wahre. Soll ich mich also wirklich jahrzehntelangen Schmerzen und/oder dauerhaften hormonellen Schädigungen aussetzen, obwohl es einen leichteren Weg für mich gibt? Ganz zu schweigen davon, dass ich wirklich unter keinen Umständen schwanger werden möchte [...]“ (Luise, 38-43)

Lu (12 f.) konstatiert, aufgrund des „Respekt[s] vor den körperlichen Folgen nie hormonelle Verhütungsmethoden“ in Erwägung gezogen zu haben. Während Lu (16) im Rahmen der Nutzung von Kondomen über Zufriedenheit und „verständnis- und rücksichtsvolle Partner“ (ebd.) berichtet, berichten die anderen Personen, dass alternative Verhütungsmittel als unzureichend oder aufgrund von Kurz-/Mittelfristigkeit, Nebenwirkungen oder Kontraindikationen nicht in Erwägung gezogen werden.

### **6.3 Erfahrungen im Rahmen von Kinderfreiheit**

Wie die Auseinandersetzung in Kapitel 4.2 gezeigt hat, werden insbesondere cis Frauen, die dem für sie vorbestimmten, repronormativen Werdegang der Mutterschaft nicht entsprechen, mit abwertenden Stereotypen und Normierungen konfrontiert (vgl. Morell 1994, 6; Diehl 2014, 165 f.; Turnbull et al. 2016, 102 ff.). Im Gegensatz zur häufig „tabuisierten“ ungewollten Kinderlosigkeit wird gewollte Kinderlosigkeit/Kinderfreiheit als Abnormalität charakterisiert, die mit dem Verweis auf mögliche Reue durchaus als Argument gegen eine Tubensterilisation verwendet wird (vgl. Kapitel 2.2 und 6.2.2). Welche Erfahrungen die hier fokussierte, kinderfreie Personengruppe außerhalb des gynäkologischen Umfelds durch soziale Kontakte machen und welchen Einfluss diese auf die eigene Lebensvorstellung sowie ggfs. die Realisierung der Tubensterilisation haben, wird nachfolgend näher betrachtet.

#### **6.3.1 Repronormative Verpflichtung – „Meine gesellschaftlichen Pflichten?“**

Mit der unter 6.2.2 angeführten Erfahrung von Julia (2-5) im Narkosevorgespräch, in dem ihr eine Missachtung ihrer gesellschaftlichen Pflicht vorgeworfen wurde, zeigt sich bereits deutlich, wie sehr die Tubensterilisation (insbesondere einer kinderfreien cis Frau) Menschen in ihren repronormativen Denkmustern widersprechen kann. Dieses Beispiel kann dabei als Idealbild der Steuerung der Sozialisierung des Fortpflanzungsverhaltens durch die „Weckung der Verantwortlichkeit gegenüber dem gesamten

---

<sup>83</sup> Der natürlichen Familienplanung (NFP) werden die unter Kapitel 2 als natürliche Kontrazeptionsmöglichkeiten beschriebenen Möglichkeiten der Basaltemperaturkurve, des Zyklusmonitoring oder der Kalendermethode kategorisiert.

Gesellschaftskörper“ (Foucault 1970, 127) verzeichnet werden. Auch Emma verweist auf Erfahrungen, welche mit der anhaltenden Aktualität der Anrufung einer vermeintlichen, reproduktiven Verantwortlichkeit einer Frau einhergehen:

„Wieso hat unsere Gesellschaft immer noch ein so festgefahreneres Bild der Daseinsberechtigung einer Frau? Wieso gibt es in den Köpfen der meisten Menschen immer noch nur einen "richtigen" Weg, den jede Frau früher oder später beschreiten muss?“ (Emma, 18-21)

Als Folge reproduktiver Normierungen erfuhr auch Anna, dass ihr soziales Umfeld ihr allein aufgrund der Existenz eines Uterus einen Kinderwunsch unterstellte (vgl. Anna, 97-99). Weitergehend berichtet Anna davon, welchen maßgeblichen Einfluss diese Erwartungshaltung (vor der Realisierung der Tubensterilisation) auf ihre Auseinandersetzung mit der eigenen Lebensvorstellung hatte:

„Ich habe so viele Jahre damit verbracht, mir immer wieder den Kopf zu zerbrechen – mich zu fragen, was ich muss und was ich nicht muss, was ich darf und was nicht. Ich habe sämtliche Argumente durchgekaut, alle Szenarien durchgespielt, alle Möglichkeiten in Betracht gezogen und obwohl ich doch immer zu dem gleichen Ergebnis kam, hätte ich niemals damit gerechnet, dass mein Wunsch jemals real wird.“ (ebd., 64-68)

Obwohl Anna konstatiert, seit der Grundschule bereits zu wissen, dass sie keine Schwangerschaft erleben möchte, hinterfragte sie immer wieder, ob sie einer Lebensvorstellung ohne Kinder entsprechen „dürfe“. Daran angeschlossen habe Anna ebenfalls die Sorge umtrieben, ob die Erfahrung einer romantischen, heterosexuellen Beziehung ohne Kinderwunsch überhaupt erlebbar sei oder etwaige Wünsche und Ängste ggfs. verdrängt werden müssen:

„aber seitdem ich mit ihm 2009 die Liebe meines Lebens traf dachte ich immer, dass beides gleichzeitig nicht möglich ist, dass ich meine Ängste und Wünsche in dieser Sache irgendwann würde verdrängen müssen.“ (ebd., 55-57)

Da insbesondere kinderfreie cis Frauen mit Sterilisationswunsch nicht dem repronormativen Anspruch an ihre Person entsprechen, zeigen die Erfahrungsberichte auf, dass diese in Form von Mikroaggressionen durch ihr eigenes Umfeld immer wieder auf ihre vermeintliche Abnormalität hingewiesen werden:

„Würde es auch nur einer einzigen Person einfallen, meine Entscheidung infrage zu stellen, hätte ich gesagt, dass ich stark auf die 30 zugehe und am liebsten schon längst Kinder hätte?“ (Emma 3-5)

„Bei der Hochzeit einer Grundschulfreundin wurde ich zum wiederholten Male auf Heirats- und Kinderplanung angesprochen. Unverblümt, von Menschen, die ich zuvor nicht kannte. Und nur ich wurde gefragt. Mein Partner, der direkt neben mir saß, wurde nicht weiter behelligt. [...] Unverständnis, Verwirrung, dann belustigtes Besserwissen: "Warte du nur mal – mit dem Richtigen kommt dann auch der Wunsch nach Kindern.““ (Julia, 14-17)

Diese Erfahrungen zeigen dabei deutlich auf, dass cis Frauen ohne Kinder immer wieder auf ihre einzuhaltenden repronormativen Pflichten als Ehefrau und Mutter hingewiesen werden (vgl. Morell 1994, 77). Obwohl der Kinderwunsch einer cis Frau häufig als

„natürliche“ Gegebenheit verhandelt wird, der sie in der selbstlosen Aufopferung als Mutter vollkommen macht, macht die angeführte Ursachensuche für den „fehlenden“ Kinderwunsch durch Außenstehende Gegenteiliges deutlich. Zwar können sie ihre eigene gesellschaftliche Verpflichtung wie Julia (1; 46-48) beispielsweise im Ehrenamt oder Spenden verorten, doch ihnen wird stets verdeutlicht, die eigene Meinung in Frage stellen zu müssen (vgl. Diehl 2014, 166).

### **6.3.2 Rechtfertigungsdruck – „Es macht mich müde, mich immer wieder erklären zu müssen [...]“**

Wie die vorangegangenen Zitate bereits vermuten lassen, stößt der kinderfreie Lebensentwurf (insbesondere von heterosexuellen) cis Frauen im eigenen Umfeld noch häufig auf wenig Verständnis. Im Gegensatz zu Julia gibt Emma (6 f.) zwar an, dass es für sie eine völlig normale Entscheidung gewesen sei, niemals Kinder zu wollen, die ständige Rechtfertigung sie jedoch emotional belaste:

„Und nun frage ich mich, wieso dieser Satz nicht so stehen bleiben kann, sondern ich mich für diese Entscheidung rechtfertigen muss. [...] So wie andere damals schon wussten, dass sie irgendwann drei Kinder, heiraten und ein Haus wollen, wusste ich, dass ich in anderen Dingen Erfüllung finde. [...] Ich könnte hier nun detailliert darauf eingehen, dass Kinder Geld kosten und einschränken, dass ich keinen Bedarf daran habe, mich mit anderen Eltern und Lehrern herumschlagen zu müssen, dass es bereits genug Menschen auf der Erde gibt und es unverantwortlich wäre, ein Kind in diese Welt zu setzen. [...] Es macht mich müde, mich immer wieder erklären zu müssen, es macht mich traurig, von anderen Menschen nicht ernst genommen zu werden, selbst wenn diese Menschen jünger oder im gleichen Alter sind, und es macht mich wütend, dass andere Menschen denken, sie würden mich besser kennen als ich mich selbst.“ (ebd., 2 f.; 7-9; 12-13; 28-31)

Auch Gerda beschreibt die Erfahrung, dass sie ihre Lebensvorstellung ohne Kinder ständig rechtfertigen musste, die Diskussionen darum jedoch irgendwann aufgegeben habe. Außerdem führt Gerda an, sich Urlaub für die Tubensterilisation genommen zu haben, um diese möglichst unbemerkt vollziehen zu können (vgl. ebd., 8; 16 f.).

„Spätere Fragen bzgl. Kinderwunsch habe ich nur knapp beantwortet, nach dem Motto "geht bei mir nicht". Dies wurde meist mit viel Mitleid akzeptiert. Damit konnte ich gut leben.“ (ebd., 27-29)

Trotz ihrer Versuche etwaigen Diskussionen und Rechtfertigungen möglichst aus dem Weg zu gehen, blieb immer noch die Nachfrage, warum keine Adoption in Erwägung gezogen würde (vgl. ebd., 27-30), da Gerda die Tabuisierung ungewollter Kinderlosigkeit als Umgangsstrategie nutzte, ihre Lebensvorstellung und Tubensterilisation nicht ausführen sowie rechtfertigen zu müssen. Auch in den 90ern wurden medizinischen Gründe für Kinderlosigkeit scheinbar nicht gänzlich akzeptiert. Wer heute auf die Inanspruchnahme von Reproduktionsmedizin verwiesen wird, sollte in den 90ern auf Adoptionen ausweichen (vgl. ebd., 14).

