

*Antje Wunderlich*

Refertilisierung bei Frauen –  
Der Kinderwunsch nach Sterilisation

**Reihenherausgeber:**

Prof. Dr. phil. Gerd Jüttemann  
Institut für Psychologie und Arbeitswissenschaft  
Fachgebiet Klinische Psychologie/ Gesundheitspsychologie  
Technische Universität Berlin  
Sekt. FR 3-8  
Franklinstr. 28/29  
10587 Berlin

**Basisliteratur:**

G. Jüttemann (2009): Komparative Kasuistik. Die psychologische Analyse spezifischer Entwicklungsphänomene. Lengerich: Pabst Science Publishers

Informationen über die Schriftenreihe sind abrufbar unter:  
<http://www.univerlag.tu-berlin.de/>

*Ursprünglicher Titel der vorliegenden Arbeit (sofern abweichend):*

Die Entstehung der Motivation zur Refertilisierung bei Frauen

*Originalform (Diplom-Arbeit; Dissertation; Projektbericht) und Jahr:*

Diplom-Arbeit, 1998

**ISSN** 1868-9574  
**ISBN** 978-3-7983-2154-0

**Vertrieb/  
Publisher:** Universitätsverlag der TU Berlin  
Universitätsbibliothek  
Fasanenstr. 88 ( im VOLKSWAGEN-Haus), D-10623 Berlin  
Tel.: (030) 314-76131; Fax.: (030) 314-76133  
E-Mail: [publikationen@ub.tu-berlin.de](mailto:publikationen@ub.tu-berlin.de)  
<http://www.univerlag.tu-berlin.de/>

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Theoretischer Teil</b>	<b>7</b>
<b>2.1</b>	<b>Kinderwunsch in verschiedenen psychologischen Modellen</b>	<b>7</b>
2.1.1	Modell des nicht planbaren, normalen oder „natürlichen“ Verhaltens	7
2.1.2	Modell des ambivalenten, konflikthaften, z.T. unbewußten Tuns	8
2.1.3	Modell des intentionalen, geplanten Handelns	9
<b>2.2</b>	<b>Aspekte des Kinderwunsches</b>	<b>10</b>
2.2.1	Kinderwunsch, Fruchtbarkeit und Sexualität	11
2.2.2	Kinderwunsch und weibliche Identität	12
2.2.3	Kinderwunsch und Partnerschaft	14
<b>2.3</b>	<b>Sterilisation und Refertilisierung</b>	<b>15</b>
<b>2.4</b>	<b>Konkretisierung der Fragestellung</b>	<b>19</b>
<b>3</b>	<b>Methodischer Teil</b>	<b>21</b>
<b>3.1</b>	<b>Zur Wahl qualitativer Forschungsmethoden</b>	<b>21</b>
<b>3.2</b>	<b>Zur Wahl der Erhebungsmethode: Das problemzentrierte Interview nach Witzel</b>	<b>21</b>
3.2.1	Interviewleitfaden	22
<b>3.3</b>	<b>Planung und Durchführung der Untersuchung</b>	<b>25</b>
<b>3.4</b>	<b>Zur Wahl der Auswertungsmethode: Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring</b>	<b>26</b>
3.4.1	Das Kategoriensystem	27
<b>3.5</b>	<b>Komparative Kasuistik nach Jüttemann</b>	<b>29</b>
<b>3.6</b>	<b>Datenauswertung</b>	<b>31</b>

<b>4</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>32</b>
<b>4.1</b>	<b>Einzelfallanalyse Untersuchungsgruppe</b>	<b>32</b>
4.1.1	Einzelfallanalyse Paula	32
4.1.1.1	Kurzbiographie Paula	32
4.1.1.2	Auswertung über die Kategorien	34
4.1.1.3	Interpretative Zusammenfassung	49
4.1.2	Einzelfallanalyse Verena	51
4.1.2.1	Kurzbiographie Verena	51
4.1.2.2	Auswertung über die Kategorien	53
4.1.2.3	Interpretative Zusammenfassung	64
4.1.3	Einzelfallanalyse Edith	66
4.1.3.1	Kurzbiographie	66
4.1.3.2	Interpretative Zusammenfassung	67
4.1.4	Einzelfallanalyse Lene	71
4.1.4.1	Kurzbiographie	71
4.1.4.2	Interpretative Zusammenfassung	75
<b>4.2</b>	<b>Einzelfallanalyse Vergleichsgruppe</b>	<b>80</b>
4.2.1	Einzelfallanalyse Heike	80
4.2.1.1	Kurzbiographie	80
4.2.1.2	Auswertung über die Kategorien	81
4.2.1.3	Interpretative Zusammenfassung	89
4.2.2	Einzelfallanalyse Beate	90
4.2.2.1	Kurzbiographie Beate	90
4.2.2.2	Interpretative Zusammenfassung	92
4.2.3	Einzelfallanalyse Doris	95
4.2.3.1	Kurzbiographie	95
4.2.3.2	Interpretative Zusammenfassung	96
<b>4.3</b>	<b>Komparation der Einzelfälle</b>	<b>99</b>
4.3.1	Soziodemographische Daten der Interviewpartnerinnen	99
4.3.2	Intragruppenvergleich: Untersuchungsgruppe	99
4.3.3	Intragruppenvergleich: Vergleichsgruppe	106
4.3.4	Intergruppenvergleich	109
<b>5</b>	<b>Diskussion und Ausblick</b>	<b>116</b>
<b>6</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>121</b>

**Literaturverzeichnis 122**

**Anhang 126**

# 1 Einleitung

Die Entscheidung für oder gegen Kinder kann heute individuell geplant und selbstbestimmt getroffen werden, wenngleich der Wunsch, keine Kinder zu bekommen im Gegensatz zum ausdrücklichen Wunsch nach einem Kind, konsequent umgesetzt werden kann. So gibt es zunehmend Paare, die wegen ungewollter Kinderlosigkeit reproduktionsmedizinische Maßnahmen in Anspruch nehmen. In Anbetracht der rasanten Weiterentwicklung der medizinisch-technischen Möglichkeiten auf diesem Gebiet, wächst die Bedeutung und Verbreitung der Reproduktionsmedizin. Die hierdurch bedingt erweiterten individuellen Handlungsmöglichkeiten fordern insbesondere eine psychologische Auseinandersetzung heraus.

Durch die Reproduktionsmedizin wurde es möglich, die Sterilisation operativ rückgängig zu machen. Die Folgen der Inanspruchnahme der Reproduktionsmedizin sind bisher jedoch weitgehend unerforscht. Daher ist das Anliegen der vorliegenden Arbeit, die Motive des Kinderwunsches der Frauen, die diese Maßnahmen in Anspruch nehmen, aus einem psychologischen Blickwinkel heraus näher zu beleuchten.

Konkret wird in der vorliegenden Arbeit der Frage nachgegangen, welche Motivation der Entscheidung zur Refertilisierung<sup>1</sup> zugrunde liegt, scheint diese doch im krassen Widerspruch zu der Entscheidung zur Sterilisation zu stehen. Zur Beantwortung der Frage ist es folglich unerlässlich, die Motivation zur Sterilisation in die Untersuchung einzubeziehen. Daran schließt sich die Frage an, welche Entstehungsbedingungen die Motivation zur Refertilisierung beeinflussen und ob überindividuelle Übereinstimmungen gefunden werden können. Neben der wissenschaftlichen Annäherung verfolgt die vorliegende Arbeit das Ziel, Erkenntnisse zu gewinnen, die in die Beratungspraxis einfließen könnten.

Im theoretischen Teil dieser Arbeit wird ein Überblick über die verschiedenen Aspekte des Kinderwunsches sowie über empirische Untersuchungen zu den Themen Sterilisation und Refertilisierung gegeben. Daran schließt sich der methodische Teil an, in dem die qualitative Vorgehensweise vorgestellt wird. In der empirischen Untersuchung wird ein Vergleich zwischen refertilisierten und sterilisierten Frauen vorgenommen, um Aufschluß über die spezifische Motivation zur Refertilisierung zu erhalten. Die Ergebnisse sollen

anhand einer vergleichenden Einzelfallanalyse gewonnen werden. Nach der Ergebnisdarstellung sollen diese in der abschließenden Diskussion mit den Befunden anderer Studien in Beziehung gesetzt werden. Hieraus sollen Schlußfolgerungen für weitere Forschungsfragen sowie für die praktische Beratungsarbeit gezogen werden.

---

<sup>1</sup> Wiederherstellung der Eileiterdurchgängigkeit

## **2 Theoretischer Teil**

Im folgenden Kapitel wird das Thema der Arbeit in einen theoretischen Gesamtzusammenhang gestellt. Zunächst werden verschiedene Modelle des Kinderwunsches vorgestellt. Anschließend werden spezielle Aspekte des Kinderwunsches erörtert. Daran schließt sich ein Überblick über den Stand der Forschung zum Thema an. Das Kapitel schließt mit der Konkretisierung der Fragestellung.

### **2.1 Kinderwunsch in verschiedenen psychologischen Modellen**

Kinderwunsch aus psychologischer Sicht stellt ein komplexes Phänomen dar. Die verschiedenen Aspekte des Kinderwunsches stehen in einzelnen Untersuchungen teilweise unverbunden nebeneinander. Die Bezeichnung „Kinderwunsch“ ist ein wissenschaftlich nicht definierter Begriff und als solcher nicht eindeutig in theoretischen Modellen oder Ansätzen der Psychologie verankert. Die Vielzahl der einzelnen Begriffe wird uneinheitlich verwendet, da die verschiedenen theoretischen Systeme, aus denen sie stammen, nicht unterschieden werden. Da das Thema Kinderwunsch sowohl für die psychologisch-medizinische Praxis als auch für die Forschung Relevanz besitzt, soll im folgenden in Anlehnung an Gloger-Tippelt, Grimmig & Gomille (1993) ein Überblick über die vorhandenen Modelle gegeben werden. Grundlegend sind drei theoretische Herangehensweisen, die im folgenden dargestellt werden sollen, zu unterscheiden:

- Kinderwunsch im Modell des nicht individuell planbaren, normalen oder „natürlichen“ Verhaltens
- Kinderwunsch im Modell des ambivalenten, konflikthaften, z.T. unbewußten Tuns
- Kinderwunsch im Modell des intentionalen, geplanten Handelns

#### **2.1.1 Modell des nicht planbaren, normalen oder „natürlichen“ Verhaltens**

In diesem Modell liegt der Schwerpunkt auf der Funktionalität des Verhaltens. Dem Individuum wird wenig Entscheidungsfähigkeit zuerkannt. So bestimmt nicht die individuelle Entscheidung den Kinderwunsch, sondern das Bestreben, die menschliche Art zu erhalten, legen diesen fest. Gesellschaftliche Normen und Zwänge sowie religiöse



Auffassungen üben zusätzlich Kontrolle von außen aus: Kinder zu haben ist der „Normalfall“ oder „religiöse Pflicht“, Kinderlosigkeit gilt hingegen als Makel. Vertreter dieses Modells thematisieren die faktische Fertilität, das Zeugen und Gebären von Kindern und weniger den Kinderwunsch an sich (Kiefl & Schmidt, 1985). Entsprechend verwenden sie Methoden wie die Bevölkerungsstatistik und standardisierte Meinungsumfragen an repräsentativen Stichproben. Forscher aus dem Gebiet der Psychobiologie benutzen Beobachtungen an Tieren sowie Beschreibungen von Evolutionsprozessen, die sie theoretisch begründet auf den Menschen übertragen. Auch hermeneutische Verfahren kommen in diesem Modell zur Anwendung, um z.B. körperliche Komponenten des Kinderwunsches oder anthropologische Konstanten nachzuweisen. Die Methoden begünstigen die Annahme, daß die Fortpflanzung von außen oder genetisch gesteuert wird, da individuelle Motive des Kinderwunsches durch diese nicht erfaßt werden. Vielmehr wird versucht, verschiedene Einflußgrößen des reproduktiven Verhaltens zusammenzutragen, um reproduktives Verhalten zu erklären.

### **2.1.2 Modell des ambivalenten, konflikthaften, z.T. unbewußten Tuns**

Grundthese dieses Modells ist, daß der Mensch nicht nur rational handelt. Fruchtbarkeit und Sexualität können, da sie autonome, vegetative Prozesse implizieren, demnach nicht ausschließlich Prinzipien des rationalen Handelns unterliegen. Gerade bei Fragen der Fruchtbarkeit setzt sich die Intention des Handelnden nicht immer in Verhalten um. Widersprüchlichkeiten im Verhalten können nur unter Einbeziehung des Konzepts des Unbewußten erklärt werden. Insbesondere psychoanalytische Konflikttheorien nehmen unbewußte Aspekte des Kinderwunsches an (Goebel, 1984; Hertz & Molinski, 1986). Mittag und Jagenow (1985) gebrauchen den Begriff Kinderwunsch „zur Kennzeichnung eines Bündels von verinnerlichten Motiven zu Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft, das sowohl durch biologische und intrapsychische Voraussetzungen der Person als auch durch Sozialisation und gesellschaftliche Ideologien um Familie, Elternschaft und Kindheit bestimmt wird“ (S. 431). Vertreter dieses Modells gehen von einer grundsätzlich psychodynamischen Ambivalenz beim Kinderwunsch aus. So verwenden sie den Begriff Schwangerschaftskonflikt für den Fall, wenn der bewußte Wille und unbewußte Tendenzen nicht übereinstimmen. Die ungewollte Schwangerschaft bei gleichzeitig unzureichender Verhütung gilt als klassisches Beispiel für das Modell des konflikthaften Tuns beim Kinderwunsch.

Einige Autoren (Lukesch, 1981; Oeter & Wilken, 1981) gehen davon aus, daß nur 30 - 50 Prozent aller Kinder geplant sind. Dies wird von Vertretern dieses Modells als Indiz für dessen Gültigkeit gewertet. Variablen wie u.a. konflikthafte Paarbeziehung, Persönlichkeitsstörungen, Auswirkungen der Herkunftsfamilie können mit Hilfe von Tests erfaßt und in bezug auf den Kinderwunsch analysiert werden.

Das Ziel dieses Ansatzes ist es, „Bedeutungen von Handlungsweisen der Person zu verstehen und Widersprüche zwischen körperlichen und psychischen Bereichen aufzuzeigen“ (Gloger-Tippelt et al., 1993, S. 99). Die methodische Herangehensweise ist das interpretative, hermeneutische Verstehen in Form von Einzelfallanalysen und Erstellen von Typologien.