In den Berichten von Julia, Sophie und Rebecca lassen sich darüber hinaus Rechtfertigungen finden, die vermuten lassen, dass die individuellen Lebensvorstellung (ohne Kinder) häufig auch als fundamentale Abwertung gegenüber Kindern interpretiert wird:

„Ich beschäftige mich seit zehn Jahren ehrenamtlich mit Kindern, verbringe meine Freizeit mit ihnen. Ich habe zwei Jahre als Nanny im Ausland verbracht und auch jetzt arbeite ich im Nebenjob ständig mit Kindern und Jugendlichen. All das macht mir Spaß, aber: Ich wollte nie "eigene" Kinder. Ich wollte nie schwanger sein!“ (Julia, 6-9)

„Ich mag Kinder (meistens) und bin eine tolle Patentante, aber eigene Kinder kann ich mir einfach nicht vorstellen.“ (Sophie, 41 f.)

„Meine Entscheidung hatte nichts damit zu tun, dass ich Kinder generell nicht mag, und allem voran möchte ich betonen, dass Menschen mit Kindern meinen vollsten Respekt haben. Ich werde eines Tages vermutlich auch eine liebevolle Tante sein! Für mich selbst habe ich aber entschieden bzw. gemerkt, dass Kinder einfach "nichts für mich sind".“ (Rebecca, 3-6)

Aussagen wie diese können insofern ebenso als Argumentation gegen Fremdzuschreibungen betrachtet werden, um die verschmähten Stereotypen kinderloser Frau zu widerlegen bzw. nicht damit assoziiert zu werden (vgl. Day 2016; Diehl 2014, 166).

### **6.3.3 Stigmatisierung – „Mich schockierte diese Übergriffigkeit [...]“**

Wie sowohl die vorangegangenen Erfahrungen des stetigen Rechtfertigungsdrucks eines kinderfreien Lebensentwurfs als auch die ablehnenden Begründungsmuster von Gynäkolog:innen gegenüber einer Tubensterilisation unter Kapitel 2.2 als auch 6.2.2 bereits aufzeigen haben, werden Personen mit Uterus aufgrund ihres Handelns als „bestimmte Andere“ markiert. Die Erfahrungsberichte zeigen dabei auf, dass etwaige Markierungen über Fremdzuschreibungen von Eigenschaften, wie Egoismus oder einer verminderten Urteilsfähigkeit, insbesondere auch im persönlichen sozialen Umfeld stattfinden:

„Anfangs habe ich mit jugendlicher Naivität dies auch mit meiner Umgebung, d. h. Freunden, Verwandtschaft etc. offen diskutiert. Aber ich traf immer nur auf Unverständnis. Warte, bis Du den richtigen Mann kennlernst, Kinder sind Zukunft, dann bist Du im Alter alleine, ich wäre egoistisch, etc.“ (ebd., 3-7)

Gerda erfährt aufgrund ihres kinderfreien Lebensentwurfs durch ihr persönliches Umfeld diverse Zuschreibungen, die sie als egoistisch stigmatisieren, ihre Partnerschaft in Frage stellen und auf ihre Verfehlung bzgl. der „bevölkerungspolitischen Zukunftssicherung“ verweisen. Als bemerkenswert ist zudem herauszustellen, dass Gerda sich aufgrund dieser Reaktionen selbst Naivität zuschreibt. Julia führt hingegen an, Naivität vielmehr als Fremdzuschreibung erfahren zu haben, welche grenzüberschreitendes Verhalten durch andere Personen legitimierte:

„Mich schockierte diese Übergriffigkeit, die Unverschämtheit hinter der Aussage. Wieso sprach man mir ab, diese Entscheidung für mich treffen zu können? Glaubte man mich wirklich so abhängig vom Mann an meiner Seite? Wieso war ich plötzlich ein naives Dummchen, nur weil ich etwas nicht wollte? Wieso durfte man sich in einen der persönlichsten Bereiche meines Lebens einmischen?“ (ebd., 20-24)

Auch Anna beschreibt in ihrem Bericht belastende Erfahrungen mit Stigmatisierungen, die dazu führten, dass sie „blöde Kommentare wochenlang beschäftigt“ (84 f.) haben. Luise führt an, aufgrund ihres Lebensentwurfs und Sterilisationswunsches mit dem von Morell (1994, 16) am häufigsten angeführten Stigma der Kinderfeindlichkeit konfrontiert zu werden:

„Mir wird gelegentlich vorgeworfen, ich sei Kinderhasserin. Das stimmt nicht, ich kann bloß nicht viel mit ihnen anfangen, genauso wenig wie mit vielen anderen Meschen, egal welchen Alters.“ (ebd., 6-8)

Lus stigmatisierende Erfahrungen weisen darüber hinaus Relationen zu Medikalierungs- und Stigmatisierungsprozessen von psychischen Erkrankungen sowie nicht-binären Geschlechtsidentitäten auf:

„Insbesondere da ich Traumafolgestörungen<sup>84</sup> habe und mir im Kontext Geschlechtsidentität und/oder Sterilisationswunsch IMMER anhören darf, dass das alles am Trauma liegt und ich nur genug Therapie machen muss und dann alles "wieder gut" ist – obwohl es für mich gut so ist, wie es ist.“ (ebd., 29-32)

Lu schildert eine mehrfache/intersektionale Stigmatisierung, die darauf basiert, dass sowohl der Sterilisationswunsch als auch die Nicht-Binarität, als normabweichend verhandelt wird. Diese „Normabweichung“ wird zudem im Kontext einer Traumafolgestörung als krankhaft und therapierbar „diagnostiziert“, wodurch Lus grundlegende Urteils- sowie Handlungsfähigkeit untergraben wird.

Lus Schilderung, die Tubensterilisation „[...] aus Angst vor [...] der generellen Stigmatisierung von jungen Menschen mit Uterus mit Sterilisationswunsch“ (28 f.) zunächst nicht näher in Betracht gezogen zu haben, verweist auf die massiven Auswirkungen vorherrschender Stigmata in Bezug auf die Verwirklichung der eigenen Geschlechtsidentität sowie reproduktiven Gesundheit und Selbstbestimmung. Hierbei zeigen die Erfahrungen von übergriffigem Verhalten mit dem Ziel der Abwertung und Pathologisierung der persönlichen Lebensentscheidung durch das soziale Umfeld Tendenzen des Gaslightings auf (vgl. Sweet 2019, 851 ff.). Abseits dieser Folgen werden durch die fehlende Anerkennung negative Stereotype fortgeschrieben, was (wie bei Gerda) zur Folge haben kann, dass Tubensterilisationen sowie kinderfreie Lebensentscheidungen verschwiegen/verschleiert

---

<sup>84</sup> Eine Traumafolgestörung ist ein Krankheitsbild, welches in Folge des Erlebens von kurzfristigen (z.B. sexueller Missbrauch), langfristigen/mehrfachen (z.B. Kriegserleben) oder medizinisch bedingten (z.B. Herzinfarkt) Traumata entstehen kann (vgl. Maercker & Augsburger 2019, 15 ff.). Gemäß der Definition der ICD-11 und DSM-5 ist diese auch als Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) bekannt. Bei einer PTBS dauern Symptome wie das wiederkehrende Erleben des Traumas, Vermeidungsverhalten, das Wahrnehmen einer gegenwärtigen Bedrohungslage (Überregung) und erhebliche Funktionseinschränkungen. Auch Dissoziationen, emotionale Veränderungen wie einem starken Empfinden von Ekel, Scham oder Schuld stellen häufige Begleitsymptome dar, die massiven psychosozialen Folgen einhergehen können (vgl. ebd., 30).



oder mit Scham besetzt werden und diskriminierende Erfahrungen letztlich „unsichtbar“ gemacht werden.

## **7 Fazit und Ausblick**

Die Analyse der Erfahrungsberichte zeigt auf, dass kinderfreie Personen mit Uterus aus unterschiedlichsten Gründen eine Tubensterilisation wünschen. In den vorliegenden Fällen wurde dieser Wunsch damit begründet, dass kein Interesse an einer Mutter-/Elternschaft besteht, kein leibliches Kind erwünscht ist oder eine Schwangerschaft eine körperliche/psychische Gesundheitsgefährdung darstellt. Weitere Aspekte der Entscheidungsfindung konnten ebenso in den finanziellen, körperlichen sowie psychischen Auswirkungen/Belastungen durch ein Kind bzw. der damit einhergehenden Care-Arbeit oder den Auswirkungen auf die eigene Karriere/Lohnarbeit sowie die Umwelt ausgemacht werden. Zudem werden in den Berichten Faktoren wie gegenwärtige (welt-)politische Ereignisse sowie prekäre Arbeits-/Betreuungsmöglichkeiten mit/für Kinder angeführt. Ebenso konnte der Wunsch der „Unfruchtbarkeit“ als Ausdruck einer nicht-binären Geschlechtsidentität ausgemacht werden. Besonders hervorzuheben ist, dass eine Vielzahl der Faktoren in nahezu allen Erfahrungsberichten als kumulativ wirkend beschrieben wurden.

Die Erfahrungsberichte verdeutlichen eindrücklich, dass es sich bei (k)einem Kinderwunsch weder um ein angeborenes noch ein seltenes Phänomen handelt. Vielmehr werden persönliche Lebensvorstellung mit sowie ohne Kind(er) durch soziale, gesundheitliche, politische und materielle Einflüsse bedingt. Zudem widersprechen die hinzugezogenen Erfahrungsberichte dem Vorurteil, dass die Tubensterilisation ein Ausdruck einer „unüberlegten“ Entscheidung ist, sondern vielmehr auf einer umfassenden, reflexiven in- sowie extrinsischen Auseinandersetzung aufbaut. Insofern ist es nicht überraschend, dass die Tubensterilisation von den Verfasser:innen mehrheitlich als grundlegendes, körperliches Selbstbestimmungsrecht definiert wird, dessen Entsprechen mit massiven Erfahrungen der Erleichterung verknüpft ist. Retrospektive Erfahrungen von Reue, Trauerbewältigung oder heftigen Refertilisierungswünschen, welche Studien der 80er Jahre nahezu als Selbstverständnis postulierten, konnte zudem nicht verzeichnet werden (vgl. Davies-Osterkamp et al. 1983, 313; Petersen 1983, 253).

Vielmehr konnte den Berichten entnommen werden, dass mit einer Tubensterilisation auch nach Monaten/Jahren sowie veränderten Lebensumständen positive Erfahrungen wie ein Empfinden von Zufriedenheit und Freiheit bzgl. einer sichereren und selbstbestimmten Lebensgestaltung ohne Kind einhergingen bzw. gehen. Die Erfahrung eines ausgeprägten Sicherheitsempfindens spiegelt sich zudem in der Benennung eines sichereren Sexlebens, dass das Risiko einer ungewollten Schwangerschaften erheblich

minimiert/verhindert<sup>85</sup>, wieder, wohingegen ein Leben vor der Tubensterilisation vor allem von der Erfahrung ständiger Angst geprägt war, welcher sich einige Verfasser:innen aufgrund einer ungewollten und möglicherweise „zu spät“ entdeckten Schwangerschaft ausgesetzt fühlten und aufgrund derer regelmäßig Schwangerschaftstests durchführ(t)en. Da die untersuchten Erfahrungsberichte aufzeigen, dass Kontrazeptiva aufgrund unterschiedlicher Bedürfnisse sowie Kontraindikationen nicht nach dem Prinzip „one size fits most“ funktionieren und teilweise keine Alternative darstellen, dürfte es sich nach Kleinstein (2017, 292) eigentlich von selbst verstehen, dass die Entscheidung für eine Tubensterilisation „[...] einer eingehenden Beratung bedarf; dabei müssen die Endgültigkeit der Maßnahme, Alternativen in Form verschiedener Kontrazeptiva und die Sicherheit der Methoden angesprochen werden“ (ebd., 292). Doch bevor es für die Verfasser:innen der Erfahrungsberichte zu solch einer Beratung kam, musste sich ein Großteil zunächst aktiv auf eine Suche nach Gynäkolog:innen begeben, die diesen Eingriff trotz Volljährigkeit und Mündigkeit der Patient:innen, überhaupt durchführen respektive in ihre Beratungen einschließen. Eine Suche, die von vielen als verzweifelnd oder kräftezehrend bezeichnet wurde, da dieser insbesondere Ablehnungserfahrungen aufgrund eines „zu jungen“ Alters inhärent waren.

Individuell angeführte Altersbegrenzungen von 30 sowie 25 Jahren, wurden von Gynäkolog:innen insbesondere dadurch begründet, dass die Ernsthaftigkeit der Entscheidung vorher nicht gegeben sei, ein Kinderwunsch (inkl. des Partners) noch aufkommen würde und/oder die Entscheidung bereut werden könnte. Zudem ist herauszustellen, dass die Person, die eine Sterilisation (in Form einer Hysterektomie) nicht nur aufgrund der Abneigung gegenüber einer Mutterschaft, sondern auch aufgrund von multiplen, gynäkologischen Erkrankungen wie Endometriose begründete, mehrfache Zurückweisungen erfuhr. Während die Lebens Einschränkung aufgrund der Erkrankung durch Schmerzprotokolle belegt werden konnte, blieb die grundlegende Frage, wie Gynäkolog:innen, die einen Kinderwunsch als repronormatives Grundgesetz betrachten, überhaupt Gegenteiliges „bewiesen“ werden kann/soll? Umstände, die als anschlussfähig an die Werke von Morell (1994), Richie (2013), Denbow (2015, 131 f.) sowie McQueen (2020) u.a. bezeichnet werden können.

Dass der Zugang zur Tubensterilisation insbesondere bei Personen, die nach 2019<sup>86</sup> sterilisiert wurden, (außer bei einer Anfang 20-jährigen Person) erfolgreich war, schreiben

---

<sup>85</sup> Die vollumfängliche Verhinderung bezieht sich auf diejenige Person, welche die Hysterektomie als u.a. sterilisierende Maßnahme gewählt hat.

<sup>86</sup> Beginn der Online-Aktivität von selbstbestimmt steril e.V. (o. J.e).

viele Personen dem selbstbestimmt steril e.V. zu, da dessen Empfehlungen von „sterilisationspositiven“ Gynäkolog:innen diskriminierungsfrei(ere) Zugänge ermöglichen. Dennoch wird von beiden Personen, die einen unbeschwerten bzw. barriereärmeren Zugang zu sterilisierenden Gynäkolog:innen erfahren haben, dies nicht als Selbstverständlichkeit im Rahmen einer Verhütungsberatung bezeichnet. Vielmehr wurde das Entsprechen des Sterilisationswunsches, wie bei den anderen Personen auch, als glückliche Fügung deklariert. Abseits der Altersbegrenzungen, die bereits diskriminierende Absprachen der eigenen Urteils- und Entscheidungsfähigkeit enthielten, wurden zwei Personen im Rahmen einer höchst sensiblen Aufklärungs- bzw. operationsvorbereitenden Situation durch Anästhesist:innen auf die Missachtung ihrer „gesellschaftlichen Verpflichtung“ als Frau hingewiesen.

Dabei scheinen Personen mit Uterus aufgrund ihrer selbstgewählten Lebensvorstellung ohne Kind auch Menschen außerhalb des gynäkologischen/medizinischen Kontexts in ihren repronormativen Denkmustern zu erschüttern. Viele Verfasser:innen beschreiben den Umstand, dass die Zufriedenheit mit der eigenen Lebenssituation ohne Kind/Kinderwunsch Abwertungen und übergriffiges Verhalten legitimier(t)en, sodass dies ihre Entscheidung kontinuierlich in Frage stellen ließ. Auf das „Widersetzen“ der uterusbedingten Anrufung zur Mutterschaft folgten die typischen Stigmata wie Kinderfeindlichkeit, Egoismus und Naivität (vgl. Morell 1994, 16; Diehl 2014, 116; Day 2016). Dabei beschreibt insbesondere die nicht-binäre trans Person aufgrund von PTBS eine intersektionale Diskriminierung, die den Sterilisationswunsch als auch die nicht-binäre Geschlechtsidentität pathologisieren und Tendenzen des Gaslightings aufweisen (vgl. Sweet 2019, 851 ff.). All diese Diskriminierungen sowie Stigmatisierungen setzen kinderfreie Personen nicht nur unter ständigen Rechtfertigungsdruck, sondern erklären diese zu reproduktive Außenseiter:innen und verschleiern zudem die realen Belastungen von (unbezahlter) Care-Arbeit, welche die Entscheidung für ein Kind bereuen lassen können (vgl. Donath 2016, 9; Santos 2018, 210).

Doch wie kann die Entscheidung für ein kinderfreies Leben und/oder eine Tubensterilisation als Ausdruck eines egoistischen Charakterzugs verhandelt werden, wenn keine andere Person dadurch einen Nachteil erfährt? Wäre es nicht naheliegender das Zeugen/Gebüren/Adoptieren eines Kindes mit Egoismus in Verbindung zu bringen? Schließlich hat dieses keine Möglichkeit zu entscheiden, ob es in eine Welt, in der Kriege, Rassismus, Klassismus oder Klimakatastrophen herrschen, geboren werden möchte. Zudem treffen Menschen tagtäglich mehr oder weniger bedeutende Entscheidungen, die jederzeit bereut

werden können. Das kann eine Tubensterilisation ebenso (wenig) betreffen wie eine Vasektomie oder eine (un)gewollte Mutter-/Vaterschaft (vgl. Donath 2016, 88).

Diese Arbeit stellt nur einen marginalen Teil der Erfahrungen und Hürden von kinderfreien Personen mit Uterus im Rahmen der Realisierung eines Sterilisationswunsches dar, die trotz dessen an die Ergebnisse internationaler Studien anknüpfen. Es bestätigt sich, dass auch in Deutschland Gynäkolog:innen mit dem Rückgriff auf misogynie, paternalistische sowie pronatalistische Normierungen von Körpern mit Uterus eine Gatekeeper-Funktion im Zugang zur Tubensterilisation bilden (vgl. Denbow 2015, 153; McQueen 2020, 250). Nicht zuletzt aus diesen Gründen bedarf es einer grundlegenden Verankerung von Ansätzen einer menschenrechtsbasierten Verhütungsberatung in der medizinischen sowie insbesondere in der gynäkologischen Lehre und Praxis. Diese Verhütungsberatung erfordert nach Nottbohm & Ommert (2017, 7 f.) in ihren Prinzipien der

- Zugänglichkeit (accessibility)
- Nicht-Diskriminierung (non-discrimination)
- Akzeptanz (acceptability)
- Vertraulichkeit und Privatsphäre (privacy and confidentiality)
- aktuellen Qualitätsstandards und fachlichen Grundlagen (quality)
- Informierten Entscheidungsfindung (informed decision-making)
- Partizipation (participation)
- Verantwortlichkeit (accountability)

jedoch „ausführliche Gespräche über Rechte, Sexualität und Lebensplanung“ (pro familia 2019a, 4). Ein Umstand, der vor allem mit Blick auf das deutsche, auf Wirtschaftlichkeit ausgelegte Gesundheitssystem allein aufgrund des Zeitfaktors kaum umsetzbar zu sein scheint. Zu empfehlen ist insofern, dass die Ansätze der menschenrechtsbasierten Verhütungsberatung auch eine Verankerung in der Lehre und Praxis von Professionen wie der Sozialen Arbeit, Pädagogik oder den Erziehungswissenschaften, dessen Aufträge Bildungs-/Beratungsarbeiten zu sexueller Aufklärung und Verhütung umfassen, erfahren. Gleichmaßen sprechen die Arbeiten von selbstbestimmt steril e. V. sowie die Erfahrungsberichte für eine umfangreiche anzulegende, interdisziplinäre Studie, die sowohl Perspektiven von Gynäkolog:innen einbinden als auch den Blick auf Zugänge zu Vasektomien lenken sollte. Darüber hinaus könnte das Ausmaß dieser vergeschlechtlichten sowie intersektionalen Diskriminierungen flächendeckender eingeordnet und zudem um weitergehende Hürden, wie fehlende Finanzierungsmöglichkeiten oder Barrierefreiheit (Sprache, Infrastruktur u.a.), ergänzt werden. Ebenso bedarf es in der Gender & Queer Forschung mehr Repräsentanz von Stimmen selbstgewählter, kinderfreier Personen mit Uterus, um die Entnaturalisierung von Heteronormativität als Fundament von Repronormativität auch aus dieser Perspektive voranzutreiben (vgl. Degele 2005, 22).

Tubensterilisationen werden in Deutschland zwar häufig als individuelle Gesundheitsleistung verhandelt, können jedoch im Rahmen von Zwangssterilisationen respektive unfreiwilligen Sterilisationen zu Waffen antinatalistischer Bevölkerungspraktiken werden, wie der § 1905 BGB als Erbe des nationalsozialistischen GzVeN und dessen bekannte Missbrauchsfälle aufzeigt (vgl. Klöppel 2012, 221; WHO 2014, 3 f.; BMFSFJ 2014, 41; Denbow 2015, 133; Sacksofsky 2017, 99). Pronatalistische Bevölkerungspolitiken bestärken zudem antinatalistische Normierungen und zeigen auf, für welche Statusgruppe eine unfreiwillige oder selbstgewählte Tubensterilisation „vorgesehen“ ist, sodass die repronormative „Freiheit“ für eine selbstgewähltes Leben ohne Kind(er) gar nicht erst zur Auswahl stehen soll. Fertilität wird dahingehend als messbares Mittel für die Zukunftsfähigkeit einer Gesellschaft legitimiert (vgl. Wintzer 2017, 365). Bevölkerungspolitik darf keine Staatsaufgabe sein, die Personen mit Uterus in ihrer Entscheidung (k)ein Kind zu gebären/zeugen/adoptieren (de)privilegiert oder diskriminiert.