Dieser Ansatz impliziert einerseits unbewußte dynamische, der Kontrolle nicht zugängliche Bedingungen des Verhaltens und andererseits die Bewußtseinsfähigkeit und Kontrollmöglichkeit. Somit nimmt er eine Mittelstellung zwischen dem Modell des intentionalen, geplanten Handelns und dem Modell des nicht individuell planbaren Verhaltens ein.

### **2.1.3 Modell des intentionalen, geplanten Handelns**

Im Gegensatz zum Modell des ambivalenten, konflikthafte Tuns wird in dem Modell des intentionalen, geplanten Handelns davon ausgegangen, daß der Mensch intentional und bewußt handelt. Er übt Kontrolle über seinen Körper sowie über die Umwelt aus. Fruchtbarkeit und Reproduktion gehören in den Bereich des prinzipiell Planbaren, was nicht ausschließt, daß der Kinderwunsch konflikthafte sein kann. Konflikte werden jedoch bewußt wahrgenommen. Im Sinne eines Lebensziels werden Kinder geplant oder wird gegen Kinder entschieden (v. Rosenstiel, Spieß, Stengel & Nerdinger, 1984). Die Voraussetzung dafür ist ein aufgeklärtes Individuum, das Verantwortung für Sexualität und Verhütung übernimmt. Daraus folgt die häufig anzutreffende Annahme, daß es aufgrund effizienter Möglichkeiten der Verhütung überwiegend Wunsch Kinder gebe. Seit der Kenntnis und Verfügbarkeit von sicheren Verhütungsmethoden ist die Planbarkeit von Kindern ein historisch neues Phänomen. Je nach Lebenssituation oder gesellschaftlichen Umständen kann das Ergebnis einer Planung verschieden sein. So ist es heute eher rational weniger Kinder zu haben, als es in Zeiten war, als Kinder eine ökonomische Alterssicherung darstellten.

Hierdurch erfährt der Geltungsbereich dieses Handlungsmodells eine Erweiterung. Es trifft vor allem zu, wenn Rahmenbedingungen gegeben sind, die bestimmte Persönlichkeitsmerkmale voraussetzen. Das sind z.B. eine starke, interne Kontrollüberzeugung und ein ausgeprägtes Bewußtsein von persönlichen Lebenswerten.

Für Forscher, die sich diesem Modell verpflichtet fühlen, stellt das Interview die wichtigste Erhebungsmethode dar. Es dient der Erfassung von individuellen Begründungen, subjektiven Sichtweisen und Entscheidungsprozessen. Daneben kommen Fragebögen zum Einsatz, wobei davon ausgegangen wird, daß die Person offen, kompetent und rational begründend vorgeht.

In den Theorien und Methoden dieses Ansatzes kann die Innensicht des Individuums abgebildet, jedoch auch die Rationalität und Bewußtheit von Entscheidungen im Zusammenhang mit Fruchtbarkeit überschätzt werden.

Das Modell läßt einschränkende Bedingungen situationsspezifischer oder kontextspezifischer Art für bewußte, geplante Handlungen bezüglich Fruchtbarkeit und Sexualität weitgehend unberücksichtigt. Die gewollte Kinderlosigkeit ist empirisch eher erfaßbar als das „Ja“ zu Kindern. Letzteres ist oft „mit Einschränkungen verbunden, als ambivalente, konflikthafte Bejahung beim Wechsel von einer sicheren zu einer unsicheren Verhütungsmethode, als nachträgliche Rationalisierung oder als Aufschub der Entscheidung“ (Gloger-Tippelt et al., S. 104).

Insgesamt betrachtet läßt sich feststellen, daß die drei beschriebenen Modelle Aspekte des Kinderwunsches und Kinderhabens umfassen, deren zugrunde liegende psychische Prozesse nicht eindeutig voneinander getrennt werden können. So sind an der Fortpflanzung Aspekte sowohl bewußt intendierter und subjektiv begründbarer Handlungen als auch ambivalenter Wünsche, z. T. unbewußter Konflikte und schließlich auch subjektiv kaum steuerbarer biologischer Prozesse beteiligt.

## **2.2 Aspekte des Kinderwunsches**

Da die Entscheidung zur Refertilisierung eine komplexe Entscheidung ist, bei der eine Vielzahl von Einflußfaktoren wirksam wird, die mit dem Kinderwunsch zusammenhängen, werden im folgenden Kapitel die diesbezüglich bedeutsamsten Aspekte vorgestellt. Dabei wird in Übereinstimmung mit Frick-Bruder (1989) davon ausgegangen, „daß der Kinderwunsch seinem Wesen nach immer (wenn auch mehr oder weniger) ambivalent ist, d.h.

neben dem Wunsch nach einem Kind existiert auch die Angst vor den damit verbundenen Belastungen und Einschränkungen“ (S. 400).

### **2.2.1 Kinderwunsch, Fruchtbarkeit und Sexualität**

Im folgenden Kapitel wird der Zusammenhang von Fruchtbarkeit und Sexualität mit dem Erleben des Kinderwunsches dargestellt.

In der medizin-psychologischen und psychosomatischen Forschung werden Körpererleben, Sexualität, Einstellung zu Schwangerschaft und Geburt zunehmend als Einheit betrachtet (Gloger-Tippelt et al., 1993). Schon um die Jahrhundertwende thematisiert Freud die Trennung von Sexualität und Fruchtbarkeit. In diesem Sinne schreibt Freud (1906, zitiert nach Klomann & Nyssen, 1994, S. 21):

„Theoretisch wäre es einer der größten Triumphe der Menschheit, eine der fühlbarsten Befreiungen des Naturzwangs, dem unser Geschlecht unterworfen ist, wenn es gelänge, den verantwortlichen Akt der Kinderzeugung zu einer willkürlichen und beabsichtigten Handlung zu erheben und ihn von der Verquickung mit der notwendigen Befriedigung eines natürlichen Bedürfnisses zu befreien“.

Konkrete Kinderwünsche von Frauen, wie sie in einer empirischen Untersuchung von Mittag und Jagenow (1984) ermittelt wurden, ordneten sie zu Motivklassen und analysierten deren Bedeutung. Das zentrale Ergebnis ihrer Interpretation war, „daß dem Kind eine wichtige Aufgabe für das Leben einer Frau oder eines Paares zugeschrieben wird, daß der Kinderwunsch also funktionalen Charakter hat“ (S. 7). Ihre zusätzliche Vermutung, daß es neben allen mehr oder weniger rationalen Überlegungen für oder gegen Kinder eine tiefer angelegte, schwer faßbare Motivation für den Kinderwunsch geben müsse, fanden sie in zahlreichen Interviews bestätigt. Ihre Annahmen, die auch auf der Beschäftigung mit den überwiegend psychoanalytischen Theorien basieren, verstehen die Autoren „als eine Annäherung an die Frage nach der Verschränkung von weiblichem Kinderwunsch und Sexualität“ (ebd. S. 9). Die Kernaussage kann wie folgt zusammengefaßt werden:

Grundlagen für die Verschränkung von Kinderwunsch und weiblicher Sexualität sind das Bewußtsein um die eigene Fruchtbarkeit, die tendenziell ganzheitliche Orientierung des sexuellen Erlebens sowie der Wunsch, die weibliche Sexualität durch Schwangerschaft,

Geburt und Mutterschaft zu erweitern. Das Bewußtsein darüber, die eigene Fruchtbarkeit ausleben zu können, schafft eine eigene Qualität des weiblichen Kinderwunsches, die die Autoren mit dem Begriff der Fruchtbarkeitslust umschreiben. Die bewußte Auseinandersetzung mit der eigenen Fruchtbarkeit impliziert immer auch die Möglichkeit, diese nicht zu realisieren.

Mittag & Jagenow (1984) gehen davon aus, daß der Umgang mit der Fruchtbarkeit in der Praxis nicht immer rational und planmäßig erfolgt. Etwa zwei Drittel aller Schwangerschaften im deutschsprachigen Raum sind nicht geplant. Jede vierte Schwangerschaft wird abgebrochen (vgl. Deutscher Bundestag, 1980). „Viele ungewollte Schwangerschaften können durchaus als kontrazeptive Fehlleistungen im Hinblick auf den Kinderwunsch verstanden werden“ (Mittag & Jagenow, 1984, S. 14). Einen Grund dafür sehen die Autoren darin, daß Kinderwunsch und weibliche Sexualität miteinander in dem Sinne verschränkt sind, daß Fruchtbarkeit als Lust, sich fortzupflanzen, also Schwangerschaft, Geburt und Mutterschaft zu erleben, einen Teil der weiblichen Sexualität bildet.

Ambivalenz gegenüber der Empfängnisverhütung kann sich insbesondere in den Fehlern bei der Kontrazeption, in Verhütungsspannen, konflikthaften Einstellungen oder widersprüchlichem Verhalten ausdrücken (Gloger-Tippelt et al., 1993). Hertz & Molinski (1986) sprechen in diesem Zusammenhang vom unbewußten Kinderwunsch in dem Sinne, daß rational kein Kind gewünscht wird, jedoch unbewußt ein Kinderwunsch besteht, teilweise auch in umgekehrter Form.

### **2.2.2 Kinderwunsch und weibliche Identität**

Im folgenden wird das Thema Kinderwunsch hinsichtlich seines Zusammenhangs mit der weiblichen Identität erörtert.

Mutterschaft gilt als Beleg für sexuelle Reife und Potenz, soziale Integration, Kompetenz und sogar für psychische Normalität (Lukesch, 1986). Für De Parseval & Janaud (1985) steht ein Kind „zugleich für die sexuelle Identität, die physische Identität und die soziale Integration des Individuums oder des Paares“ (S. 18).

Mittag und Jagenow (1984) werfen die Frage auf, „ob nicht der Kinderwunsch die Bedeutung haben kann, in der Rolle der schwangeren Frau oder der Mutter Status und weibliche Identität zu erreichen“ (S. 18). In einer empirischen Untersuchung über Motive

zu Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft bei Frauen, fanden Mittag & Jagenow (1984) heraus, daß der Wunsch nach Identität als Frau und Mutter eine hohe Bedeutung hat. Andere Autoren heben die Erfahrung von geschlechtlicher Identität im Zusammenhang mit dem Wunsch, sich fortzupflanzen, ebenfalls hervor (Goebel, 1986; Meyer, Davies-Osterkamp, Kleinsteins & Neubüser, 1984; Bork, Meyer & Brähler, 1984).

Letztgenannte Autoren befragten im Rahmen einer empirischen Untersuchung Frauen mit Sterilisationswunsch nach ihren Motiven. Hauptuntersuchungsinstrument war ein ausführliches, tiefenpsychologisch orientiertes Interview mit einbezogener Beratung. Des Weiteren wurde der Gießen-Test von beiden Partnern in Selbst- und Fremdbild erhoben. Der erste Untersuchungszeitpunkt lag vor dem Eingriff, postoperativ wurde ein zweiter Untersuchungszeitpunkt angesetzt. Bei der Katamnese stand die Verarbeitungsweise der Sterilisation im Vordergrund. Die Stichprobe von 51 Paaren wurde nach den Kriterien „Erfolgte Sterilisation“ (Gruppe A), „Verzicht auf Sterilisation“ (Gruppe B) und „Verweigerter Sterilisation“ (Gruppe C) in drei Gruppen eingeteilt. Bezüglich des Aspekts Identität im Zusammenhang mit dem Kinderwunsch lassen sich die Ergebnisse wie folgt zusammenfassen:

Die Frauen der Gruppe A (erfolgte Sterilisation) strebten eine Neuorientierung ihrer weiblichen Identität an, die sie vor allem in berufliche Aktivitäten und Erweiterung von sozialen Kontakten umzusetzen beabsichtigten. Sie fühlten sich in ihrer Identität als Mutter durch selbständiger werdende Kinder nicht mehr ausreichend ausgefüllt. Die Phase des Kinderkriegens und -aufziehens wurde befriedigend erlebt. Die Verarbeitung der Sterilisation erwies sich als günstig.

Die Äußerungen der Frauen der Gruppe B (Verzicht auf Sterilisation) deuteten auf eine negativ orientierte weibliche Identifikation hin. Die Zeit des Kinderkriegens und -aufziehens ist nur teilweise befriedigend verlaufen. In Identitätsfragen wurde keine Neuorientierung erzielt. Das Paar befand sich zum Zeitpunkt der Äußerung ihres Sterilisationswunsches noch in offener Auseinandersetzung. Der nicht abgeschlossene Entscheidungsprozeß machte die Unsicherheit bezüglich der Geschlechtsrollenidentität beider Partner deutlich.

Schwangerschaften, Geburten und die Versorgung der Kinder erlebten die Frauen der Gruppe C (verweigerter Sterilisation) als starke Belastung.

Die Autoren beschreiben die Frauen als „in schweren psychischen Entwicklungsstörungen steckengeblieben“ (Bork et al., 1984, S. 111). Diese äußerten sich in hochambivalenten Identitätskrisen gegenüber Weiblichkeit und Mutterschaft.

### **2.2.3 Kinderwunsch und Partnerschaft**

Auf den Zusammenhang zwischen Partnerschaft und Kinderwunsch wird im folgenden Kapitel eingegangen werden. Es werden die Bedeutung des Kinderwunsches für eine Partnerschaft sowie die Funktion des Kindes bei bestehenden Partnerschaftskonflikten dargestellt.

In einer positiv erlebten Partnerschaft wird ein Kind als Zeichen der Liebe zweier Menschen zueinander betrachtet (de Parseval & Janaud, 1985). Klomann & Nyssen (1994) erwähnen, daß die Teilnahme des Partners an der Schwangerschaft und das gemeinsame Erlebnis der Geburt die Partnerschaft intensivieren könne und als ein Grund für den Kinderwunsch angesehen werden kann.

Sexualität stellt nach Mittag & Jagenow (1984) die Möglichkeit dar, existentielles Getrenntsein zu überwinden und Verschmelzung mit einem anderen Menschen zu erfahren. Die Autoren sehen in dem Wunsch, durch die sexuelle Begegnung ein Kind zu empfangen bzw. zu zeugen auch den Wunsch, die Verschmelzung mit dem Anderen aufrechtzuerhalten. Gleichzeitig stellen Zeugung und Empfängnis den Wunsch dar, die Verbindung zweier Menschen faßbar zu machen. Die Funktion des Kindes als Bindeglied innerhalb einer Partnerschaft thematisieren auch andere Autoren (Meyer & Davies-Osterkamp, 1984; Molinski, 1989).