„Freiheit existiert also nicht einfach, weder bezogen auf die Individuen noch auf die Gesellschaft. Ob sie existiert oder nicht, wie und in welchem Umfang ist vielmehr als ein komplexes Ergebnis gesellschaftlicher Prozesse und damit als ein historisch gesellschaftlich-kulturelles Phänomen zu verstehen. In diesem Wechselverhältnis ist der Raum für gesellschaftliche wie individuelle und kollektive Freiheit historisch jeweils größer oder kleiner, sie ist nie absolut, aber auch nie in Gänze versperrt“ (Maihofer 2018, 32 f.).

Nicht zuletzt bedarf es aufgrund dessen einer grundlegenden rechtlichen Verankerung reproduktiver Autonomie, die nicht wie bisher vage aus unterschiedlichen (repronormativen) Gesetzen wie der allgemeinen Handlungsfreiheit, dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht und dem Schutz der Ehe und Familie zu interpretieren ist (vgl. Wapler 2018, 189 f.). Vielmehr bedarf es einer expliziten Formulierung des Rechts auf reproduktive Selbstbestimmung, das „sexuelles Handeln ohne Reproduktion und Reproduktion ohne sexuelles Handeln“ (ebd., 191) berücksichtigt, reproduktive Autonomie nicht „als gesamtfamiliäre Entscheidung betrachtet“ (djb 2017, 2), sondern als fundamentalen Ausdruck einer persönlichen Lebensgestaltung festschreibt. Dies würde im Umkehrschluss auch eine Streichung des § 1905 BGB sowie § 218 StGB erfordern. Ebenso würde diese rechtliche Verankerung unfreiwillige Sterilisationen an inter\* und unter gesetzlicher Betreuung stehenden Personen kriminalisieren, eine wohlfahrtsstaatliche Finanzierung von selbstgewählten Tubensterilisationen ermöglichen und reproduktionsmedizinische Zuhilfenahmen für queere sowie alleinstehende Personen mit (Uterus und) Kinderwunsch zugänglich machen.

## Literaturverzeichnis

- Ahr, André & Scharl, Anton (2013): Zervixkarzinomfrüherkennung – Zytologie und Kolposkopie, In: Kaufmann, Manfred; Costa, Serban D. & Scharl, Anton (Hrsg.): *Die Gynäkologie*. Berlin, Heidelberg: Springer, 355–364.
- Amari, Feriel; Beyer, Daniel A., et al. (2013): Kontrazeption und Familienplanung, In: Kaufmann, Manfred; Costa, Serban D. & Scharl, Anton (Hrsg.): *Die Gynäkologie*. Berlin, Heidelberg: Springer, 209–232.
- Amnesty International: “*LIKE WE WERE ENEMIES IN A WAR*”. *CHINA’S MASS INTERNMENT, TORTURE AND PERSECUTION OF MUSLIMS IN XINJIANG*. URL: <https://www.amnesty.de/sites/default/files/2021-06/Amnesty-Bericht-China-Uiguren-Xinjiang-Internierungslager-Juni-2021.pdf> [zuletzt geprüft am 15.08.2022].
- Avison, Margaret & Furnham, Adrian (2015): Personality and voluntary childlessness. *Journal of Population Research* 32(1), 45–67.
- Aydin, Nilüfer & Fritsch, Katrin (2015): Stigma und Stigmatisierung von psychischen Krankheiten. *Psychotherapeut* 60(3), 245–257.
- Baumann, Rudolf & Gätje, Regine (2013): Endometriose, In: Kaufmann, Manfred; Costa, Serban D. & Scharl, Anton (Hrsg.): *Die Gynäkologie*. Berlin, Heidelberg: Springer, 287–306.
- Bebnarz-Braun, Iris & Heß-Meining, Ulrike (2004): *Migration, Ethnie und Geschlecht. Theorieansätze - Forschungsstand - Forschungsperspektiven*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Becker, Walter (1972): Das Sterilisationsproblem im neuen Strafgesetzentwurf. *Zeitschrift für Evangelische Ethik* 16(1), 329–337.
- Benn, Piers & Lupton, Martin (2005): Sterilisation of young, competent, and childless adults. *British Medical Journal* 330(7503), 1323–1325.
- Bergmann, Anneliese (1983): Frauen, Männer, Sexualität und Geburtenkontrolle. Zur „Gebärstreikdebatte“ der SPD 1913, In: Hausen, Karin (Hrsg.): *Frauen suchen ihre Geschichte. Historische Studien zum 19. und 20. Jahrhundert*. München: C. H. Beck, 81–109.
- Blackstone, Amy & Stewart, Mahala D. (2012): Choosing to be Childfree: Research on the Decision Not to Parent. *Sociology Compass* 6(9), 718–727.
- BMFSFJ (2002): *Die bildungspolitische Bedeutung der Familie – Folgerungen aus der PISA-Studie. Wissenschaftlicher Beirat für Familienfragen*. (Schriftreihe des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH[zuletzt geprüft am 28.07.2022].
- BMFSFJ (2014): *Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland. Kurzfassung*. 3. Aufl. URL: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/94204/3bf4ebb02f108a31d5906d75dd9af8cf/lebenssituation-und-belastungen-von-frauen-mit-behinderungen-kurzfassung-data.pdf>[zuletzt geprüft am 15.08.2022].

- BMFSFJ: *Ungewollte Kinderlosigkeit 2020. Leiden – Hemmungen – Lösungen*. URL: <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/161018/b36a36635c77e98bcf7b4089cd1e562e/ungewollte-kinderlosigkeit-2020-data.pdf> [zuletzt geprüft am 15.08.2022].
- BMJ: *Gesetz zur Änderung des Strafgesetzbuches – Aufhebung des Verbots der Werbung für den Schwangerschaftsabbruch (§ 219a StGB), zur Änderung des Heilmittelwerbegesetzes und zur Änderung des Einführungsgesetzes zum Strafgesetzbuch*. URL: [https://www.bmj.de/SharedDocs/Gesetzgebungsverfahren/DE/219a\\_StGB.html#:~:text=Mit%20dem%20am%209.,%C2%A7%20219a%20StGB%20aufgehoben%20werden](https://www.bmj.de/SharedDocs/Gesetzgebungsverfahren/DE/219a_StGB.html#:~:text=Mit%20dem%20am%209.,%C2%A7%20219a%20StGB%20aufgehoben%20werden.). [zuletzt geprüft am 15.08.2022].
- Bohlmann, M. K.; Schultze-Mosgau, A., et al. (2010): Kinderwunsch nach tubarer Sterilisation. *Gynäkologe* 43(2), 118–123.
- Böttcher, Bettina & Hosa, Hanna (2022): Kontrazeption bei sehr jungen Mädchen. Altersgemäße Beratung wichtig. *gynäkologie + geburtshilfe* 27(1), 30–33.
- Braunersreuther, Christine (2020): CARE-Theorie aus der Küche. Oder: Das Verdampfen feministischer Utopien und die Borretsch-Revolution, In: Czerney, Sarah; Eckert, Lena & Martin, Silke (Hrsg.): *Mutterschaft und Wissenschaft. Die (Un-)Vereinbarkeit von Mutterbild und wissenschaftlicher Tätigkeit*. Wiesbaden: Springer, 51–66.
- Brockmann, Antje & Reichard, Daria (2000): Schwangerschaft und Geburt im "Zangenriff" der Medizin, In: Kolip, Petra (Hrsg.): *Weiblichkeit ist keine Krankheit. Die Medikalisierung körperlicher Umbruchphasen im Leben von Frauen*. Weinheim, München: Juventa Verlag, 58–87.
- Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat: *Gesetz zur Neuregelung des Familiennachzugs zu subsidiär Schutzberechtigten (Familiennachzugsneuregelungsgesetz)*. URL: [https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger\\_BGBI&start=//%5b@attr\\_id=%27bgbl118s1147.pdf%27%5d#\\_\\_bgbl\\_\\_%2F%2F\\*%5B%40attr\\_id%3D%27bgbl118s1147.pdf%27%5D\\_\\_1624972535940](https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBI&start=//%5b@attr_id=%27bgbl118s1147.pdf%27%5d#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl118s1147.pdf%27%5D__1624972535940) [zuletzt geprüft am 15.08.2022].
- Bundesverwaltungsamt: *Antrag auf Übernahme der Ehrenpatenschaft durch den Bundespräsidenten*. URL: [https://www.bundespraesident.de/SharedDocs/Downloads/DE/Anhaenge/Antrag-Ehrenpatenschaft.pdf;jsessionid=10400696D2F15A8AD3A9C7491758EA1F.1\\_cid370?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bundespraesident.de/SharedDocs/Downloads/DE/Anhaenge/Antrag-Ehrenpatenschaft.pdf;jsessionid=10400696D2F15A8AD3A9C7491758EA1F.1_cid370?__blob=publicationFile) [zuletzt geprüft am 15.08.2022].
- Bury, Carola (2015): Verhütung - ein Menschenrecht für alle! Setzen wir es auf die Agenda! *pro familia magazin*(3), 4–7.
- Butler, Judith (1991): *Das Unbehagen der Geschlechter*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Butler, Judith (2009): *Die Macht der Geschlechternormen und die Grenzen des Menschlichen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Buturovic, Zeljka (2020): Voluntary sterilisation of young childless women: not so fast. *Journal of medical ethics* 0, 1–4.

- BVerfG: *Beschluss des Ersten Senats vom 07. April 2022*. URL: [https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2022/04/1s20220407\\_1bv1000318.html](https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2022/04/1s20220407_1bv1000318.html) [zuletzt geprüft am 15.08.2022].
- BZgA (2016): *frauen leben 3. Familienplanung im Lebenslauf von Frauen. Schwerpunkt: Ungewollte Schwangerschaften*. URL: [https://www.forschung.sexualaufklaerung.de/fileadmin/fileadmin-forschung/pdf/Frauenleben3\\_Langfassung\\_Onlineversion.compressed.pdf](https://www.forschung.sexualaufklaerung.de/fileadmin/fileadmin-forschung/pdf/Frauenleben3_Langfassung_Onlineversion.compressed.pdf)[zuletzt geprüft am 15.08.2022].
- BZgA (2019): *Verhütungsverhalten Erwachsener 2018*. URL: <https://publikationen.sexualaufklaerung.de/fileadmin/redakteur/publikationen/dokumente/13317300.pdf>[zuletzt geprüft am 15.08.2022].
- Campbell, Annily (1999): *Childfree and Sterilized: Women's Decisions and Medical Responses*. London: Cassell.
- Chorus, Silke (2013): *Care-Ökonomie im Postfordismus. Perspektiven einer integralen Ökonomie-Theorie*. Münster: Westfälisches Dampfboot.
- Corell, Lena (2011): Das Gespenst des deutschen Geburtenrückgangs. Eine kritische Analyse wissenschaftlicher Diskurse zum Bevölkerungswandel. *femina politica* 20(1), 101–110.
- Crenshaw, Kimberlé W. (2013): Die Intersektion von „Rasse“ und Geschlecht demarginalisieren: Eine Schwarze feministische Kritik am Antidiskriminierungsrecht, der feministischen Theorie und der antirassistischen Politik, In: Lutz, Helma; Vivar, María T. & Supik, Linda (Hrsg.): *Fokus Intersektionalität*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 35–58.
- Crone, Theresia: *#EndEndosilence - für eine nationale Endometriose Strategie*. URL: <https://www.change.org/p/gesundheitsminister-prof-dr-karl-lauterbach-endosilence-f%C3%BCr-eine-nationale-endometriose-strategie-karl-lauterbach> [zuletzt geprüft am 15.08.2022].
- Davies-Osterkamp, Susanne; Meyer, Annelene, et al. (1983): Zur Psychodynamik des Refertilisierungswunsches bei sterilisierten Frauen. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*(43), 313–320.
- Davis, Angela (1982): *Rassismus und Sexismus. Schwarze Frauen und Klassenkampf in den USA*. West Berlin: Elefanten Press.
- Day, Jody (2016): Commentary: Selling unproved fertility treatments to women desperate for a baby may be unethical. *British Medical Journal* 355.
- Degele, Nina (2005): *Heteronormativität entselbstverständlichen. Zum verunsichernden Potenzial von Queer Studies*. Freiburg im Breisgau.
- Deis, Karin (2018): Körpererleben bei ungewollter Kinderlosigkeit. Eine Interviewstudie mit betroffenen Frauen, In: Krüger-Kirn, Helga & Wolf, Laura (Hrsg.): *Mutterschaft zwischen Konstruktion und Erfahrung. Aktuelle Studien und Standpunkte*. Op-laden, Berlin & Toronto: Verlag Barbara Budrich, 135–154.
- Denbow, Jennifer M. (2015): *Governed through Choice. Autonomy, Technology, and the Politics of Reproduction*. New York, London: New York University Press.



- Dethloff, Nina (2018): Reproduktive Autonomie, In: Baer, Susanne & Sacksofsky, Ute (Hrsg.): *Autonomie im Recht - Geschlechtertheoretisch vermessen*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, 229–238.
- Deutscher Bundestag: *Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Reform des Rechts der Vormundschaft und Pflegschaft für Volljährige (Betreuungsgesetz — BtG)*. URL: <http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/11/045/1104528.pdf> [zuletzt geprüft am 15.08.2022].
- Deutscher Bundestag: *Paragraf 1905 BGB soll überprüft werden. Petitionen/Ausschuss - 09.09.2020 (hib 917/2020)*. URL: <https://www.bundestag.de/presse/hib/791010-791010> [zuletzt geprüft am 15.08.2022].
- DGGG (2010): *Stellungnahme zur kontrazeptiven Sicherheit der Tubensterilisation*. URL: [https://www.dggg.de/fileadmin/public\\_docs/Leitlinien/g\\_02\\_04\\_02\\_kontrazeptive\\_sicherheit\\_tubensterilisation.pdf](https://www.dggg.de/fileadmin/public_docs/Leitlinien/g_02_04_02_kontrazeptive_sicherheit_tubensterilisation.pdf)[zuletzt geprüft am 03.05.2020].
- Diehl, Sarah (2014): *Die Uhr, die nicht tickt. Kinderlos glücklich. Eine Streitschrift*. Zürich-Hamburg: Arche Verlag.
- Dietze, Gabriele (2018): Sexualitätsdispositiv Revisited, In: Amir-Moazami, Schirin (Hrsg.): *Der inspizierte Muslim*. Bielefeld, Germany: transcript Verlag, 215–246.
- Dionisius, Sarah (2020): Zwischen trans\* Empowerment und Cisnormativität: leibliches Elternwerden in Grenzbereichen, In: Peukert, Almut, u.a. (Hrsg.): *Elternschaft und Familie jenseits von Heteronormativität und Zweigeschlechtlichkeit*. Opladen, Berlin & Toronto: Verlag Barbara Budrich, 77–91.
- Dionisius, Sarah (2021): „Wie ein Mensch zweiter Klasse“. Reproduktionsmedizin, Heteronormativität und Praktiken der Aneignung, In: Schondelmayer, Anne-Christin; Riegel, Christine & Fitz-Klausner, Sebastian (Hrsg.): *Familie und Normalität. Diskurse, Praxen und Aushandlungsprozesse*. Opladen, Berlin, Toronto: Verlag Barbara Budrich, 303–322.
- djb (2017): Reproduktive Rechte und Geschlechtergerechtigkeit – Zeit für eine Diskussion! *djbZ* 20(1), 1–4.
- Donath, Orna (2016): *#regrettingmotherhood. Wenn Mütter bereuen*. München: Albert Knaus Verlag.
- Dorbritz, Jürgen & Naderi, Robert (2017): Fertilität von Migrantinnen in Deutschland im Vergleich zur Fertilität in den entsprechenden Herkunftsländern: Analysen aus dem BiB. *Bevölkerungsforschung Aktuell* 1, 2–8.
- Eckert, Lena (2020): Mutter\_Wissen\_schaftler\*in – ein paradoxes Phänomen?, In: Czerney, Sarah; Eckert, Lena & Martin, Silke (Hrsg.): *Mutterschaft und Wissenschaft. Die (Un-)Vereinbarkeit von Mutterbild und wissenschaftlicher Tätigkeit*. Wiesbaden: Springer, 25–50.
- Eser, Albin (1980): Sterilisation in rechtlicher und rechtspolitischer Sicht, In: Eser, Albin & Hirsch, Hans A. (Hrsg.): *Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch. Eine Orientierungshilfe zu medizinischen, psychologischen und rechtlichen Fragen: Einschlägige Bundesgesetze und Länderbestimmungen im Anhang*. Stuttgart: Enke Verlag, 55–68.

- Evans, Brenna (2021): The Long Scalpel of the Law: How United States Prisons Continue to Practice Eugenics Through Forced Sterilization. *Minnesota Journal of Law & Inequality*. Online im Internet: URL: [https://lawandinequality.org/2021/06/07/the-long-scalpel-of-the-law-how-united-states-prisons-continue-to-practice-eugenics-through-forced-sterilization/#\\_ftn17](https://lawandinequality.org/2021/06/07/the-long-scalpel-of-the-law-how-united-states-prisons-continue-to-practice-eugenics-through-forced-sterilization/#_ftn17)[zuletzt geprüft am 28.07.2022].
- FAZ: Mickie Krause: *Habe Sterilisation vornehmen lassen*. URL: <https://www.faz.net/agenturmeldungen/dpa/mickie-krause-habe-sterilisation-vornehmen-lassen-18218457.html> (letzte Aktualisierung 03.08.22) [zuletzt geprüft am 15.08.2022].
- Fillenberg, Sabine (2017): Kontrazeption, In: Lasch, Lidia & Fillenberg, Sabine (Hrsg.): *Basiswissen Gynäkologie und Geburtshilfe*. Berlin, Heidelberg: Springer, 149–154.
- Flick, Uwe (2011): *Triangulation. Eine Einführung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Flick, Uwe (2019): Gütekriterien qualitativer Sozialforschung, In: Baur, Nina & Blasius, Jörg (Hrsg.): *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 473–488.
- Flick, Uwe (2021): *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag.
- Folkers, Andreas (2015): *Biopolitik / Biomacht*. Gender Glossar. URL: <https://www.gender-glossar.de/post/biopolitik>[zuletzt geprüft am 28.07.2022].
- Foucault, Michel (1970): *Die Ordnung des Diskurses. Inauguralvorlesung am Collège de France, 2. Dezember 1970*.
- Foucault, Michel (1991): *Der Wille zum Wissen. Sexualität und Wahrheit I*. 4. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Foucault, Michel (1999): *In Verteidigung der Gesellschaft. Vorlesungen am Collège de France (1975-76)*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Franke, Katherine M. (2001): Theorizing Yes: An Essay on Feminism, Law, and Desire. *Columbia Law Review* 101(1), 181–208.
- Fuchs, Petra (2022): ‚Behinderung‘ – eine bewegte Geschichte, In: Waldschmidt, Anne (Hrsg.): *Handbuch Disability Studies*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 35–53.
- Füty, Tamás J. (2019): *Gender und Biopolitik. Normative und intersektionale Gewalt gegen Trans\*Menschen*. Bielefeld: Transcript.
- Giese, Linus (2020): *Endlich Linus. Wie ich der Mann wurde, der ich schon immer war*. Hamburg: ROWOHLT Taschenbuch.
- Gnambs, Timo & Batinic, Bernad (2020): Qualitative Online-Forschung, In: Mey, Günter & Mruck, Katja (Hrsg.): *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 97–112.
- Gnoth, Christian & Fehr, Daniel (2021): Kontrazeption und Familienplanung, In: Costa, Serban-Dan, u.a. (Hrsg.): *Die Gynäkologie*. Berlin, Heidelberg: Springer Reference Medizin, 1–18.
- Goffman, Erving (1975): *Stigma. Über techniken der bewältigung beschädigter Identität*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