Ziebell, Schmerl & Queisser (1992) weisen darauf hin, daß bewußte Auseinandersetzung mit dem eigenen Kinderwunsch und eine offene Diskussion in der Partnerschaft zu diesem Thema meist nur dann stattfindet, wenn zum Kinderwunsch gegensätzliche Auffassungen unter den Partnern existieren. Häufig fällt, nach Meinung der Autorinnen, die Entscheidung für oder gegen ein Kind ohne besondere Reflektion als zufälliges oder konventionelles Nebenprodukt im Laufe des Lebens.

Instabile Beziehungen sind oft das unbewußte Motiv für den Kinderwunsch. „Oft soll mit dem Kind die Ehe gekittet werden, denn besonders in Krisensituationen scheint Elternschaft der einfachere Weg aus einem Konflikt zu sein als meist mühsame

Lösungsversuche zwischen den Partnern“ (Klomann & Nyssen, 1994, S. 43).

Bei Paaren, deren Kinderwunsch nicht erfüllt werden kann oder konnte, ist oft eine Idealisierung des unerreichbaren Kindes zu beobachten, von dem die Lösung aller Probleme erhofft wird. Hinter der Bereitschaft, beträchtliche Kosten und Leiden einer medizinischen Behandlung zur Erfüllung des Kinderwunsches auf sich zu nehmen, kann sich auch der Versuch verbergen, von Problemen in anderen Lebensbereichen wie z. B. einer konflikthafter Partnerschaft abzulenken und die gemeinsam geteilte Illusion zum Mittelpunkt der Beziehung zu machen (Lukesch, 1986).

### **2.3 Sterilisation und Refertilisierung**

Die freiwillige Sterilisation der Frau wird in der BRD seit 1960 praktiziert (Meyer, 1991). Es bestand in den folgenden Jahren eine weitgehende Rechtsunsicherheit, die 1976 aufgrund eines Urteils des Bundesgerichtshofs aufgehoben wurde. Das Urteil bestätigt ausdrücklich die Legalität einer auf Wunsch einer Patientin oder eines Patienten durchgeführten Sterilisation (Taubert & Möslein, 1989).

Der Prozentsatz von Frauen im fruchtbaren Alter, die die Sterilisation als Mittel der Familienplanung wählen, wird für die BRD auf ca. sechs Prozent geschätzt. In den USA beträgt der Prozentsatz ca. 24 Prozent (Meyer, 1991). In den USA ist das Verhältnis von Frauen und Männern, die sich sterilisieren lassen, ungefähr gleich. In der BRD betreffen die Sterilisation zu ca. 95 Prozent Frauen (Lukesch, 1986). Der Anteil von Frauen, die im Nachhinein unzufrieden mit der Sterilisation sind, wird mit fünf bis 25 Prozent angegeben, wovon ca. zwei bis zehn Prozent eine Refertilisierung beantragen (Neuhaus, Kusche & Wellmann-Barth, 1992). Seit der Einführung mikrochirurgischer Verfahren ist die Erfolgsquote für die Wiederherstellung der Eileiterfunktion gestiegen. Die Angaben dazu werden von verschiedenen Autoren (Frantzen & Schlösser, 1983; Meyer, 1984) übereinstimmend mit über 50 Prozent angegeben.

Die Sterilisation als definitive Kontrazeption stellt nach Petersen (1983) „eine Herausforderung für die Partnerschaft“ (S. 253) dar, da der Verarbeitungsprozeß nach der Sterilisation, dem beide Partner unterliegen; „ein krisenhafter, produktiver, dynamischer Prozeß [ist], in dem Störungen verarbeitet werden können“ (ebd. S. 253). Es existieren allerdings nur wenige Ansätze zur Erforschung der Motive, aufgrund derer sterilisierte Frauen eine



Refertilisierung wünschen. Kritik gegenüber der gängigen medizinischen Praxis äußern Neuhaus, Kusche & Wellmann-Barth (1992). Den Autoren „erscheint es nicht sinnvoll, das im eigentlichen Sinne psychologische Problem des Refertilisierungswunsches ausschließlich operationstechnisch lösen zu wollen“ (S. 564). In einer explorativen Studie ermittelten die Autoren psychosoziale Prognosefaktoren, anhand derer man bereits zum Zeitpunkt der Sterilisation die spätere Unzufriedenheit mit dieser Entscheidung abschätzen kann. Befragt wurden 37 sterilisierte Frauen nach der Indikation zur Sterilisation und nach den Motiven für den Refertilisierungswunsch. Der Schwerpunkt der Auswertung lag auf den psychosozialen Begleitumständen zum Zeitpunkt der Sterilisation. Als prognostisch ungünstige Faktoren erwiesen sich:

- ein Alter der Frau unter 30 Jahren
- eine krisenhafte Partnerschaft
- die Durchführung der Sterilisation im Wochenbett oder nach einem Abbruch

Als Hauptgrund für den erneuten Kinderwunsch gaben 54% der Frauen eine neue Partnerschaft an. Die geäußerten Erwartungen an die Refertilisierung deuteten darauf hin, daß nicht nur der Wunsch nach einem realen Kind Beweggrund für diese Entscheidung war. Die Frauen erwarteten:

- größere psychische Ausgeglichenheit
- verbessertes körperliches Wohlbefinden
- sich wieder als Frau zu fühlen
- eine verbesserte sexuelle Beziehung zu ihrem Partner

Aufgrund ihrer Ergebnisse empfehlen die Autoren eine individuelle Beratung unter Einbeziehung des Partners vor der Sterilisation. In den Gesprächen sollten alternative Kontrazeptionsmöglichkeiten erörtert und auf die Differenzierung zwischen Sexualität und Fruchtbarkeit eingegangen werden, ebenso wie auf die psychologische Problematik sowie auf die normale Trauerreaktion nach der Sterilisation. Bei Hinweisen auf eine instabile Partnerschaft sollte von dem Eingriff abgeraten werden. Unmittelbar nach einer Geburt oder einem Abbruch sollte zudem eine dreimonatige Bedenkzeit abgewartet werden.

Über die Bedeutung des Alters der Frau zum Zeitpunkt der Sterilisation im Hinblick auf deren Verarbeitung werden in der Literatur unterschiedliche Angaben gemacht. Während verschiedene Autoren (Schlösser, Frantzen, Mansour & Verhoeven, 1983; Wille, 1996) übereinstimmend mit o.g. Autoren ein Alter unter 25 - 30 Jahren als Kriterium für eine

negative Prognose angeben, weisen andere Autoren darauf hin, daß das Lebensalter nicht entscheidend für die Verarbeitung ist (Petersen, 1983) oder keinen Einfluß auf diese zu haben scheint (Meyer, 1991). Meyer betont, daß „die Verarbeitung der Sterilisation wesentlich komplizierter [ist], als daß sie von so einfachen Faktoren allein abhinge“ (S. 120). Die Autorin weist außerdem darauf hin, daß bei der Entscheidung zur Sterilisation die Notwendigkeit besteht, Sexualität von der Fortpflanzungsfunktion zu trennen. Für das Bereuen der Sterilisation kann der Verlust der Fertilität ein wesentlicher Faktor sein, „wobei die potentielle Fertilität wichtiger sein kann als der aktuelle Wunsch nach einem Kind“ (ebd. S. 119).

Die Psychodynamik von Sterilisation und erneutem Kinder- und Refertilisierungswunsch sind Gegenstand einiger Untersuchungen (Petersen, 1983; Davies - Osterkamp, Meyer, Kleinstein, & Neubüser, 1983; Meyer & Davies - Osterkamp, 1984; Herrmann, Anderer & Neeser, 1985). Die Frauen lassen sich anhand der weitgehend übereinstimmenden Ergebnisse dieser Untersuchungen in zwei Hauptgruppen einteilen. Für die eine Gruppe traf zu, daß die Sterilisation und die Refertilisierung Ausdruck des Bewältigungsversuches eines spezifischen Konfliktes in den Paarbeziehungen waren. Das Kind hatte vor allem bindende Funktion. Die Frauen dieser Gruppe lebten alle in einer neuen Partnerschaft, die als Hauptgrund für den Wunsch nach Refertilisierung angegeben wurde. Für die zweite Gruppe stellten die Sterilisation und die Refertilisierung ein Symptom eines unbewältigten Konflikts zwischen der Rolle als Frau und Mutter dar. Das neue Kind sollte das durch die Sterilisation bezüglich der weiblichen Identität gestörte Selbstwertgefühl wiederherstellen. Die Frauen dieser Gruppe lebten mit dem gleichen Partner zusammen (Davies-Osterkamp, Meyer, Kleinstein, & Neubüser, 1983).

Herrmann, Anderer & Neeser (1985) führten im Zeitraum von 1980 - 1983 vor der medizinischen Diagnostik halbstandardisierte Interviews sowie den Gießen-Test durch. Die Stichprobe bestand aus 51 Frauen mit Refertilisierungswunsch. Themenschwerpunkte des Interviews waren die psychologische Ausgangssituation zum Zeitpunkt der Entscheidung zur Sterilisation und die Beweggründe für die Refertilisierung.

Die Gruppe der Frauen, die zum Zeitpunkt der Refertilisierung in einer neuen Partnerschaft lebten, waren zum Zeitpunkt der Sterilisation signifikant jünger, haben früher geheiratet, der Übergang vom Elternhaus in die Ehe vollzog sich ohne „angemessene Selbständigkeitsentwicklung“ (S. 172). Die Verantwortung für die Familie übernahmen die Frauen meist ohne Unterstützung des Partners und fühlten sich damit überfordert. Die Unver-

träglichkeit von Verhütung bei gleichzeitiger Ablehnung weiterer Schwangerschaften sowie die negative Bewertung eigener Fortpflanzungsfähigkeit hingen mit einer konflikthaften Paarbeziehung zusammen. Der dringliche Sterilisationswunsch wurde als Ausdruck von Hilflosigkeit gewertet, „sich angesichts einer ausweglos erscheinenden Situation mehr persönliche Autonomie zu verschaffen“ (ebd. S. 172). Unter dem Druck einer ungeplanten Schwangerschaft, der Sterilisation im Wochenbett oder nach einem Abbruch, wurde die Sterilisation als eine nach innen gerichtete Aggression interpretiert. Die Bedeutung der Kinder, die als Belastung empfunden wurden, hing sehr stark mit der jeweiligen Partnerschaft zusammen, „dokumentieren sie doch die reale und emotionale Abhängigkeit“ (ebd. S.172) vom Partner. Die neue Partnerschaft wurde häufig idealisiert und als symbiotisch eng beschrieben. Die Refertilisierung hatte die „Funktion, über die Stabilisierung des weiblichen Selbstwertgefühls Trennungs- und Verlustängste“ (ebd. S. 172) der Frauen gegenüber ihren neuen Partnern zu reduzieren.

Bei den Frauen der Gruppe, die in der gleichen Partnerschaft lebten, fand sich eine hohe Ambivalenz und Unsicherheit bezüglich verschiedener sich gegenseitig behindernder Lebensziele. Die Mutterschaft und der Beruf standen in einem Spannungsverhältnis. Die Hälfte der Frauen, bei denen die Sterilisation im Zusammenhang mit einem Abbruch vorgenommen wurde, haben diesen schuldhaft verarbeitet. „Es war bei ihnen die Neigung festzustellen, die psychischen Konflikte anstelle adäquater, realitätsorientierter Lösungen über gynäkologische Eingriffe auszuagieren“ (ebd. S. 173). Bei fast allen Frauen spiegelten sich mangelndes Selbstvertrauen und eine ausgeprägte Depressionsneigung in den Werten des Gießen-Tests wieder. Die Refertilisierung sollte „nicht so sehr die Fertilität als reale Voraussetzung zur Erfüllung des Kinderwunsches als vielmehr das daran geknüpfte Selbstwertgefühl wiederherstellen“ (ebd. S. 175).

Die Ergebnisse der verschiedenen Autoren (Petersen, 1983; Davies-Osterkamp et al., 1983; Herrmann et al., S 1985) lassen sich hinsichtlich einer günstigen Verarbeitung der Sterilisation in folgenden Prognosefaktoren zusammenfassen:

- Klare, eindeutige Motivation (Familienplanung)
- Freiheit der Entscheidung bei ausreichender Entscheidungszeit
- Gegenseitige Absprache mit dem Partner
- Von Konflikten unbelastete Partnerschaft
- Stabile, sensible Persönlichkeit
- Eingehende sachgerechte und individuelle Beratung

Nur die wenigsten Studien enthalten jedoch ausführliche Informationen oder Leitlinien darüber, wie eine solche Beratung durchgeführt werden könnte. Die Richtlinien für eine Beratung vor der Sterilisation widersprechen weitgehend den empirischen Untersuchungsergebnissen, orientieren sie sich doch nach wie vor an Faktoren wie Alter und Kinderzahl (Meyer, 1991).

## **2.4 Konkretisierung der Fragestellung**

Reproduktionsmedizinische Maßnahmen gewinnen seit den 80er Jahren immer mehr an Bedeutung. Seit Einführung der Mikrochirurgie zur Behandlung ungewollt kinderloser Frauen, sind auch Sterilisationen und Refertilisierungen medizinisch einfacher durchführbar und für die Patientinnen körperlich weniger belastend. Die Inanspruchnahme dieser medizinischen Möglichkeiten nimmt zu. Die Frage nach der psychologischen Dynamik, die möglicherweise hinter den augenscheinlich gegensätzlichen Entscheidungen zur Sterilisation einerseits und zur Refertilisierung andererseits steht, bleibt weitgehend offen. Während das Ziel der modernen Reproduktionsmedizin nach Hepp, Scheidel & Korell (1991) ist, „jeder Sterilitätspatientin das für sie individuell erfolgreichste und gleichzeitig wenig belastende Verfahren anzubieten“ (S. 410), um ihren Kinderwunsch zu erfüllen, halten Neuhaus, Kusche & Wellmann-Barth (1992) „es nicht [für] sinnvoll, das im eigentlichen Sinne psychologische Problem des Refertilisierungswunsches ausschließlich operationstechnisch lösen zu wollen“ (S. 564).

Ausgehend von der Annahme, „daß der Kinderwunsch seinem Wesen nach immer (...) ambivalent ist (Frick-Bruder, 1989, S. 400), besteht die Vermutung, daß diese Ambivalenz bei Frauen mit Refertilisierungswunsch besonders ausgeprägt ist. Während zum Zeitpunkt der Sterilisation keine weiteren Kinder gewünscht werden, scheint zum Zeitpunkt der Refertilisierung ein Kind unabdingbar für die Lebenszufriedenheit der Frauen zu sein (vgl. Davies-Osterkamp, Meyer, Kleinstein & Neubüser, 1983). Die Autoren schließen daraus, daß die konflikthaften Seiten der Mutterschaft zum Zeitpunkt der Refertilisierung weitgehend verdrängt werden. Von einer weiteren Annahme ausgehend, wie sie de Parseval & Janaud (1986) formulieren, daß ein Kind „zugleich für die sexuelle Identität [und] die physische Identität (...) des Individuums oder des Paares“ (S. 18) steht, kann vermutet werden, daß sowohl die Sterilisation als auch die Refertilisierung bei den rückoperierten Frauen Ausdruck eines Identitätskonflikts sein können.

Der Frage nach den psychologischen Hintergründen des Refertilisierungswusches sind nur wenige Untersuchungen gewidmet (z. B. Davies-Osterkamp et al., 1983; Neuhaus, Kusche & Wellmann-Barth, 1992). Die Untersuchungsergebnisse weisen auf einen Zusammenhang zwischen der Motivation zur Sterilisation und der zur Rückoperation hin. Es wurden Prognosefaktoren gefunden, die auf eine ungünstige Verarbeitung der Sterilisation schließen lassen. Neben den Prognosefaktoren, scheint die Bedeutung der Partnerschaft einen Einfluß auf den Refertilisierungswunsch zu haben. Von der Mehrzahl der untersuchten Frauen wurde eine neue Partnerschaft als Grund für den Kinderwunsch angegeben.

Hier setzen die Themen der vorliegenden Untersuchung an. Konkret soll den folgenden Fragen nachgegangen werden:

- Welche Entstehungsbedingungen sind insgesamt an dem Zustandekommen des Refertilisierungswusches beteiligt?
- Welche Faktoren prognostizieren eine günstige oder ungünstige Verarbeitung der Sterilisation?
- Welche psychologische Dynamik liegt der Partnerschaft zugrunde, die die Frauen nach eigenen Angaben veranlaßt, die Sterilisation rückgängig zu machen?
- Sind Veränderungen in Handlungs- und Deutungsmustern der Frauen erkennbar, die die Entscheidung zur Refertilisierung erklären können?
- Welcher Zusammenhang besteht zwischen weiblicher Identität und dem Kinderwunsch bei den Frauen, die diesen - von außen betrachtet - einmal abgeschlossen hatten?

Diese Fragen sind im Titel der Arbeit zusammengefaßt: Die Entstehung der Motivation zur Refertilisierung bei Frauen. Anhand einer Vergleichsgruppe von sterilisierten Frauen ohne Refertilisierungswunsch sollen diese Frage in einer qualitativ explorativen Untersuchung mit dem Ziel, Hypothesen zu generieren, beantwortet werden.

### **3 Methodischer Teil**

Im folgenden Kapitel werden die Wahl qualitativer Forschungsmethoden begründet und die Erhebungsmethode sowie die Auswertungsmethoden vorgestellt. Dabei handelt es sich um das problemzentrierte Interview nach Witzel (1989), die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (1988) und die Komparative Kasuistik nach Jüttemann (1981). Nach Beschreibung der Planung und Durchführung der Untersuchung werden die Interviewleitfäden vorgestellt. Das Kapitel schließt mit der Beschreibung der Datenauswertung ab.

#### **3.1 Zur Wahl qualitativer Forschungsmethoden**

Da bisher keine psychologischen Theorien existieren, um die Motivation von Frauen zur Refertilisierung zu erklären, wird in der vorliegenden Arbeit ein qualitatives Vorgehen gewählt, das hypothesengenerierend und Theorie vorbereitend ist. Da es sich bei der Motivation zur Refertilisierung um ein komplexes und vielschichtiges Phänomen handelt, erscheint ein qualitatives Vorgehen dem Forschungsgegenstand gegenüber angemessen. In diesem Sinne konstatiert Flick (1998), daß „klassische deduktive Methodologien – die Fragestellungen und Hypothesen aus theoretischen Modellen ableiten und an der Empirie überprüfen – an der Differenziertheit der Gegenstände vorbeizielten“ (S. 50). Forschung ist nach Flick dadurch in stärkerem Maß auf induktive Vorgehensweisen angewiesen: Die Wahl qualitativer Methoden sollte dabei „so offen zu gestalten [sein], daß sie der Komplexität im untersuchten Gegenstand gerecht werden“ (S.52).

#### **3.2 Zur Wahl der Erhebungsmethode: Das problemzentrierte Interview nach Witzel**

Das qualitative Interview als Erhebungsmethode ermöglicht dem Forscher Zugang zu individuellen Sichtweisen sowie subjektiven Begründungen der interviewten Person. Diese vertiefende Datenerhebung kann im Gegensatz dazu ein Fragebogen nicht gewährleisten. In der vorliegenden Arbeit steht das Problem – nämlich die Motivation zur Refertilisierung – im Mittelpunkt, welches aus der individuellen Sicht der Interviewten reflektiert wird. Deshalb wurde als Erhebungsmethode das problemzentrierte Interview nach Witzel (1989)

gewählt Der Leitfaden dient im problemzentrierten Interview der thematischen Organisation des Hintergrundwissens des Forschers. Damit soll eine kontrollierte und vergleichbare Herangehensweise an den Forschungsgegenstand gewährleistet sein. Der Leitfaden als „Orientierungsrahmen bzw. Gedächtnisstütze“ (Witzel, 1989, S.236) ermöglicht eine flexible Handhabung desselben im Verlauf des Interviews.

Die vorhandenen Vorannahmen des Forschers sollten expliziert werden, damit sie nicht unreflektiert Verlauf und Ergebnisse des Forschungsprozesses beeinflussen. Der Forscher sollte offen gegenüber den Ergebnissen sein, um sein Vorwissen gegebenenfalls revidieren zu können. Neben dem Leitfaden sind der Kurzfragebogen, die Tonbandaufzeichnung und das Postscriptum Instrumente des Interviewverfahrens. Die Vorannahmen über mögliche Beweggründe für die Entscheidung zur Refertilisierung lauten:

1. Es kommt zum Refertilisierungswunsch aufgrund folgender Hintergründe der Sterilisation:

- Unklarheit über die Motive
- keine ausreichende Entscheidungszeit
- konflikthafte Partnerschaft
- problematische psychische Verfassung der Frau
- Gleichzeitigkeit mit anderem gynäkologischen Eingriff
- mangelnde Beratung
- Tod eines Kindes nach Sterilisation

2. Der Prozeß zwischen der Sterilisation und der Refertilisierung hat einen entscheidenden Einfluß auf die Motivation zur Refertilisierung.

3. Eine neue Partnerschaft hat entscheidenden Einfluß auf die Motivation zur Refertilisierung.

### **3.2.1 Interviewleitfaden**

Es wird der Interviewleitfaden für die refertilisieren Frauen vorgestellt. Der Interviewleitfaden für die Vergleichsgruppe wird nicht gesondert aufgeführt, da er sich lediglich dadurch unterscheidet, daß der Themenbereich *Entscheidung zur Refertilisierung* wegfällt. Im Themenbereich *Veränderungen nach der Sterilisation* wurde den Frauen eine Frage zur Refertilisierung gestellt, die sich bei den anderen Frauen erübrigt. Diese Frage ist kursiv hervorgehoben.

Die Eingangsfrage sollte jeweils einen Erzählanstoß bieten, die folgenden Fragen wurden gestellt, wenn die Interviewte sie nicht bereits von sich aus beantwortet hatte. Den Vorannahmen entsprechend gliedert er sich in folgende Themenbereiche:

- Entscheidung zur Sterilisation
- Veränderung nach der Sterilisation
- Entscheidung zur Refertilisierung
- Biographisches

### **Interviewleitfaden:**

#### 1. Entscheidung zur Sterilisation

Wie kam es zu der Entscheidung, daß sie sich sterilisieren lassen wollten?

Was war der erste Anlaß, darüber nachzudenken?

Wieviel Zeit verging vom ersten Nachdenken darüber bis zur Realisierung?

Wie haben sie diese Zeit verbracht?

Wie war ihre damalige Lebenssituation?

Wie war ihre persönliche Verfassung?

Wie würden sie ihre Partnerschaft zum damaligen Zeitpunkt beschreiben?

Hat ihr Partner auch erwogen, sich sterilisieren zu lassen, hätten sie das gern gehabt?

Wie steht / stand ihr Partner zu dem Entschluß?

Haben sie mit jemandem über diese Entscheidung gesprochen?

Gab es Reaktionen auf ihre Entscheidung, und wie haben sie diese empfunden?

#### 2. Veränderungen nach der Sterilisation

Hat sich anschließend etwas in ihrem Leben verändert?

Wie fühlten sie sich nach dem Eingriff? (körperlich, seelisch)

Haben sie sich seit der Sterilisation verändert?

Wirkte sich die Sterilisation auf die Partnerschaft aus?

Waren sie zufrieden?

Sind ihre Erwartungen erfüllt worden?

Hatten sie nach dem Eingriff irgendwann einmal wieder einen Kinderwunsch?

Wann war das?

Wie stark war der Wunsch?

Wie ging es ihnen damit?

*Haben sie schon einmal daran gedacht, die Sterilisation rückgängig machen zu lassen?*



Wie betrachten sie ihre Sterilisation im Nachhinein?

Würden sie die Sterilisation einer Freundin empfehlen?

### 3. Entscheidung zur Refertilisierung

Wie entstand bei ihnen der Wunsch zur Rückoperation?

Was war der erster Anlaß, darüber nachzudenken?

Wie war ihre damalige Lebenssituation?

Wie war ihre persönliche Verfassung?

Wie würden sie ihre Partnerschaft zu diesem Zeitpunkt beschreiben?

Gab es Reaktionen auf ihre Entscheidung, und wie haben sie diese empfunden?

Wirkt sich die Rückoperation auf ihr Leben aus, auf sie, auf die Partnerschaft?

Woran denken sie, wenn sie an das Kind denken, daß sie sich jetzt wünschen?

Können sie damit leben, wenn keine Schwangerschaft eintritt?

Sind sie zufrieden mit der Rückoperation?

### 4. Biographisches

Wie sind sie aufgewachsen, aus was für einer Familie stammen sie?

Haben sie Geschwister?

Wie ist ihr Partner aufgewachsen, aus was für einer Familie stammt er?

Was waren ihre Pläne und Träume als junges Mädchen?

Was wurde daraus?

Hatten ihre Eltern bestimmte Pläne für sie?

Haben sie weitere Wünsche oder Pläne für ihr Leben?

Wie ist der Kinderwunsch bei ihnen entstanden?

Haben sie eine ideale Kinderzahl?

Gibt es einen Unterschied zu früher und heute?

Was bedeuten ihnen Kinder?

Was bedeutet ihnen der Beruf?

Gab es andere wichtige Entscheidungen in ihrem Leben, wie lassen sie sich vergleichen mit den Entscheidungen zur Sterilisation und zur Refertilisierung?

### **3.3 Planung und Durchführung der Untersuchung**

Die Interviewpartnerinnen der Untersuchungsgruppe wurden über das Auguste-Viktoria-Krankenhaus in Berlin-Schöneberg gefunden. Die Frauen, die sich dort innerhalb der letzten vier Jahre hatten operieren lassen, wurden in einem Brief von Herrn Dr. Grunert persönlich gefragt, ob sie grundsätzlich zur Teilnahme an der geplanten Untersuchung bereit wären. Nach Erhalt der positiven Rückmeldungen, wurde den Frauen ein Fragebogen (siehe Anhang) zugesandt, verbunden mit der Anfrage, ob sie bereit zu einem Interview seien. Der Fragebogen diente zur Erfassung soziodemographischer Daten sowie der Phänomenanalyse, die eine wichtige Voraussetzung für die Anwendung der Komparativen Kasuistik nach Jüttemann (1981) ist (s. Kapitel 3.5). Das Ziel hierbei ist die Gewinnung einer möglichst homogenen Gruppe bezogen auf den Untersuchungsgegenstand. Da die Thematik einen sehr sensiblen Bereich der Interviewten berührt, erschien es angemessen, die Frauen durch den Fragebogen thematisch darauf vorzubereiten, worum es vertiefend im Interview gehen sollte. Aus diesem Grund geht er über den Rahmen eines Kurzfragebogens i. S. Witzels (1989) hinaus.

Die Frauen der Vergleichsgruppe sind über einen Aushang in einer gynäkologischen Praxis sowie über Vermittlung durch Bekannte gefunden worden. In der vorliegenden Untersuchung wurden vier refertilisierte Frauen interviewt, welche die Untersuchungsgruppe bilden. Die Vergleichsgruppe besteht aus drei Frauen. Um im Sinne der Komparativen Kasuistik (s. Kapitel 3.5) die Komplexität des Phänomens einzugrenzen, wurde bei der Auswahl der Interviewpartnerinnen auf folgende Homogenitätskriterien geachtet:

1. Alle Frauen sollten Kinder haben, da davon ausgegangen wurde, daß die Verarbeitung der Sterilisation auf dem Erfahrungshintergrund der erlebten Mutterschaft sich qualitativ von der ohne diese Erfahrung unterscheidet, insbesondere im Hinblick auf das Bereuen der Sterilisation. Vergleichbarkeit ist nur gegeben, wenn alle Frauen, die sich zur Sterilisation entschieden haben, in Punkto Kinder den gleichen Erfahrungshintergrund haben.
2. Alle Frauen sollten in einer Partnerschaft leben. Dieses Homogenitätskriterium wird gestützt von der Annahme, daß das Bestehen einer Partnerschaft einen wesentlichen Einfluß auf die Entscheidung hat, die Sterilisation aufrecht zu erhalten oder nicht. Es sollte sicher gestellt sein, daß das Aufrechterhalten der Sterilisation nicht mit dem

Fehlen eines Partners begründet wird.

3. Alle Frauen sollten im gebärfähigen Alter sein, da nur unter dieser Voraussetzung Vergleichbarkeit hinsichtlich des Kinderwunsches gewährleistet ist.

Hinsichtlich aller anderen Merkmale sollten die beiden Untersuchungsgruppen jeweils möglichst heterogen sein.

Die Interviews fanden bis auf eine Ausnahme bei den Frauen zu Hause statt. Ein Interview wurde am Arbeitsplatz der Frau geführt. Die Interviewten und die Interviewerin unterschrieben vor dem Interview eine Datenschutzvereinbarung. Mit dem Einverständnis der Interviewten wurden die Interviews auf Tonband aufgezeichnet und anschließend anonymisiert und transkribiert. Die Transkriptionen sind im Materialband zusammengefaßt.