- Gramlich, Naomie & Haas, Annika (2019): Situiertes Schreiben mit Haraway, Cixous und Grauen Quellen. *Zeitschrift für Medienwissenschaften* 11(20), 38–52.
- Hajek, Katharin (2013): Familienduell. Von der politischen Regulierung und den Kämpfen um Familie. *PROKLA* 43(173), 519–537.
- Hajek, Katharina (2019): Der biopolitische Charme der Familie – Die „nachhaltige Familienpolitik“ und die quantitative und qualitative Regulierung der Bevölkerung in Deutschland, In: Gerhards, Helene & Braun, Kathrin (Hrsg.): *Biopolitiken – Regierungen des Lebens heute*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 183–207.
- Hamann, Julian; Maeße, Jens, et al. (Hrsg.) (2017): *Macht in Wissenschaft und Gesellschaft. Diskurs- und feldanalytische Perspektiven*. Wiesbaden: Springer VS.
- Hanack, Ernst-Walter (1965): Reviewed Work(s): Der Fall Dr. Dohrn. Eine Dokumentation zur Frage der Schwangerschaftsverhütung und der „guten Sitten“ by Sieghart Ott. *JuristenZeitung* 20(7), 228–229.
- Haraway, Donna (1996): Situiertes Wissen. Die Wissenschaftsfrage im Feminismus und das Privileg einer partialen Perspektive, In: Scheich, Elvira (Hrsg.): *Vermittelte Weiblichkeit. Feministische Wissenschafts- und Gesellschaftstheorie*. Hamburg: Hamburger Ed, 217–248.
- Haraway, Donna (2007): Ein Manifest für Cyborgs. Feminismus im Streit mit den Technowissenschaften (1985), In: Bruns, Karin & Reichert, Ramón (Hrsg.): *Reader Neue Medien*. Bielefeld: transcript Verlag, 238–277.
- Havemann, Ulrike & Bazargan, Mahtab (2021): Gynäkologie, In: Liehn, Margret, u.a. (Hrsg.): *OP-Handbuch*. Berlin, Heidelberg: Springer, 389–436.
- Hayford, Sarah R.; Kissling, Alexandra, et al. (2020): Changing Educational Differentials in Female Sterilization. *Perspectives on sexual and reproductive health* 52(2), 117–127.
- Heite, Catrin (2013): Gender und (Re)Genderisierung – eine geschlechtertheoretische Reflexion sozialpädagogischer Theorie und Praxis, In: Oelkers, Nina & Richter, Martina (Hrsg.): *Aktuelle Themen und Theoriediskurse in der Sozialen Arbeit*. Frankfurt am Main: Peter Lang, 13–27.
- Helm, Sabrina; Kemper, Joya A., et al. (2021): No future, no kids–no kids, no future? *Population and Environment* 43(1), 108–129.
- Hermanns, Peter M. (2022): *GOÄ 2022 Kommentar, IGeL-Abrechnung*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Herrmann, Svea L. & Braun, Kathrin (2010): Das Gesetz, das nicht aufhebbar ist: Vom Umgang mit den Opfern der NS-Zwangsterilisation in der Bundesrepublik. *Kritische Justiz* 43(3), 338–352.
- Hoffmann, Lea: *Wer hat einen "Migrationshintergrund"?* URL: <https://mediendienst-integration.de/artikel/wer-hat-einen-migrationshintergrund.html> (letzte Aktualisierung 15.08.22).
- Jones, Tiffany; Hart, Bonnie, et al. (2016): *Intersex. Stories and statistics from Australia*. Cambridge: Open Book Publishers[zuletzt geprüft am 28.07.2022].

- Jürgens, Hans W. (1980): Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch aus demografischer und bevölkerungspolitischer Sicht, In: Eser, Albin & Hirsch, Hans A. (Hrsg.): *Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch. Eine Orientierungshilfe zu medizinischen, psychologischen und rechtlichen Fragen: Einschlägige Bundesgesetze und Länderbestimmungen im Anhang*. Stuttgart: Enke Verlag, 13–20.
- Kaiser, Mareice & Pfahl, Lisa (2020): Ableism und Verletzlichkeit. Überlegungen zur ‚Erfindung neuer Formen von Subjektivität‘, In: Fuchs, Petra (Hrsg.): *Disability Studies im deutschsprachigen Raum*. Weinheim, Basel: Beltz Verlagsgruppe, 96–102.
- Kleinstei, Jürgen (2017): Sterilisation und Refertilisierung. *Gynäkologische Endokrinologie* 15(4), 292–298.
- Klemm, Miriam (2018): Innovation für die Samenleiter, In: Hergesell, Jannis, u.a. (Hrsg.): *Innovationsphänomene*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 103–124.
- Klöppel, Ulrike (2012): „Leben machen“ am Rande der Zwei-Geschlechter-Norm. Biopolitische Regulierung von Intersex, In: Sänger, Eva & Rödel, Malaika (Hrsg.): *Biopolitik und Geschlecht. Zur Regulierung des Lebendigen*. (Forum Frauen- und Geschlechterforschung). Münster: Westfälisches Dampfboot, 220–243.
- Kobayashi, Audrey (1994): Coloring the Field: Gender, “Race,” and the Politics of Fieldwork. *The Professional Geographer* 46(1), 73–80.
- Krüger-Kirn, Helga & Wolf, Laura (2018): Einleitung, In: Krüger-Kirn, Helga & Wolf, Laura (Hrsg.): *Mutterschaft zwischen Konstruktion und Erfahrung. Aktuelle Studien und Standpunkte*. Opladen, Berlin & Toronto: Verlag Barbara Budrich, 7–14.
- Kuckartz, Udo & Rädiker, Stefan (2022): *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Grundlagentexte Methoden*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Kyere, Anthea (2021): Kämpfe verbinden. *Reproductive Justice* auf deutsche Verhältnisse übertragen, In: Kitchen Politics (Hrsg.): *Mehr als Selbstbestimmung - Kämpfe für reproduktive Gerechtigkeit. Mit einem Grundlagentext von Loretta J. Ross*. Münster: edition assemblage, 61–72.
- Lalonde, Dianne (2018): Regret, shame, and denials of women's voluntary sterilization. *Bioethics* 32(5), 281–288.
- Laufenberg, Mike (2015): Die Macht der Medizin. Foucault und die soziologische Medikalisation, In: Friedrich, Orsolya, u.a. (Hrsg.): *Nietzsche, Foucault und die Medizin. Philosophische Impulse für die Medizinethik*. Bielefeld: Transcript, 109–130.
- Lembke, Ulrike (2017): Informationen über Schwangerschaftsabbrüche als kriminelle Handlung? – Reflektionen nach einer Prozessbeobachtung. *STREIT*, 147–152.
- Lemke, Thomas (2007): *Biopolitik zur Einführung*. Hamburg: Junius.
- Lemke, Thomas (2013): *Die Natur in der Soziologie. Gesellschaftliche Voraussetzungen und Folgen biotechnologischen Wissens*. Frankfurt am Main, New York: Campus Verlag.
- Lim, Su-Min (2010): My Adventures in Reproductive Autonomy. *Hecate* 36(1/2), 37–41.

- Ludwig, Michael; Diedrich, Klaus, et al. (2020): Was ist „Sterilität“ – eine Begriffsbestimmung, In: Diedrich, Klaus; Ludwig, Michael & Griesinger, Georg (Hrsg.): *Reproduktionsmedizin*. Berlin, Heidelberg: Springer, 3–9.
- Lutz, Helma & Amelina, Anna (2017): *Gender, Migration, Transnationalisierung. Eine intersektionelle Einführung*. Bielefeld: transcript-Verlag.
- Maercker, Andreas & Augsburger, Mareike (2019): Die posttraumatische Belastungsstörung, In: Maercker, Andreas (Hrsg.): *Traumafolgestörungen*. Berlin, Heidelberg: Springer, 13–45.
- Maihofer, Andrea (2018): Freiheit – Selbstbestimmung – Autonomie, In: Baer, Susanne & Sacksofsky, Ute (Hrsg.): *Autonomie im Recht - Geschlechtertheoretisch vermes-sen*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, 31–60.
- Mannhart, Katherina (2018): Mutterschaft heute: Im Spannungsfeld traditioneller und moderner Erwartungen und mögliche Umgangsweisen damit. Eine qualitative Untersuchung, In: Krüger-Kirn, Helga & Wolf, Laura (Hrsg.): *Mutterschaft zwischen Konstruktion und Erfahrung. Aktuelle Studien und Standpunkte*. Opladen, Berlin & Toronto: Verlag Barbara Budrich, 78–90.
- Mayring, Philipp (2015): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz.
- Mayring, Philipp (2016): *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken*. Weinheim, Basel: Beltz.
- Mayring, Philipp (2020): Qualitative Forschungsdesigns, In: Mey, Günter & Mruck, Katja (Hrsg.): *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 3–18.
- Mbembe, Achille (2011): Nekropolitik, In: Pieper, Marianne, u.a. (Hrsg.): *Biopolitik – in der Debatte*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 63–96.
- McQueen, Paddy (2017): Autonomy, age and sterilisation requests. *Journal of medical ethics* 43(5), 310–313.
- McQueen, Paddy (2020): A Defence of Voluntary Sterilisation. *Res Publica* 26(2), 237–255.
- Medizinrecht Ratgeber: *Die Sterilisation*. URL: [http://www.medizinrecht-ratgeber.de/medizinrecht/sonderfaelle/index\\_02.html](http://www.medizinrecht-ratgeber.de/medizinrecht/sonderfaelle/index_02.html) [zuletzt geprüft am 15.08.2022].
- Mertes, Heidi (2017): The role of anticipated decision regret and the patient's best interest in sterilisation and medically assisted reproduction. *Journal of medical ethics* 43(5), 314–318.
- Meyer, Annelene (2000): Psychologische Aspekte der Tubensterilisation. Eine Literatürübersicht mit Leitfaden für die präoperative Beratung. *Reproduktionsmedizin*(16), 116–128.
- Mientus, Ulrika (2019): Normalität und verweigerte Opferschaft in Transitional Justice Prozessen: Die späte und begrenzte Anerkennung von „Euthanasie“ und Zwangssterilisation als NS-Unrecht. *Zeitschrift für Friedens- und Konfliktforschung* 8(1), 5–29.

- Mohanty, Sanjay K.; Mishra, Suyash, et al. (2020): Pattern and correlates of out-of-pocket payment (OOP) on female sterilization in India, 1990-2014. *BMC women's health* 20(1), 1–13.
- Mohseni, Maryam; Merl, Thorsten, et al. (2018): Wer Wissen schafft: Zur Positionierung von Wissenschaftler\*innen, In: Mai, Hanna; Merl, Thorsten & Mohseni, Maryam (Hrsg.): *Pädagogik in Differenz- und Ungleichheitsverhältnissen. Aktuelle erziehungswissenschaftliche Perspektiven zur pädagogischen Praxis*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 19–36.
- Möller, Torger (2008): Disziplinierung und Regulierung widerständiger Körper: zum Wechselverhältnis von Disziplinarmacht und Biomacht, In: Rehberg, Karl-Siegbert (Hrsg.): *Die Natur der Gesellschaft. Verhandlungen des 33. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Kassel 2006*. Frankfurt am Main: Campus Verlag, 2768–2780.
- Montanari, Johanna (2020): Warten auf Schwangerschaft. Beratungen bei unerfülltem Kinderwunsch, In: Tretau, Alisa (Hrsg.): *Nicht nur Mütter waren schwanger. Unerhörte Perspektiven auf die vermeintlich natürlichste Sache der Welt*. Münster: edition assemblage, 22–29.
- Morell, Carolyn M. (1994): *Unwomanly Conduct: The Challenges of Intentional Childlessness*. New York, London: Routledge.
- Nottbohm, Kristina & Ommert, Alexandra (2017): Selbstbestimmte Entscheidung unterstützen. *pro familia magazin*(4), 6–8. Online im Internet: URL: [https://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Magazin/2017/pro\\_familia\\_magazin\\_2017-4\\_verhuetungsberatung.pdf](https://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Magazin/2017/pro_familia_magazin_2017-4_verhuetungsberatung.pdf)[zuletzt geprüft am 15.08.2022].
- Obulor, Evein & Rosamag (Hrsg.) (2021): *Schwarz wird groß geschrieben*. München: &Töchter.
- OCF (2011): *Against Her Will. Forced and Coerced Sterilization of Women Worldwide*. URL: <https://www.opensocietyfoundations.org/publications/against-her-will-forced-and-coerced-sterilization-women-worldwide>[zuletzt geprüft am 15.08.2022].
- Offermanns, Stefan (2020): Sexualhormone, In: Freissmuth, Michael; Offermanns, Stefan & Böhm, Stefan (Hrsg.): *Pharmakologie und Toxikologie. Von den molekularen Grundlagen zur Pharmakotherapie*. Berlin, Heidelberg: Springer, 621–648.
- Oudshoorn, Nelly (2005): *Beyond the natural body. An archeology of sex hormones*. London: Routledge.
- Parsons, Christine E.; LeBeau, Richard T., et al. (2019): Pawsitively sad: pet-owners are more sensitive to negative emotion in animal distress vocalizations. *Royal Society open science* 6(8), 1–11. Online im Internet: URL: <https://royalsocietypublishing.org/doi/10.1098/rsos.181555>[zuletzt geprüft am 28.07.2022].
- Petersen, Peter (1983): Seelische Folgen der Sterilisation. Kritische Anmerkung zur Methodik psychologischer Studien. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 43, 253–258.
- pro familia: *Der Verband*. URL: <https://www.profamilia.de/ueber-pro-familia/der-verband> [zuletzt geprüft am 15.08.2022].
- pro familia (2013): *Sterilisation. Verhütungsmethoden*. 15. Aufl. Frankfurt am Main.