### **3.4 Zur Wahl der Auswertungsmethode: Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring**

Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (1988) ist ein systematisches, d.h. regelgeleitetes und theoriegeleitetes Verfahren, um einen schriftlich fixierten Text zu analysieren. Mayring unterscheidet drei Grundformen der Interpretation:

1. Eine Zusammenfassung soll das Material so reduzieren, daß die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben.
2. Bei der Explikation wird zusätzliches Material zu Hilfe genommen, um das Verständnis einer Textstelle zu erweitern. Es wird z. B. auf den Kontext, in dem eine Äußerung steht, zurückgegriffen.
3. Die „wohl zentralste inhaltsanalytische Technik“ (S. 75) ist die Strukturierung. Sie zielt darauf ab, unter vorher festgelegten Kriterien bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern. Dabei wird ein Kategoriensystem an das Material herangetragen, um alle Textbestandteile, die unter die theoriegeleitet entwickelten Kategorien fallen, systematisch aus dem Material zu extrahieren. Mayring unterscheidet vier Formen der Strukturierung, die formale, die inhaltliche, die typisierende und die skalierende.

In der vorliegenden Untersuchung wurde mit der inhaltlichen Strukturierung gearbeitet, deren Ziel es ist, mittels des Kategoriensystems bestimmte Aspekte aus dem Material zu

extrahieren und anschließend zusammenzufassen.

Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring vernachlässigt die Berücksichtigung nonverbalen Materials, z. B. Auffälligkeiten im Verhalten des Interviewten. Diesem soll mit Hilfe eines Kontextprotokolls im Anschluß an das Interview begegnet werden. In diesem werden Beobachtungen und persönliche Eindrücke des Interviewers schriftlich festgehalten, die zur ganzheitlichen Betrachtung der interviewten Person beitragen und in die Interpretation der Ergebnisse mit einfließen sollten.

### **3.4.1 Das Kategoriensystem**

Es wurden sieben Kategorien gebildet, die sich nicht vollständig ausschließen. Für die Kategorien *Sterilisation* und *Refertilisierung* wurden jeweils Unterkategorien gebildet, in denen die Lebenssituation gesondert beschrieben wird. Aus dem Kontextprotokoll wurde die Kategorie *Wahrnehmung der Person* gewonnen. Jede Kategorie wurde definiert und mit zwei Ankerbeispielen versehen. Das erste Ankerbeispiel wurde jeweils aus der Untersuchungsgruppe gewählt, das zweite aus der Vergleichsgruppe. Sie sind mit den Zeilenangaben der Transkriptionen (s. Materialband) versehen.

#### **Kategorie Wahrnehmung der Person**

Darin enthalten ist die Kontaktaufnahme zur Interviewten, die von der Interviewerin empfundene Atmosphäre und der persönliche Eindruck von der Interviewten während des Interviews. Dazu wird das unmittelbar nach dem Interview angefertigte Gedächtnisprotokoll herangezogen.

#### **Kategorie Herkunftsfamilie**

Darin enthalten sind die Beschreibungen der Kindheit und Jugend, der Beziehungen zu den Eltern sowie der Eltern untereinander. Außerdem beschreibt diese Kategorie die Erfahrungen mit Mutterrolle und Vaterrolle, wie sie von den Eltern vorgelebt wurden.

Beispiel Paula: Meine Mutter ist eine sehr schwache Persönlichkeit, muß ich dazu sagen, da hatte ich immer eher so das Gefühl, ich bin ihre Mutter (536-538).

Beispiel Heike: Meine Mutter war nie da, wir waren immer alleine (502).

## **Kategorie Beruf**

Darin enthalten ist die Berufswahl, der berufliche Werdegang und die persönliche Einstellung zur Berufstätigkeit, insbesondere in Bezug auf die Vereinbarkeit mit der Mutterschaft.

Beispiel Lene: Da gibt es zum Beispiel Pläne und da wäre zum Beispiel mal wieder Kinderwunsch ganz doof (597).

Beispiel Beate: Die Homöopathie bedeutet mir genauso viel wie meine Kinder (673).

## **Kategorie Partnerschaft**

Darin enthalten ist die Beschreibung der Partnerschaft zum Zeitpunkt der Sterilisation sowie der Partnerschaft zum Zeitpunkt der Refertilisierung und deren jeweilige Beziehungsmuster. Außerdem wird in dieser Kategorie der Zusammenhang zwischen Kinderwunsch und Partnerschaft beschrieben.

Beispiel: Paula: Also an meinem Leben ist anders, daß ich das Gefühl hab, es ist wirklich mal jemand für mich da, (...), man ist zu zweit eins (684).

Beispiel Doris: Da gibt es absolut keine Probleme, und einen eigenen Kinderwunsch hat er nicht (407).

## **Kategorie Bedeutung von Kindern**

Darin enthalten ist die Realisierung des Kinderwunsches der Frau und ihre Erfahrungen und Gefühle als Mutter. Die Kategorie beschreibt außerdem den Zusammenhang zwischen Kinderwunsch und Selbstbild.

Beispiel Verena: Was sie einem gibt, kann ein Mann einem nicht geben (624).

Beispiel Heike: Es gibt auch noch andere Dinge, sie sind nicht alles in meinem Leben (765).

## **Unterkategorie Lebenssituation zum Zeitpunkt der Sterilisation**

Darin enthalten ist die Beschreibung der Lebensumstände und die Erlebnisweise der Frau zum Zeitpunkt der Sterilisation.

Beispiel Verena: Und dadurch daß es eben Reibereien zwischen den beiden auch gab, so daß ich überwiegend den Kleinen bei der Oma lassen mußte, ja, r. war wie gesagt auch ein fürchterlich aggressives Kind gewesen, also völlig hypermotorisch und aggressiv, und dadurch hatte ich es natürlich nicht gerade leicht, und der Gedanke, daß ich da vielleicht noch ein drittes Kind in die Welt setzen würde, also das, nee, um Gottes Willen (70 - 74).

Beispiel Heike: Dies Denken, Familie und etwas aufbauen, das haben wir eigentlich schon hinter uns (856).

## **Kategorie Sterilisation**

Darin enthalten sind die subjektive Begründung der Frau und die Motive für die Entscheidung zur Sterilisation. Die Kategorie beschreibt außerdem die Veränderungen nach der Sterilisation und die heutige Einstellung zur Sterilisation. Der Zusammenhang zwischen Sterilisation und Partnerschaft sowie zwischen Sterilisation und Fruchtbarkeit kommt ebenfalls zur Sprache.

Beispiel Paula: Also was ich eigentlich erst später, sehr viel später bei mir wahrgenommen hab, ist: ich hab mich unvollkommen gefühlt. Ich hatte das Gefühl, nicht mehr richtig Frau zu sein (314).

Beispiel Heike: Ich bin eigentlich ein ad hoc Typ, aber bei der Sterilisation war ich das sicher nicht. Da hab ich lange drüber nachgedacht, und ich hab es ja auch eben lange nicht gemacht (688-690).

## **Unterkategorie Lebenssituation zum Zeitpunkt der Refertilisierung**

Darin enthalten ist die Beschreibung der Lebensumstände und die persönliche Erlebnisweise der Frau zum Zeitpunkt der Refertilisierung.

Beispiel Lene: Unsere Partnerschaft begann damit: ‚tja, nun hast du deine vier Kinder und nun?‘ (180)

Beispiel Beate: Ich würd nicht hinrennen und mich desterilisieren lassen, ich bin froh, daß ich keine Kinder kriegen kann (626-627).

## **Kategorie Refertilisierung**

Darin enthalten sind die subjektive Begründung der Frau und die Motive für diese Entscheidung. Es soll versucht werden, den Prozeß, der zu der Entscheidung geführt hat sowie die Folgen dieser Entscheidung, darzustellen.

Beispiel Edith: (...)daß ich der Meinung war, damit psychisch nicht ganz klar zu kommen und ja, daß ich die Sache für mich mache und für keinen andern (376).

Beispiel Beate: Ich kann ja mein Frausein viel besser ausleben jetzt (1080).

## **3.5 Komparative Kasuistik nach Jüttemann**

Komparative Kasuistik stellt ein „Konzept eines systematischen Vergleichs ähnlich gelagerter Einzelfälle zum Zwecke einer Erforschung des Entstehungszusammenhangs von psychischen oder psychisch relevanten (wie z. B. psychosomatischen) Effekten, Phänomenen, Zusatzbildern o. dgl.“ (Jüttemann, 1990, S. 1) dar. Als theorievorbereitende Empirie ist die Komparative Kasuistik definiert als *eine* „*iterative Such- und Prüfstrategie* zur Generierung funktional relevanter Hypothesen und eine ebenfalls

*iterative Vorbereitungsstrategie* zur Initiierung und Strukturierung 'empirisch fundierter' Konstruktionsprozesse für adäquate Theorien über *psychologisch* beschreibbare Phänomene" (Jüttemann, 1981, S. 23, Hervorhebungen im Original).

Der Anwendungsbereich erstreckt sich „vor allem auf die Untersuchung *entwicklungsspezifischer Phänomene*“ (...), die im Rahmen einer individuellen Entwicklung eintreten“ (ebd., S 23, Hervorhebung im Original) mit dem Ziel, Übereinstimmungen über die individuellen Unterschiede hinaus zu finden. Damit dient dieser Ansatz einerseits der Erforschung subjektiver Sichtweisen des Individuums als auch der Analyse überindividueller, verallgemeinernder Aspekte.

Das zu untersuchende Phänomen wird hinsichtlich seiner Entstehung, Verursachung und Aufrechterhaltung betrachtet. Es sollte eng umgrenzt und psychologisch definierbar sein und die Stichprobe einer „*phänomenspezifischen* psychologischen Homogenität“ (ebd., S. 26, Hervorhebung im Original) unterliegen. Die Durchführung einer Phänomenanalyse bezeichnet Jüttemann als „ein unumstößliches *Anwendungsprinzip* der Komparativen Kasuistik“ (ebd., S. 26, Hervorhebung im Original). Sie kann dann abgeschlossen werden, wenn Grund zu der Erwartung besteht, daß es möglich ist, mit einer einzigen, in sich geschlossenen psychologischen Theorie, das zu untersuchende *entwicklungsspezifische* Phänomen zu erklären.

Die Komparative Kasuistik ist ein Kleingruppenansatz, bei dem die Gruppenanalyse nach der eingehenden einzelfallanalytischen Betrachtung erfolgt. Es lassen sich zwei Anwendungsformen der Komparativen Kasuistik unterscheiden. Innerhalb des experimentellen Modells werden aufgrund deutlich gehäufte Übereinstimmungen zwischen den Personen Hypothesen formuliert, die „bestenfalls eine *Vorform* der gesuchten Theorie“ (ebd., S.30, Hervorhebung im Original) bilden. Innerhalb des diagnostischen Modells wird jede Person so gründlich untersucht, daß eine Individualtheorie aufgestellt werden kann, die das untersuchte Phänomen zufriedenstellend erklären kann. Die Individualtheorien werden miteinander verglichen, um ein Theorie zu entwickeln, die das überindividuelle Phänomen erklärt. In der vorliegenden Untersuchung wird das experimentelle Modell angewendet.

### **3.6 Datenauswertung**

Die Auswertungsmethode orientiert sich an der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (1988) und an der Komparativen Kasuistik nach Jüttemann (1981).

Die aus dem theoretischen Vorwissen gewonnenen Kategorien wurden in einem ersten Auswertungsschritt an die Interviews angelegt und inhaltlich gefüllt. Aus dem Material heraus ergaben sich in einem weiteren Schritt Modifikationen und Ergänzungen des Kategoriensystems. Für jede Interviewte wurde anschließend eine Einzelfallanalyse vorgenommen. In Form einer Kurzbiographie werden die Frauen vorgestellt. Es folgt die Auswertung über die Kategorien exemplarisch für zwei Frauen der Untersuchungsgruppe und eine Frau der Vergleichsgruppe. Die Einzelfallanalyse pro Frau schließt mit der interpretativen Zusammenfassung ab. Den abschließenden Auswertungsschritt bilden der Intra- und Intergruppenvergleich im Sinne der vergleichenden Einzelfallanalyse nach Jüttemann (1981).

In der vorliegenden Untersuchung wurden vier Interviews von Frauen der Untersuchungsgruppe und drei Interviews von Frauen der Vergleichsgruppe ausgewertet. Um die intersubjektive Objektivität zu gewährleisten, wurden an der Auswertung vier Personen beteiligt. Um Verzerrungsfehler möglichst zu vermeiden, setzten sich die Auswerterteams aus Frauen und Männern mit und ohne Kindern zusammen. Es erfolgten mehrere Auswertungsschritte, in denen das Material im wechselseitigen Austausch kritisch überprüft wurde.



## **4 Ergebnisse**

Im folgenden Kapitel werden die Einzelfallanalysen der Interviewten vorgestellt. Zunächst werden die Ergebnisse der refertilisierten Frauen, anschließend die der sterilisierten Frauen dargestellt. Es folgt die Komparation der Einzelfälle.

### **4.1 Einzelfallanalyse Untersuchungsgruppe**

Es folgen die Einzelfallauswertungen der refertilisierten Frauen. In der Kurzbiographie werden die Frauen vorgestellt. Anschließend erfolgen für Paula und Verena exemplarisch die Auswertungen über die Kategorien. Die Einzelfallanalysen schließen jeweils mit der interpretativen Zusammenfassung ab.

#### **4.1.1 Einzelfallanalyse Paula**

##### **4.1.1.1 Kurzbiographie Paula**

Paula wird 1954 als uneheliches Kind einer 18jährigen Mutter geboren, ein sogenanntes „Besatzungskind“. Ihr Vater ist ein farbiger US-Soldat, mit dem die Mutter offensichtlich keine Beziehung hatte. Paula lernt ihn nie kennen. Sie lebt in den ersten Lebensjahren zusammen mit ihrer Mutter und deren Geschwistern bei der Oma. Die Beziehung zur Oma ist vergleichbar mit einer Mutterbeziehung. Es ist eine vertrauensvolle Beziehung, geprägt von gegenseitiger Zuneigung. Als ihre Mutter heiratet und mit dem Ehemann zusammenzieht, nimmt sie Paula mit. Die Trennung von der Oma belastet Paula sehr stark. Sie läuft oft von zu Hause weg zur Oma, die ihrerseits Paula nicht hergeben will, sich aber dem Willen ihrer Tochter fügt und Paula immer wieder zurückschickt. Die häusliche Atmosphäre dort ist geprägt vom dominierenden Stiefvater, der seine Frau schlägt und Paula mißbraucht. Es wird nicht deutlich, ob der Mißbrauch einmalig oder öfter vorkommt. Paula erlebt eine Kindheit, in der es darauf ankommt, dem Stiefvater zu gehorchen und eigene Wünsche und Bedürfnisse zu unterdrücken. Ihre Mutter bekommt in dieser Ehe noch vier Kinder.