- pro familia (2015): Verhütung: Ein Menschenrecht für alle. *pro familia magazin*(3). Online im Internet: URL: [https://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Magazin/2015/pfm\\_2015-3\\_web\\_geschuetzt.pdf](https://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Magazin/2015/pfm_2015-3_web_geschuetzt.pdf)[zuletzt geprüft am 15.08.2022].
- pro familia (2017): *Barrieremethoden für die Frau. Verhütungsmethoden*. URL: [https://www.profamilia.de/publikationen?tx\\_pgextendshop\\_pi1%5Baction%5D=show&tx\\_pgextendshop\\_pi1%5Bcontroller%5D=Item&tx\\_pgextendshop\\_pi1%5Bproduct%5D=50&cHash=8b1551479ab7c2f3ae0275eb55602245](https://www.profamilia.de/publikationen?tx_pgextendshop_pi1%5Baction%5D=show&tx_pgextendshop_pi1%5Bcontroller%5D=Item&tx_pgextendshop_pi1%5Bproduct%5D=50&cHash=8b1551479ab7c2f3ae0275eb55602245)[zuletzt geprüft am 15.08.2022].
- pro familia (2019a): *Aktuelle Aspekte und Essentials einer rechtebasierten Verhütungsberatung*. URL: [https://www.profamilia.de/fileadmin/profamilia/suv/Aktuelle\\_Aspunkte\\_und\\_Essentials\\_einer\\_rechtebasierten\\_Verhuetungsberatung.pdf](https://www.profamilia.de/fileadmin/profamilia/suv/Aktuelle_Aspunkte_und_Essentials_einer_rechtebasierten_Verhuetungsberatung.pdf)[zuletzt geprüft am 15.08.2022].
- pro familia (2019b): *Modellprojekt biko – Beratung, Information und Kostenübernahme. Abschlussbericht*. URL: <https://www.profamilia.de/ueber-pro-familia/projekte-und-kampagnen/biko>[zuletzt geprüft am 15.08.2022].
- Queer Lexikon: *Misgendern*. URL: <https://queer-lexikon.net/2020/04/29/misgendern/>[zuletzt geprüft am 15.08.2022].
- Rajal, Elke (2021): Von einer Lücke – und warum es wert wäre, sie zu schließen. ‚Asozialität‘ als vernachlässigtes Thema der historisch-politischen Bildung, In: Amesberger, Helga, u.a. (Hrsg.): *Kontinuitäten der Stigmatisierung von Asozialität*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 59–73.
- Ranisch, Robert (2021): *Liberale Eugenik? Kritik der Selektiven Reproduktion*. Stuttgart: J. B. Metzler'sche Verlagsbuchhandlung & Carl Ernst Poeschel GmbH.
- Ransiek, Anna-Christin. (2019): *Rassismus in Deutschland. Eine macht-reflexive, biographietheoretische und diskursanalytische Studie*. Wiesbaden: Springer VS.
- Richarz, Theresa A. (2019): Rechtliche Elternschaft jenseits der Geschlechternorm. *Recht der Jugend und des Bildungswesens (RJdB)* 67(1), 53–75.
- Richie, Cristina (2013): Voluntary Sterilization for Childfree Women: Understanding Patient Profiles, Evaluating Accessibility, Examining Legislation. *The Hastings Center Report* 43(6), 36–44.
- Römisch, Kathrin (2019): Wenn die Selbstbestimmung massiv verletzt wird, In: Walther, Kerstin & Römisch, Kathrin (Hrsg.): *Gesundheit inklusive*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 177–195.
- Rose, Stephanie (2018): *Das Reproduktionsregime. Sicherung von Arbeits- und Lebenskraft zwischen Effizienz und Resilienz*. Wiesbaden: Springer VS.
- Ross, Loretta J. (2021): Reproductive Justice. Ein Rahmen für eine anti-essentialistische und intersektionale Politik, In: Kitchen Politics (Hrsg.): *Mehr als Selbstbestimmung - Kämpfe für reproduktive Gerechtigkeit. Mit einem Grundlagentext von Loretta J. Ross*. Münster: edition assemblage, 17–60.
- Roth, Mara Y.; Page, S. T., et al. (2015): Male hormonal contraception: looking back and moving forward. *Andrology* 4(1), 4–12.
- Rummer, Anne & Scheibler, Fülöp (2016): Patientenrechte: Informierte Entscheidung als patientenrelevanter Endpunkt. *Deutsches Ärzteblatt* 113(8). Online im Internet:

URL: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/175052/Patientenrechte-Informierte-Entscheidung-als-patientenrelevanter-Endpunkt>[zuletzt geprüft am 28.07.2022].

- Rüsch, Nicole; Berger, Mathias, et al. (2004): Das Stigma psychischer Erkrankungen. Ursachen, Formen und therapeutische Konsequenzen, In: Berger, Mathias (Hrsg.): *Psychiatrie und Psychotherapie*. München: Urban & Fischer Verlag & Co. KG. URL: [http://www.berger-psychische-erkrankungen-klinik-und-therapie.de/ergaenzung\\_ruesch.pdf](http://www.berger-psychische-erkrankungen-klinik-und-therapie.de/ergaenzung_ruesch.pdf)[zuletzt geprüft am 28.07.2022].
- Sacksofsky, Ute (2017): „Produktive Sexualität“: Bevölkerungspolitik durch Recht, In: Lembke, Ulrike (Hrsg.): *Regulierungen des Intimen*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 97–116.
- Sänger, Eva & Rödel, Malaika (2012): Einleitung: Biopolitik und Geschlecht. Zur Reg(ul)ierung des Lebendigen, In: Sänger, Eva & Rödel, Malaika (Hrsg.): *Biopolitik und Geschlecht. Zur Regulierung des Lebendigen*. (Forum Frauen- und Geschlechterforschung). Münster: Westfälisches Dampfboot, 7–25.
- Santos, Ana C. (2018): Repronormativity and its Others: Queering Parental Love in Times of Culturally Compulsory Reproduction. *Analyze – Journal of Gender and Feminist Studies*(11), 199–215.
- Scharl, Anton & Göhring, Uwe-Jochen (2013): HPV-Impfung, In: Kaufmann, Manfred; Costa, Serban D. & Scharl, Anton (Hrsg.): *Die Gynäkologie*. Berlin, Heidelberg: Springer, 365–376.
- Schiek, Daniela & Ullrich, Carsten G. (2016): Qualitative Online-Erhebungen: Möglichkeiten, Herausforderungen und Grenzen, In: Schiek, Daniela & Ullrich, Carsten G. (Hrsg.): *Qualitative Online-Erhebungen*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 1–21.
- Schmincke, Imke (2021): Von der ›Natur der Frau‹ zur feministischen Körperpolitik. Historische und soziologische Perspektiven auf Körper und Geschlecht, In: Ada, Borkenhagen, u.a. (Hrsg.): *Körperkreativitäten. Gesellschaftliche Aushandlungen mit dem menschlichen Körper*. Bielefeld: transcript-Verlag, 71–90.
- Schultz, Susanne (2016): Die zukünftige Nation. Demografisierung von Migrationspolitik und neue Konjunkturen des Rassismus. *movements* 2(1), 117–138.
- Schultz, Susanne (2019): Rassistische Zukunftskalkulationen – Zur Biopolitik einer migrantischen Geburtenrate, In: Gerhards, Helene & Braun, Kathrin (Hrsg.): *Biopolitiken – Regierungen des Lebens heute*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 157–182.
- Schultz, Susanne (2021): Gefährliche statistische Kurzschlüsse. Zur anti-malthusianischen Dimension reproduktiver Gerechtigkeit, In: Kitchen Politics (Hrsg.): *Mehr als Selbstbestimmung - Kämpfe für reproduktive Gerechtigkeit. Mit einem Grundlagen-text von Loretta J. Ross*. Münster: edition assemblage, 97–124.
- Schutzbach, Franziska (2020): *Politiken der Generativität. Reproduktive Gesundheit, Bevölkerung und Geschlecht. Das Beispiel der Weltgesundheitsorganisation*. Bielefeld: transcript Verlag.
- selbstbestimmt steril e.V.: *Bullshit-Bingo-Generator. Perfekt für die nächste Familienfeier, im Büro oder beim Gynäkolog\*innen-Besuch*. URL: <https://www.selbstbestimmt-steril.de/allerlei/bullshit-bingo-generator/> [zuletzt geprüft am 15.08.2022].