Als Paula 19 Jahre alt ist, plant ihr Stiefvater eine Heirat mit einem „gut situierten“ Ehemann für sie, damit sie aus dem Haus kommt und für den Rest ihres Lebens gut versorgt ist. Paula heiratet ihn, damit sie vom Stiefvater weg kommt. Berufswünsche

äußert sie zu diesem Zeitpunkt nicht. Sie bekommt innerhalb von zwei Jahren einen Sohn und eine Tochter. Für sie ist es selbstverständlich, Kinder zu bekommen. Sobald sie volljährig ist, mit 21 Jahren, entschließt sie sich zur Trennung. Sie heiratet bald wieder, diesmal „aus Liebe“ und freien Stücken. Da der neue Ehemann ihren Sohn ablehnt, läßt sie ihn bei seinem Vater und bringt nur die Tochter in die neue Beziehung mit. Paula bekommt während dieser zweiten Ehe zwei Kinder. Zwischen den beiden Geburten liegen zwei Abbrüche. Sie verwendet keine Verhütungsmittel, erwähnt nur die Pille, die sie nicht „herunterbekommt“. Zwischen den Eheleuten besteht eine grundsätzlich entgegengesetzte Haltung zu Kindern. Paula möchte Kinder haben, ihr Mann nicht. Er nimmt an ihren Schwangerschaften, Geburten und der Erziehung der Kinder kaum Anteil.

Als ihr jüngstes Kind zur Welt kommt, droht ihr Partner sie zu verlassen, wenn sie noch einmal schwanger würde. Als das Kind acht Wochen alt ist, entscheidet Paula sich spontan zur Sterilisation. Sie ist zu diesem Zeitpunkt 30 Jahre alt. Kurze Zeit später trennt sie sich zum ersten Mal vom Ehemann. Die nächsten zehn Jahre sind durch einen häufigen Wechsel von Zusammensein und Trennung gekennzeichnet.

In dieser Zeit macht sie eine Ausbildung zur Erzieherin und arbeitet anschließend als Tagesmutter. Die Arbeit mit Kindern macht ihr viel Freude. Bald nach der Sterilisation bekommt sie psychosomatische Beschwerden und Depressionen, die in einer Klinik behandelt werden. Nachdem sie 1994, 40jährig, ihren jetzigen Ehemann kennenlernt, fühlt sie sich nicht mehr als Frau und läßt sich refertilisieren. Er hat aus erster Ehe zwei Kinder, die bei der Mutter leben. Paula möchte mit ihrem neuen Partner ein Kind haben, um gemeinsame Elternschaft zu erleben, was sie in der vorherigen Ehe stets vermißt hat. Sie erlebt ihren Partner als sehr verantwortlich. Da ihre Tochter sich nicht mit ihm versteht, zieht er kurz nach seinem Einzug bei Paula und den Kindern wieder in eine eigene Wohnung. Paula fühlt sich in dieser ca. ein Jahr lang dauernden Zeit unglücklich und ist unsicher, ob sie ihre eigenen Interessen gegenüber denen der Tochter durchsetzen darf. Nachdem ihre Oma sie dazu ermuntert, ihren eigenen Bedürfnissen nachzugeben, zieht der Partner wieder bei ihr ein. Kurz darauf heiraten sie. Ungefähr ein Jahr nach der Operation stellt sich heraus, daß die Eileiter wieder zusammengewachsen sind. Daraufhin entscheidet sich Paula für vier IVF<sup>2</sup> - Versuche. Diese Behandlung belastet sie stark, und nach einem erfolglosen Versuch treten wieder psychosomatische Beschwerden in Form von

---

<sup>2</sup> In-vitro-Fertilisation, Befruchtung im Reagenzglas

Lähmungen auf. Sie setzt sich die Altersgrenze von 45 Jahren, um schwanger zu werden. Sie kann sich auch vorstellen, ohne gemeinsames Kind mit ihrem Partner zusammen zu bleiben, weil sie in dieser Beziehung glücklich ist. Sie ist nach wie vor als Tagesmutter tätig.

#### **4.1.1.2 Auswertung über die Kategorien**

##### **Kategorie Wahrnehmung der Person**

Die Terminvereinbarung für das Interview erfolgt telefonisch nach Erhalt des ausgefüllten Fragebogens. Das Interview findet bei Paula zu Hause in ihrem Wohnzimmer statt.

Paula ist eine große und hübsche Frau. Sie redet sehr ruhig, stellenweise leise, besonders dann, wenn es um erlebte Kränkungen geht. Es ist ein flüssiges Interview, die Interviewerin kann Paula gut folgen. Ihre Emotionen kann Paula nachvollziehbar vermitteln, so daß die Interviewerin sie sich in ihren Depressionen ebenso gut wie als glückliche Person vorstellen kann.

Das Interview dauert eine gute Stunde, währenddessen es einige lange Erzählphasen von Paula gibt, die offenbar einem Mitteilungsbedürfnis über ihre aktuelle Lebenssituation entspringen. Auffällig ist, daß sie nicht viel über ihre Kindheit erzählt, aber kurz anreißt, daß es keine sogenannte „glückliche“ Kindheit war.

Es ist ihr ein Anliegen, durch das Interview an andere Frauen zu appellieren, sich nicht sterilisieren zu lassen.

##### **Kategorie Herkunftsfamilie**

Als Paula 1954 geboren wird, ist ihre Mutter achtzehn Jahre alt und lebt noch zu Hause, gemeinsam mit ihren drei Geschwistern. Die jüngste Schwester ihrer Mutter ist drei Jahre älter als Paula. Paulas leiblicher Vater ist ein schwarzer US-Soldat, mit dem die Mutter offensichtlich keine Beziehung führt. Paula bezeichnet sich als „Besatzungskind“ (494). In den ersten Lebensjahren wächst Paula bei ihrer Oma auf. Die Oma ist für Paula diejenige, bei der sie sich aufgehoben fühlt, sie habe ihre Oma „einfach lieb gehabt“ (500). Auch als Erwachsene holt sie sich den Rat ihrer Oma. Sie sei „praktisch ihr fünftes“ (501) Kind gewesen.

Als die Mutter heiratet und mit Paula zum Ehemann zieht, leidet Paula unter der Trennung von ihrer Oma. Sie läuft immer wieder von zu Hause fort zu ihrer Oma, die sie dann jeweils überredet, wieder zurück zu gehen. Ihre Oma ist mit der Trennung von Paula nicht einverstanden, aus welchem Grund, wird nicht klar. Die Oma habe der Mutter immer vorgeworfen: „warum hast du die Paula damals von mir weggenommen?“ (486).

Paula beschreibt ihre Mutter als „sehr schwache Persönlichkeit“ (468). Die einzige Äußerung über ihre Beziehung zur Mutter: „da hatte ich immer eher so das Gefühl, ich bin ihre Mutter“ (469) legt die Vermutung nahe, daß Paula keinen Halt von der Mutter erfährt, sich im Gegenteil verantwortlich für ihre Mutter fühlt.

Es ist sogar möglich, daß Paula unbewußt das Bedürfnis hat, ihre Mutter vor ihrem Partner, Paulas Stiefvater, zu schützen. Die Beziehung zum Stiefvater nennt Paula „eine ganz miese Beziehung“ (462). Sie beschreibt ihn als einen „ziemlichen Widerling“ (482), der seine Frau schlägt und Paula in ihrer Kindheit mißbraucht. Neben dem Mißbrauch seien „da auch andere Sachen“ (464) gewesen, die sie nicht weiter aufführt, die auf eine sehr konfliktreiche Kindheit, in der der Stiefvater dominiert, hinweisen könnten. Das häufige Weglaufen von zu Hause kann als Flucht vor dem Stiefvater interpretiert werden, der, indem er sie mißbraucht, ihre persönlichen Grenzen überschreitet und seine Macht an ihr als wehrlosem Opfer ausläßt.

Paula berichtet nicht, ob sie sich jemandem anvertraut hat. Das läßt den Schluß zu, daß sie mit ihren verletzten Gefühlen alleine bleibt. Sie wird nicht gelehrt haben, eigene Bedürfnisse ernst zu nehmen, eigene Ansprüche zu entwickeln. Ihre Fluchtversuche werden bestraft, indem sie gezwungen wird, nach Hause zurückzukehren.

Paulas Mutter bekommt noch vier Kinder. Abgesehen von dem Aufenthalt bei ihrer Oma wächst Paula in einer wenig liebevollen Atmosphäre auf. Ihr familiäres Umfeld ist einerseits geprägt von Aggression, Macht und Gewalt seitens des Stiefvaters, andererseits von Macht- sowie Hilflosigkeit seitens der Mutter und der Kinder. Daß die Eltern kein Beispiel für eine positive Partnerschaft geben, kann aus ihrer Aussage: „Ich kannte es ja nicht anders, so also auch nicht eine liebevolle Beziehung meiner Eltern“ (49–51) geschlossen werden.

Paulas Zukunftswünsche als junges Mädchen sind unkonkret: „ich wollte einen Beruf erlernen, das hab ich auch, und heiraten und Kinder haben. Ja, das war's“ (420). Sie entwickelt bis dahin keine eigenen Ideen, um ein selbständiges und unabhängiges Leben zu

führen. Sie richtet sie sich danach, was ihr Stiefvater für sie vorsieht, nämlich eine Ehe: „Der hatte mein Leben schon recht gut geplant, also ein gut situierter Schwiegersohn“ (426). Offensichtlich wird sie nicht gefragt, was sie möchte. Einen Beruf scheint der Stiefvater für sie nicht vorgesehen zu haben. Sie beschreibt die Heirat als Verheiratung, so als ob sich lediglich die Besitzverhältnisse ändern, vom Stiefvater zum Ehemann mit den Worten: „ich wurde damals noch verheiratet, mit neunzehn, also meine Eltern wollten mich aus dem Haus haben, und da war der passende Schwiegersohn“ (40–42). Ihre Reaktion damals ist die für sie gewohnte Anpassung: „wie sich das für eine brave Tochter gehört, gehorcht sie natürlich“ (43). Für Paula ist die Heirat die Möglichkeit, von ihrem „Stiefvater wegzukommen, sagen wir mal in eine harmonische Beziehung rein zu kommen“ (433). Sie bezeichnet die Beziehung zum Ehemann als „Zweckbeziehung“ (440).

### **Kategorie Beruf**

Paula lernt ihren Beruf der Erzieherin, als sie bereits vier Kinder hat und sterilisiert ist. Damit macht sie eine eher untypische Entwicklung, das heißt erst als klar ist, daß sie keine Kinder mehr bekommen kann, beginnt ihr beruflicher Werdegang, und zwar als Tagesmutter. Paula hat zu Hause eine Großpflegestelle. Sie findet es „toll, daß man auch so kleine Knirpse um sich hat“ (223) und sei Tagesmutter, denn „[sie] liebe Kinder“ (220). Sie macht, wie sie es selbst ausdrückt, ihr Hobby zum Beruf: „mein Hobby sind Kinder“ (676).

Daß sie mit neunzehn Jahren heiratet, in dieser Ehe innerhalb von gut zwei Jahren zwei Kinder bekommt und der Ehemann das Geld verdient, scheint für sie eine Selbstverständlichkeit zu sein, „[sie] kannte es ja nicht anders“ (49).

Auch in ihrer zweiten Ehe bekommt sie zwei Kinder und beginnt die Umschulung zur Erzieherin nach der Trennung von ihrem zweiten Partner mit der Motivation „daß ich wirklich auf eigenen Füßen stehen kann“ (359). Mit der finanziellen Unabhängigkeit von ihrem Partner geht einher, daß sie „nicht mehr für ihn mitgedacht habe, mehr [ihr] Ding gemacht habe“ (355 – 357).

Es ist zu vermuten, daß Beruf und Berufstätigkeit bis zur Sterilisation keine hohe Bedeutung für Paula hat. Solange die Partnerschaft intakt ist, ist es für sie offensichtlich nicht wichtig, einem eigenen Beruf nachzugehen. Gefragt nach ihren Plänen und Wünschen für

ihr Leben als junges Mädchen, bleibt der Berufswunsch unkonkret: „ich wollte einen Beruf erlernen, das hab ich auch, und heiraten und Kinder haben“ (420).

Auch nach der Sterilisation scheint der Beruf hauptsächlich aus zwei Gründen an Bedeutung zu gewinnen. Zum einen möchte sie aufgrund der Trennung eine finanzielle Unabhängigkeit vom Partner herstellen, zum anderen kann sie mit der Tätigkeit als Tagesmutter ihren nicht bewußt abgeschlossenen Kinderwunsch zum Teil kompensieren. „Den [Kinderwunsch] hab ich ganz weit nach hinten gestellt“ (25).

Zum Zeitpunkt des Interviews äußert sie den Wunsch, ihren Beruf weiterhin ausüben zu wollen und gleichzeitig ihrem Ehemann helfen zu wollen, der sich als PC – Fachmann selbständig machen will.

### **Kategorie Partnerschaft**

Paula ist zum Zeitpunkt der Sterilisation ca. sechs Jahre mit ihrem zweiten Ehemann zusammen. Sie habe ihn im Gegensatz zum ersten Ehemann „wirklich aus Liebe geheiratet“ (145). In dieser Zeit werden zwei Kinder geboren und zwei Abbrüche vorgenommen. Von Anfang an gibt es gegensätzliche Auffassungen zum Kinderwunsch. Ihr Partner „wollte nie Kinder“ (6) und Paula „wollte die Kinder“ (191). Schon bevor die gemeinsamen Kinder zur Welt kommen, wird die Haltung des Partners zu Kindern deutlich: „Als es damals um meinen älteren Sohn ging, den wollte er nicht haben, und meine Tochter hat er gerade man so akzeptiert“ (55 - 58). Paula läßt den Sohn bei seinem Vater und paßt sich damit den Wünschen ihres Partners an.

Sie erwähnt die Abbrüche im Zusammenhang damit, daß ihr Partner keine Kinder haben will, woraus geschlossen werden kann, daß sie auch diese Entscheidungen den Wünschen des Partners unterordnet. Sie trägt so dazu bei, daß die Beziehung aufrecht erhalten wird.

Als sie das vierte Mal schwanger wird, droht ihr Partner, sie im Falle einer weiteren Schwangerschaft zu verlassen. Damit das nicht geschieht, läßt sie sich kurz nach der Geburt sterilisieren aus dem Gefühl heraus: „das mußt du jetzt tun, sonst geht hier alles kaputt“ (131). Paula beschreibt sich in dieser Situation als passiv: „Ich hab mich mehr oder weniger in so ein Schicksal reinbegeben, was ich eigentlich so als unausweichlich hielt“ (130 - 131). Es findet keine aktive Auseinandersetzung mit dem Partner statt. Sie setzt sich auch nicht mit anderen Verhütungsmethoden als der Pille auseinander, die sie nie

konsequent eingenommen hat, „ich hab die also überhaupt nicht runterbekommen“ (68) und stellt mit der Entscheidung zur Sterilisation ihren Kinderwunsch „ganz weit nach hinten“ (25), statt ihn bewußt abzuschließen. Sie will mit diesem Mann keine Kinder mehr haben, weil sie das Gefühl des Alleinseins während Schwangerschaft und Geburt nicht mehr erleben will. „Das möchte ich nicht mehr erleben, also nicht so eine Schwangerschaft, wo man wirklich ganz allein auf sich gestellt ist, wo man also wirklich alles alleine durchmachen muß, daß sich niemand mit einem freut“ (14 - 17). Das mehrfach betonte Gefühl des Alleinseins beschreibt Paula ausschließlich im Zusammenhang mit ihren Schwangerschaften und Geburten. Hier fehlt ihr Zuwendung und Anerkennung. Es liegt die Vermutung nahe, daß sie in dieser Partnerschaft nur über ihre Fruchtbarkeit Zuwendung und Anerkennung erfahren kann, dieses Bedürfnis aber frustriert wird. Über ihre Partnerschaft jenseits der Elternschaft berichtet sie nicht direkt. Bis zur Sterilisation erlebt sie auch kaum eine Zeit in der Partnerschaft ohne Schwangerschaft. Sie empfindet ihren Partner als lieblos und verantwortungslos ihr sowie den Kindern gegenüber. „Kinder sind ja nun mal eine Verantwortung, er wollte das alles nicht“ (103). Sie übernimmt die Verantwortung für die Erziehung allein, „wenn sie Probleme machen, dann bin ich ja dafür da“ (189), für ihn sind „die Kinder ja angenehm, wenn man sie vorzeigen kann“ (188).

Kurz nach der Sterilisation trennt sich das Paar zum ersten Mal. Aus ihrer Sicht „war auch bei mir so ein richtiger Knacks drin in der Beziehung“ (172), weil ihr Partner „keine Rücksicht“ (174) auf sie nimmt und sich nicht anerkennend über ihre Entscheidung zur Sterilisation äußert. Ihr Versuch, die Beziehung mittels der Sterilisation aufrecht zu erhalten, scheitert. Auch danach bleibt die Dynamik bestehen, daß keiner des anderen Grenzen und Bedürfnisse respektiert. Sie trennen sich mehrfach und kommen mehrfach wieder zusammen, „was eigentlich auch immer wieder von ihm kam, dieses zusammen, denn ich wollte es eigentlich nicht“ (179 - 180). Sie empfindet in dieser Zeit so: „Ich hatte ja nie die Möglichkeit einen neuen Anfang zu machen, weil irgendwo stand er ja immer dazwischen“ (374 - 376). Sie beschreibt sich nach wie vor als passiv erlebend und nicht aktiv gestaltend. Beide werfen sich gegenseitig vor, dem anderen keine Chance gegeben zu haben. Bei ihm äußert sich das, indem er sagt, „Mir hast du ja keine Chance gegeben“ (337), „wenn du mir damals gesagt hättest, daß du noch ein Kind willst, hätten wir ja noch eins kriegen können“ (339 - 341). Beide Partner gehen nicht aktiv in die Auseinandersetzung miteinander, so bleiben ihre Konflikte erhalten.

Obwohl Paula nach der Sterilisation „viel selbständiger“ (354) wird, eine Berufsausbildung

macht und ihr eigenes Geld verdient, gelingt ihr die vollständige Trennung von dem Partner nicht. Als sie ihren jetzigen Partner und dritten Ehemann kennenlernt, hat sie Angst, daß ihr zweiter Ehemann diese Beziehung „wieder kaputt“ (380) machen kann.

Die starken Abhängigkeitsgefühle können damit zusammenhängen, daß Paula in ihrer Kindheit von Menschen abhängig war, die sie negativ erlebt hat, und daß sie nicht gelernt hat, daß es positiv erlebt werden kann, eigene Bedürfnisse und Grenzen durchzusetzen.

Als Paula mit 40 Jahren ihren jetzigen Partner kennenlernt, zehn Jahre nach der Sterilisation, hat sie „das Gefühl, nicht mehr richtig Frau zu sein“ (277) und fühlt sich „unvollkommen“ (276). Mit Frau-Sein verbindet sie offensichtlich Fruchtbar-Sein. Sobald sie einen Mann liebt, möchte sie ein Kind bekommen können. Sie hat es nie anders erlebt. Sie möchten beide ein gemeinsames Kind haben und entscheiden sich „schon recht bald“ (526) zur Refertilisierung „mit viel Vorfreude, einfach mit dem Wunsch, toll, jetzt kannst mit dem Mann, den du liebst, (...) ein Baby haben und toll, das ist einfach super und glücklich“ (940 - 942). Sie erlebt ihren Partner als verantwortungsvollen Menschen, der sich um ihre Kinder kümmert, das ist für sie „etwas ganz Neues“ (207), was sie bisher in ihren Beziehungen immer vermißt hat. Sie betont, wie wichtig es ihr ist, „daß man mal gemeinsam, daß man Eltern ist, daß zwei! Menschen für ein Kind sorgen“ (211 - 213), „das eben gemeinsam zu machen, gemeinsam zu erleben“ (638).

Sie bezeichnet ihren Kinderwunsch einerseits als „dringend“ (209), weil sie endlich eine Chance sieht, das zu erleben, was sie sich immer gewünscht und nicht erlebt hat, andererseits glaubt sie, mit ihrem Partner „auch eine Möglichkeit (zu) finden, auch so miteinander glücklich zu werden“ (608 - 609). Der Kinderwunsch nimmt so viel Raum bei ihr ein, daß sie ein „so-miteinander-glücklich-werden“ als nachrangige „Möglichkeit“ für die Partnerschaft sieht, es hat nicht erste Priorität. Ihre Partnerschaft bezeichnet sie als „Harmonie, man gehört zusammen, (...) da steht der eine zu dem andern, (...) ob es ihm schlecht geht oder gut geht“ (600 - 603). Ihr Partner gibt ihr Sicherheit, indem er sagt: „Ich bleibe auch bei dir, wenn wir kein Kind mehr haben können“ (604). Sie glaubt, ein gemeinsames Kind sei „nicht die Grundvoraussetzung für [ihre] Beziehung“ (605). Dennoch bemüht sich das Paar sehr darum, eine Schwangerschaft zu erzielen. Die Refertilisierung bringt nicht den gewünschten Erfolg, deshalb versuchen sie es mit IVF. Zum Zeitpunkt des Interviews liegen bereits drei Versuche zurück, die Paula sehr anstrengen.



Während dieser Zeit treten die psychosomatischen Beschwerden wieder auf, die sie nach der Sterilisation schon einmal hatte. In der Gegenwart ist also der Kinderwunsch das Hauptthema der Beziehung.

Zentral für ihr Empfinden in dieser Partnerschaft ist das Gefühl, „es ist wirklich mal jemand für mich da“ (597). Sie erlebt den Zustand des „zu zweit eins“- Seins (599). Obwohl sie von gemeinsamer Elternschaft spricht, stellt sie sich das gemeinsame Kind nicht vor, sondern macht sich „eigentlich nur Gedanken über eine wunderschöne Schwangerschaft“ (630). Eine Schwangerschaft ist ein symbiotischer Zustand, der einzige natürliche, in dem man zu zweit eins sein kann. Über eine Schwangerschaft erhofft sie sich Zuwendung, „jemanden zu haben, der da mitzieht, der da einfach da ist, (...) mal die Hand auf den Bauch legt“ (632 - 634). In einem symbiotischen Zustand verschmelzen die eigenen Grenzen, das ist vermutlich ihre Idealvorstellung von Beziehung. Als Schwangere erreicht sie diesen Zustand und kann dann vermutlich erst die Liebe eines anderen vollständig annehmen.

### **Kategorie Bedeutung von Kindern**

Paula wird mit ca. 20 Jahren zum ersten Mal Mutter in einer Ehe, die „nicht die große Liebe“ (431) ist, das Kind ist aber beiden Eheleuten willkommen. Zwei Jahre später bekommt sie das zweite Kind. In ihrer zweiten Ehe bekommt sie ebenfalls zwei Kinder, allerdings mit einem Mann, den sie „wirklich aus Liebe geheiratet“ (145) hat, der selbst aber „überhaupt keine Kinder“ (9) will. Diese Einstellung ihres Partners äußert sich darin, daß er keinen Anteil an den Schwangerschaften, Geburten und der Erziehung der Kinder nimmt. Sie fühlt sich „ganz allein auf sich gestellt“ (16) und leidet unter dem Gefühl „zu zweit allein“ (611) zu sein. Ihre grundsätzliche Einstellung zu Kindern, die eine Partnerschaft bereichern können: „Ein Kind ist lebendig gewordene Liebe“ (899), wird in dieser Partnerschaft für sie nicht real. Sie bleibt eine Wunschvorstellung. Mit den Erfahrungen der Mutterschaft gehen Gefühle der Kränkung und Enttäuschung einher, weil ihr Partner ihr die erwünschte Zuwendung versagt. Weil sie das nicht mehr erleben will und sie zudem Angst hat, bei einer erneuten Schwangerschaft verlassen zu werden, entscheidet sie sich zur Sterilisation und unterdrückt ihren Kinderwunsch, „den hab ich nach hinten gestellt“ (25), der gleichzeitig ein Wunsch nach Anerkennung und Zuwendung ist. Die Verantwortung für ihre Kinder trägt sie ihrem Empfinden nach allein. Die Liebe

zum Partner und die Liebe zum Kind konkurrieren miteinander, als sie ihren zweiten Partner kennenlernt. Ihren Sohn aus erster Ehe „wollte er nicht haben“ (56), deswegen läßt sie den Sohn für einige Jahre bei seinem Vater, eine Entscheidung, die sie heute als falsch empfindet. Daraus entsteht die Angst, wieder etwas falsch machen zu können, die sie nach der Refertilisierung hat, als wieder eine Konkurrenz zwischen dem neuen Partner und den Kindern besteht. In diesem Fall gibt sie den Wünschen der Tochter nach und trennt sich vorübergehend vom Partner mit der Begründung: „Ich wollt das nicht nochmal verkehrt machen, meine Kinder sollten immer irgendwo vornean stehen“ (556 - 557). Sie fühlt sich in dieser Situation wie „zwischen zwei Stühlen“ (551) sitzend und ist „todunglücklich“ (562). Die Erfahrung, einen Fehler gemacht zu haben bei ihren Kindern, beeinflusst auch ihren Kinderwunsch, den sie nach vier Kindern immer noch hat. Sie sieht im Kind „eine Chance für uns, es an dem Kind noch ein bißchen besser zu machen als an den anderen“ (900 - 903).

Paulas Selbstwertgefühl als Frau hängt stark mit der Gewißheit über ihre Fruchtbarkeit zusammen und ist gleichzeitig abhängig von einem liebenden Partner. Ihr dritter Partner, mit dem sie sich ein Kind wünscht und von dem sie sich geliebt fühlt, der mit ihr zusammen bleiben will, auch wenn sie kein gemeinsames Kind bekommen können, löst in ihr aus, daß sie sich nicht mehr als Frau und „unvollkommen“ (276) fühlt. Ihr aktueller Kinderwunsch ist auch der Wunsch nach Vollkommenheit, danach, die Verletzung, die sie sich ihrem Empfinden nach mit der Sterilisation zugefügt hat, wieder rückgängig zu machen. „Also für mich ist es so als ob ich sage, ich hacke mir ein Bein ab (...) und so ist das mit dem Sterilisieren“ (972, 974).

Paula umgibt sich gern mit Kindern, sie bezeichnet sie als ihr „Hobby“ (676), sie findet es „toll, so kleine Knirpse um sich zu haben“. Sie empfindet große Kinder „extrem nerviger als Kleine“. Ca. drei bis vier Jahre nach der Sterilisation, als ihr jüngstes Kind drei oder vier Jahre alt ist, spürt sie einen bewußten Kinderwunsch, den sie aber nicht mit diesem Partner realisieren will. In ihrer aktuellen Lebensphase gehen ihre großen Kinder bereits aus dem Haus, drei von ihnen sind volljährig, wünscht sie sich dringend ein Kind. Die Freiräume, die eine Mutter mit dem Älterwerden ihrer Kinder bekommt, kann Paula offenbar nicht für sich nutzen. Sie empfindet die älteren und selbständigeren Kinder als anstrengender als Kleine, die grundsätzlich mehr auf ihre Mutter angewiesen sind. Vermutlich braucht sie das Gefühl, gebraucht zu werden, um ihre eigenen Bedürfnisse, das, was ihr fehlt, nicht so stark zu spüren. Sie habe „für [sich] selbst noch gar nicht

darüber nachgedacht, was jetzt für [sie] selbst irgendwo wichtig wäre“ (675 - 676). Das Kümmern um die Kinder, die eigenen, die, mit denen sie sich beruflich beschäftigt, und das Wunschkind, um das sie sich mit Hilfe der künstlichen Befruchtung bemüht, nimmt sie derart in Anspruch, daß sie die Motive für ihr Verhalten nicht überprüfen kann. Sie meint, ihr Glück seien Kinder und ihr Unglück sei es, keine mehr bekommen zu können. Die Kinder sind, so kann vermutet werden, auch deshalb wichtig, um ihr Selbstwertgefühl aufzuwerten, um die Liebe zu spüren und die Familie zu haben, die sie selbst als Kind entbehrte. Die hohe Bedeutung des aktuellen Kinderwunschs hängt vermutlich auch mit ihren Kränkungen zusammen, die sie während der Schwangerschaften, zumindest in der zweiten Ehe, erlebt hat. Wenn ihr jetziger Partner den Anteil daran nimmt, den sie sich immer gewünscht hat, kann das wie eine Aufhebung der damaligen Verletzungen wirken.

### **Unterkategorie Lebenssituation zum Zeitpunkt der Sterilisation**

Paula ist zum Zeitpunkt der Sterilisation 30 Jahre alt. Sie ist zum zweiten Mal verheiratet. Sie hat vier Kinder, zwei aus erster und zwei aus dieser Ehe. Ihr ältestes Kind lebt bei ihrem ersten Ehemann. Als Grund dafür gibt sie an, ihr zweiter Ehemann habe es nicht haben wollen. Paula hat keinen Beruf gelernt und ist Hausfrau. Ihr jüngstes Kind ist acht Wochen alt, die beiden älteren sind vier und sechs Jahre alt.