- selbstbestimmt steril e.V.: *Erfahrungsberichte. Warum? Und vor allem: Wie?* URL: <https://www.selbstbestimmt-steril.de/erfahrungsberichte/> [zuletzt geprüft am 15.08.2022].
- selbstbestimmt steril e.V.: *Glossar*. URL: <https://www.selbstbestimmt-steril.de/allerlei/glossar/> [zuletzt geprüft am 15.08.2022].
- selbstbestimmt steril e.V.: *Karte. ... mit Gynäkolog\*innen, die Sterilisationen durchführen*. URL: <https://www.selbstbestimmt-steril.de/karte/> [zuletzt geprüft am 15.08.2022].
- selbstbestimmt steril e.V.: *Verein für die Förderung der Gleichberechtigung von Frauen und Männern*. URL: <https://www.selbstbestimmt-steril.de/> [zuletzt geprüft am 15.08.2022].
- selbstbestimmt steril e.V.: *Gruppenregeln. (Stand: 13.07.2021)*. URL: <https://www.selbstbestimmt-steril.de/allerlei/regeln-fuer-facebook-gruppe/> [zuletzt geprüft am 15.08.2022].
- Siekman, Tabea (2016): *Sexualerziehung und gesundheitliche Aufklärung für Mädchen und junge Frauen*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Simon, Nina (2021): *Wissensbestände (be)herrschen(d). Zur (Un)Möglichkeit herrschaftskritischer (Deutsch)(Hochschul)Didaktik*. Wiesbaden: Springer VS.
- Skala, Christine; Kölbl, Heinz, et al. (2021): Sterilisation, In: Zwißler, Bernhard, u.a. (Hrsg.): *Chirurgie für Anästhesisten*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 533–535.
- Stein, Petra (2019): Forschungsdesigns für die quantitative Sozialforschung, In: Baur, Nina & Blasius, Jörg (Hrsg.): *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 125–142.
- Stoler, Ann L. : Foucaults ‚Geschichte der Sexualität‘ und die koloniale Ordnung der Dinge, In: Conrad, Sebastian; Randeria, Shalini & Römhild, Regina (Hrsg.): *Jenseits des Eurozentrismus. Postkoloniale Perspektiven in den Geschichts- und Kulturwissenschaften*. Frankfurt am Main, New York: Campus Verlag, 301–321.
- Stoll, Jennifer (2020): Becoming trans\* parents: Reflections on a new materialist understanding of the (im)possibilities of becoming parents, In: Peukert, Almut, u.a. (Hrsg.): *Elternschaft und Familie jenseits von Heteronormativität und Zweigeschlechtlichkeit*. Opladen, Berlin & Toronto: Verlag Barbara Budrich, 92–107.
- Straub, Jürgen (2020): Erzähltheorie/Narration, In: Mey, Günter & Mruck, Katja (Hrsg.): *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 241–261.
- Stritzke, Nadyne & Scaramuzza, Elisa (2016): Trans\*, Intersex, and the Question of Pregnancy: Beyond Repronormative Reproduction, In: Horlacher, Stefan (Hrsg.): *Transgender and Intersex: Theoretical, Practical, and Artistic Perspectives*. New York: Palgrave Macmillan US, 141–163.
- Strübing, Jörg (2018): *Qualitative Sozialforschung. Eine komprimierte Einführung*. Berlin/Boston: Oldenbourg Wissenschaftsverlag.
- Sweet, Paige L. (2019): The Sociology of Gaslighting. *American Sociological Review* 84(5), 851–875.

- SZ: *Mickie Krause: Habe Sterilisation vornehmen lassen*. URL: <https://www.sueddeutsche.de/panorama/leute-mickie-krause-habe-sterilisation-vornehmen-lassen-dpa.urn-newsml-dpa-com-20090101-220803-99-257829> (letzte Aktualisierung 03.08.22) [zuletzt geprüft am 15.08.2022].
- Teschlade, Julia; Peukert, Almut, et al. (2020): Elternschaft und Familie jenseits von Heteronormativität und Zweigeschlechtlichkeit. Eine Einleitung, In: Peukert, Almut, u.a. (Hrsg.): *Elternschaft und Familie jenseits von Heteronormativität und Zweigeschlechtlichkeit*. Opladen, Berlin & Toronto: Verlag Barbara Budrich, 9–27.
- Thiessen, Barbara (2017): Mutterschaft: zwischen (Re-)Naturalisierung und Diskursivierung von Gender und Care, In: Kortendiek, Beate; Riegraf, Birgit & Sabisch, Katja (Hrsg.): *Handbuch Interdisziplinäre Geschlechterforschung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 1–9.
- Treiber, Angela & Wenrich, Rainer (2021): KörperKreativitäten. Gesellschaftliche Aushandlungen mit dem menschlichen Körper, In: Ada, Borkenhagen, u.a. (Hrsg.): *Körperkreativitäten. Gesellschaftliche Aushandlungen mit dem menschlichen Körper*. Bielefeld: transcript-Verlag, 7–30.
- Tschudin, Sibil & Leeners, Brigitte (2021): Hormonelle Kontrazeption heute. *Gynäkologische Endokrinologie* 19(4), 257–258.
- Tudor, Alyosxa 2013: Differenzierungen von Rassismus und Migratismus in feministischen Ansätzen zu ‚Migration‘. In: DIEHM, I. & MESSERSCHMIDT, A.: *Das Geschlecht der Migration - Bildungsprozesse in Ungleichheitsverhältnissen*. Diehm, I. & Messerschmidt, A., Hrsg. Opladen, Berlin & Toronto, 43–60.
- Turnbull, Beth; Graham, Melissa L., et al. (2016): Social Exclusion of Australian Childless Women in Their Reproductive Years. *Social Inclusion* 4(1), 102–115.
- UN: *Contraceptive Use by Method 2019. Data Booklet*. URL: [https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Jan/un\\_2019\\_contraceptiveusebymethod\\_databooklet.pdf](https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Jan/un_2019_contraceptiveusebymethod_databooklet.pdf) [zuletzt geprüft am 15.08.2022].
- Urban, Ivonne: *Pflegebeitrag für Kinderlose - Differenzierung "ungewollt kinderlos" und "kinderlos" im § 55 SGB XI*. URL: <https://www.openpetition.de/petition/online/pflegebeitrag-fuer-kinderlose-differenzierung-ungewollt-kinderlos-und-kinderlos-im-55-sgb-xi#petition-main> [zuletzt geprüft am 28.07.2022].
- Villa, Paula-Irene (2011): *Sexy Bodies*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Villa, Paula-Irene (2019): Sex – Gender: Ko-Konstitution statt Entgegensetzung, In: Kortendiek, Beate; Riegraf, Birgit & Sabisch, Katja (Hrsg.): *Handbuch Interdisziplinäre Geschlechterforschung*. (Geschlecht und Gesellschaft). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 23–33.
- Villa Braslavsky, Paula-Irene (2020): Mutter-Wissenschaft (frau das?). Ein Geleitwort von Paula-Irene Villa Braslavsky, In: Czerney, Sarah; Eckert, Lena & Martin, Silke (Hrsg.): *Mutterschaft und Wissenschaft. Die (Un-)Vereinbarkeit von Mutterbild und wissenschaftlicher Tätigkeit*. Wiesbaden: Springer, VII–XI.

- Vogt, Franziska; Nentwich, Julia, et al. (2015): Doing und Undoing Gender in Kinderkrippen: Eine Videostudie zu den Interaktionen von Kinderbetreuenden mit Kindern. *Schweizerische Zeitschrift für Bildungswissenschaften* 37(2), 227–247.
- von Kardorff, Ernst (1995): Qualitative Sozialforschung -Versuch einer Standortbestimmung, In: Flick, Uwe, u.a. (Hrsg.): *Handbuch qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. München: Beltz, Psychologie-Verl.-Union, 3–10.
- von Unger, Hella (2014): *Partizipative Forschung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Vorbrugg, Alexander; Klosterkamp, Sarah, et al. (2021): Feldforschung als soziale Praxis, In: Autor\*innenkollektiv Geographie und Geschlecht (Hrsg.): *Handbuch Feministische Geographien*. Opladen: Verlag Barbara Budrich, 76–96.
- Wapler, Friederike (2018): Reproduktive Autonomie: rechtliche und rechtsethische Überlegungen, In: Baer, Susanne & Sacksofsky, Ute (Hrsg.): *Autonomie im Recht - Geschlechtertheoretisch vermessen*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, 185–214.
- Weber, Rix (2018): *Trans\* und Elternschaft Wie trans\* Eltern normative Vorstellungen von Familie und Geschlecht verhandeln*[zuletzt geprüft am 14.06.2022].
- West, Candace & Zimmermann, Don H. (1987): Doing Gender. *Gender and Society* 1(2), 125–151.
- WHO (2006): *Reproductive Health Indicators. Guidelines for their generation, interpretation and analysis for global monitoring*. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241563154>[zuletzt geprüft am 15.08.2022].
- WHO (2014): *Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization. An interagency statement*. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112848>[zuletzt geprüft am 15.08.2022].
- Wiborny, Rudolf (2005): Kritische Betrachtung der Tubenligatur. *Journal für Fertilität und Reproduktion* 15(4), 23–27.
- Winker, Gabriele & Degele, Nina (2020): Intersektionalität. Zur Analyse sozialer Ungleichheiten, In: Thomas, Tanja & Wischermann, Ulla (Hrsg.): *Feministische Theorie und Kritische Medienkulturanalyse. Ausgangspunkte und Perspektiven*. Bielefeld: Transcript, 189–200.
- Wintzer, Jeannine (2016): Was ist „gute“ Forschung?, In: Wintzer, Jeannine (Hrsg.): *Qualitative Methoden in der Sozialforschung*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 3–10.
- Wintzer, Jeannine (2017): „... Deutschlands Frauen bekommen so wenig Kinder wie fast nirgendwo in der Welt ...“, In: Hamann, Julian, u.a. (Hrsg.): *Macht in Wissenschaft und Gesellschaft*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 359–380.
- Wölfler, Monika M. (2021): Fertilität – Mythos und Realität. *Journal für Klinische Endokrinologie und Stoffwechsel* 14(1), 11–19.
- WVD: *World Vasectomy Day Is The Largest Male Focused Family Planning Movement Ever*. URL: <https://wvd.org/> [zuletzt geprüft am 15.08.2022].

Yıldız, Erol (2016): Das strategische Geflecht von Migration, Ethnizität und Geschlecht. *Österreichische Zeitschrift für Soziologie (ÖZS)* S3, 29–45.

Zeit Online: *Mickie Krause: Habe Sterilisation vornehmen lassen*. URL: <https://www.zeit.de/news/2022-08/03/mickie-krause-habe-sterilisation-vornehmen-lassen> (letzte Aktualisierung 03.08.22) [zuletzt geprüft am 10.08.2022].

Zola, Irving K. (1972): Medicine as an institution of social control. *The Sociological review* 20(4), 487–504.

## Eidesstattliche Erklärung

Universität zu Köln  
Albertus-Magnus-Platz  
50923 Köln

Hiermit erkläre ich

Nicole Jansen (geb. Herok)

\*11.11.1991

Matrikelnummer: 7370380

an Eides statt, dass die vorangegangene Masterarbeit selbständig und ohne jede unerlaubte Hilfe angefertigt wurde, dass sie noch keiner anderen Stelle zur Prüfung vorgelegen hat und dass sie weder ganz noch im Auszug veröffentlicht worden ist. Die Stellen der Arbeit – einschließlich Tabellen, Karten, Abbildungen etc. – die anderen Werken und Quellen (auch Internetquellen) dem Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen sind, habe ich in jedem einzelnen Fall als Entlehnung mit exakter Quellenangabe kenntlich gemacht.

Köln, 15.08.2022

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

  
\_\_\_\_\_  
Unterschrift