Zentral für ihre Lebenssituation ist der Umstand, daß die Eheleute eine entgegengesetzte Einstellung zu Kindern haben. Ihr Mann lehnt Kinder grundsätzlich ab, Paula will Kinder haben. Während der beiden Schwangerschaften in dieser Ehe, die Paula ausgetragen hat, fühlt sie sich „ganz allein auf sich gestellt“ (16) und vermißt, „daß sich niemand mit einem freut“ (17). Ihr Mann habe keinerlei Anteil daran genommen und weise die Verantwortung für die Kinder von sich. Nach der Geburt des jüngsten Kindes droht er, sie zu verlassen, wenn sie wieder schwanger wird. Seine negative Reaktion auf die Geburt des jüngsten Kindes bezeichnet Paula als ein „Schlüsselerlebnis“ (27), das sie dazu führt, zu sagen: „Ich wollte keine Kinder mehr, das war für mich ganz klar, also nicht mehr mit dem Mann“ (81-83).

Die Entscheidung zur Sterilisation fällt sie spontan nach einer chaotischen Nacht, in der sich ihr Mann über die schreienden Kinder aufregt. Am nächsten Tag vereinbart sie einen Termin für die Sterilisation. Sie fühlt sich „aufgewühlt“ (757) und hat Angst, daß „alles kaputt“ (132) gehen würde, wenn sie nicht für eine Veränderung sorgt. Sie habe sich „in so

ein Schicksal reinbegeben“ (130), das sie für „unausweichlich“ (130) hält. Das Risiko auszuschließen, wieder schwanger zu werden, entspringt ihrem Bedürfnis: „ich will nicht mehr so lange allein damit sein“ (76). Paula sieht in der Sterilisation offenbar die einzige Möglichkeit, ihre Ehe aufrecht zu erhalten.

### **Kategorie Sterilisation**

Paula begründet ihre Entscheidung zur Sterilisation mit ihrer damals aktuellen Lebenssituation. Zu diesem Zeitpunkt hat Paula bereits zwei Kinder mit ihrem zweiten Ehemann, ein Mädchen von vier Jahren und einen acht Wochen alten Jungen. Als Paula mit dem Sohn schwanger ist, droht ihr Mann, sie zu verlassen, wenn sie noch einmal schwanger werden sollte.

Der Partner, der nie Kinder haben wollte, verweigert ihr die erhoffte Zuwendung während der Schwangerschaften und Geburten. Sie beschreibt ausführlich ihre Enttäuschung über ihren Mann. Sie fühlt sich allein gelassen, weder nimmt ihr Mann Anteil, noch wird die Verantwortung für die Kinder geteilt.

Zwischen diesen Geburten hat sie zwei Abbrüche machen lassen. „Der wollte überhaupt keine Kinder, und ich hatte zwischendurch auch zwei Abreibungen machen lassen“ (9). Diese Aussage läßt die Vermutung zu, daß Paula die Abbrüche hat machen lassen, weil ihr Mann keine Kinder haben wollte.

Als „Schlüsselerlebnis“ (27) bezeichnet Paula den Besuch ihres Partners im Krankenhaus nach der Geburt des Sohnes: „es war nichts irgendwo, was Liebevolles, ‘Mensch, toll, wir haben jetzt einen Sohn’ oder mich in den Arm genommen, nichts, halt nur, mein Gott, ist der klein‘, und dann war er wieder verschwunden“ (29 - 31). Als der Sohn vier Wochen alt ist, wird er wegen eines Leistenbruchs operiert. In dieser Situation fehlt Paula auch die Unterstützung ihres Partners, was sie als Fortsetzung der Lieblosigkeit beschreibt, die sie schon während der Schwangerschaft und Geburt, die sie alleine erlebte, empfand.

Paula entschließt sich spontan nach einer Nacht, in der das Kind „die ganze Nacht schrie“ (116), und die sie als „ein furchtbares Theater“ (118) beschreibt, weil ihr Partner sich über „‘Bälger und Kinder’“ (117) beschwerte, am nächsten Tag zum Frauenarzt zu gehen und um die Sterilisation zu bitten. Sie sei „davon nicht überzeugt“ (134) gewesen, meinte aber, „das muß du jetzt tun, sonst geht hier alles kaputt“ (131). Sie habe sich damals „mehr oder weniger in so ein Schicksal reinbegeben, was [sie] eigentlich so als unausweichlich hielt“ (130 – 131). Paula beschreibt die Art der Entscheidung als „völlig aus dem Bauch heraus

entschiedene Sache, überhaupt nicht mit dem Kopf überlegt, da war also so viel Emotion bei“ (935 - 937). Sie habe „keine Entscheidung in [ihrem] Leben ähnlich getroffen“ (938). Als Begründung für ihre Emotionalität bei der Entscheidung gibt sie ihr Erleben der beiden Abbrüchen an: „Eine Entscheidung für einen Abbruch ist fast eine schlimmere. Weil bei einer Sterilisation tu ich nur mir weh, bei einer Entscheidung für den Abbruch; und das war wahrscheinlich auch einer der Beweggründe damals, warum ichs rein emotional gemacht hab“ (981).

In der Verarbeitung der Abbrüche kann ein Motiv für die Sterilisation gesehen werden. Sie denkt oft, wenn sie andere Kleinkinder sieht, „[ihres] könnte das auch sein“ (991). Ihr schlechtes Gewissen wird deutlich, indem sie sagt: „da hab ich auch eine Entscheidung getroffen, die ein kleines Wesen angeht“ (994). Sie bezeichnet einen Abbruch aus ihrer heutigen Sicht als „doch nichts weiter als Mord“ (996), das könne einer Frau zwar mal passieren, aber spätestens nach dem zweiten Abbruch, müsse sie sich „etwas einfallen“ (1007) lassen. Paula läßt sich die Sterilisation „einfallen“, um nicht noch einmal in die Situation zu kommen, über einen Abbruch entscheiden zu müssen.

Ihren Kinderwunsch habe sie „ganz weit nach hinten gestellt“ (25). Sie hat ihren Kinderwunsch offensichtlich nicht bewußt abgeschlossen. Sie hat sich kaum Zeit für die Entscheidung genommen, sie hat nicht bewußt Für und Wider abgewogen oder über eine andere Möglichkeit der Verhütung nachgedacht. Sie „will diese ganze Situation nicht mehr“ (75), will ihre Ehe nicht durch eine weitere Schwangerschaft gefährden. Sie schränkt ihre Aussage: „Ich wollte keine Kinder mehr, das war für mich ganz klar“ (81) ein, indem sie sagt: „also nicht mehr mit dem Mann“ (83). Sie habe nicht darüber nachgedacht, daß „es mal einen andern Partner in meinem Leben geben könnte, weil ich aus Liebe geheiratet hab“ (85 - 86).

Ihrer Ehe räumt Paula eine große Bedeutung ein. An einer anderen Stelle, an der sie von der Drohung, verlassen zu werden, spricht, bekräftigt sie dies: sie habe keine „Angst, alleine zu leben“ gehabt (144), sondern sie habe „wirklich aus Liebe geheiratet“ (145), und war auch davon überzeugt. Sie hätte damals eine Trennung als Verlust empfunden.

Die Sterilisation stellt einen Versuch dar, den Ehekonflikt zu lösen. Es findet keine aktive Auseinandersetzung und Verarbeitung statt, sondern Paula richtet die Aggression und die Enttäuschung gegen sich selbst, indem sie sich sterilisieren läßt. Die eigenen Wünsche und Bedürfnisse werden so weit eingeschränkt, daß einzig und allein die Partnerschaft im

Vordergrund steht, und deren Bedeutung ist wiederum so hoch, daß zu einem so extremen Mittel wie der Sterilisation gegriffen wird, um die Partnerschaft aufrecht zu erhalten. Paula überprüft ihre Motive nicht an der Realität. Sie hat von einem Mann, der nie Kinder wollte erwartet, daß er freudig Anteil nimmt an ihren Schwangerschaften, den Geburten und der Erziehung der Kinder. Damit nimmt sie seine Grenzen ebensowenig ernst wie er ihre. Ihre Enttäuschung, ihr tiefes Gekränktheit wird durch die Sterilisation nicht aufgehoben wie erwartet, es setzt sich fort und setzt die Trennung vom Partner in Gang.

Sobald sie ihren dritten Partner kennenlernt, fühlt sie sich nicht mehr als Frau und „unvollkommen“ (276), und sie wünscht sich ein Kind. Es fällt auf, daß sie ihre weibliche Identität stark über Fruchtbarkeit definiert. Eine Schwangerschaft und ein Kind bedeuten potentielle Zuwendung vom Partner. Nun hat sie mit ihrem dritten Partner eine Aussicht auf diese Zuwendung und Anteilnahme und nimmt einiges auf sich, um diese über eine Schwangerschaft zu bekommen. Das starre Festhalten am Kinderwunsch ebenso wie ihr unsicheres Verhütungsverhalten sind ein Indiz für die hohe Bedeutung der Fruchtbarkeit. Da sie die Pille nicht „herunterbekommt“, kann vermutet werden, daß ein innerer Widerstand gegen die Verhütung besteht.

Nach der Sterilisation bekommt Paula Lähmungen in Armen und Händen, für die keine organische Ursache gefunden werden. Außerdem hat sie Depressionen. Sie begibt sich in eine psychosomatische Fachklinik und nimmt dort an Therapiegesprächen teil. Sie erklärt sich ihre Symptome so: „Ich kann es nicht ungeschehen machen mit meinen Händen, was ich einmal (...) angerichtet hab, ich kann es nicht wieder gut machen“ (315). Sie empfindet die Sterilisation als „etwas Unrechtes“, womit sie sich weh getan hat: „Bei einer Sterilisation tu ich mir weh“ (982). Das Bereuen der Sterilisation wirkt sich körperlich aus. Das kann als eine Konfliktverlagerung ins Körperliche interpretiert werden.

Paula ist heute der Meinung, daß sich einerseits die Frau diesen Eingriff gründlich überlegen sollte, und daß ein Arzt „also wirklich umfassender beraten“ (965) sollte. Es sei eine endgültige Entscheidung, die einen, wenn sie bereut wird, unglücklich machen kann, „weil sie keine Kinder mehr kriegen können“ (968). Paula interpretiert ihr eigenes Unglücklichsein ausschließlich bezogen auf die Sterilisation und die daraus resultierende Folge, daß sie keine Kinder mehr bekommen kann. Mögliche andere Ursachen für ihr Unglücklichsein, ein grundsätzliches Vermissten von Anerkennung und Wertschätzung beispielsweise, kann sie nicht sehen.

Die Frau solle sich „irgend etwas anderes einfallen“ (684) lassen, es gäbe „heute so viel Möglichkeiten eine Schwangerschaft zu verhüten“ (701), und wenn der Mann keine Kinder wolle, „soll der sich unter’s Messer legen“ (703). Sie habe es damals auch anders gesehen, aber ist heute der Meinung, „dann darf ich mit einem Mann nicht schlafen, wenn ich nicht damit rechne, daß ich schwanger werde“ (998). Diese Entweder-Oder-Einstellung über den nahezu unveränderbaren Zusammenhang zwischen Sexualität und Schwangerschaft weist auf ihre Vorstellungen über Fruchtbarkeit hin. Sie rechnet offenbar damit, daß eine Frau fast immerzu schwanger werden kann. Außerdem zeigt diese Einstellung, daß sie Sexualität und Fruchtbarkeit nicht voneinander trennen kann. Genau das erfolgt bei einer Sterilisation. Paula ist sich dessen nicht bewußt, was dazu beiträgt, daß sie die Sterilisation nicht gut verarbeitet hat.

Überlegungen, was sie damals an so einem Verhalten, daß sie heute fordert, gehindert hat, stellt sie nicht an. Einen selbstkritischen Gedanken ihren Kinderwunsch betreffend, äußert sie ebenfalls nicht. Sie kann nicht zu ihrer damaligen Entscheidung stehen, weil der Kinderwunsch möglicherweise ihre grundsätzlichen Bedürfnisse nach Liebe und Anerkennung widerspiegelt und deshalb umgesetzt werden muß.

### **Unterkategorie Lebenssituation zum Zeitpunkt der Refertilisierung**

Paula ist zum Zeitpunkt der Refertilisierung 40 Jahre alt, zehn Jahre sind seit der Sterilisation vergangen. Ihre beiden erwachsenen Kinder haben eine eigene Wohnung, sie lebt zusammen mit ihrem dreizehnjährigem Sohn und der achtzehnjährigen Tochter. Paula arbeitet zu Hause als Tagesmutter. Ihr neuer Partner ist zu ihr gezogen, wogegen die Tochter rebelliert. Paula empfindet diese Situation als belastend, zumal ihr ehemaliger Partner ihrer Meinung nach die Kinder gegen den neuen Partner versucht aufzubringen. Sie hat Angst, daß er die neue Beziehung „kaputt“ (380) machen könnte. Kurz nach der Refertilisierung zieht ihr neuer Partner in eine eigene Wohnung, und das Paar führt eine Wochenendbeziehung. Paula entscheidet sich dafür, weil sie meint, ihren Kindern damit entgegen zu kommen, sie „sollten immer irgendwo vornean stehen“ (557). Sie selbst sei in dieser Zeit „todunglücklich“ (562) gewesen. Die Entscheidung zur Refertilisierung trifft sie „recht bald“ (526) nachdem sie ihren dritten Partner kennen gelernt hat. Sie trifft die Entscheidung „mit viel Vorfreude“ (940) und ist in dieser Zeit „glücklich“ (942). Sie beschreibt ihren Partner als kinderlieb und sehr verantwortungsbewußt, Eigenschaften, die

sie bisher bei ihren Partnern vermißt hat. Diese Erfahrung ist für sie „etwas ganz Neues“ (207) und sie habe „von daher auch diesen speziellen oder dringenden Wunsch, noch mal ein Kind haben zu wollen, weil [sie sich] das einfach toll vorstellen kann, daß man wirklich mal gemeinsam, daß man Eltern ist“ (209 - 211). Auch diese Erfahrung von gemeinsam gestalteter und erlebter Elternschaft hat sie bisher nicht gemacht, sich aber immer gewünscht. Da sie ihre Partnerschaft als harmonisch empfindet, das Gefühl hat, „es ist wirklich mal jemand für [sie] da“ (596), stellt sie sich vor, bei einer Schwangerschaft „jemand zu haben, der da mitzieht, der da einfach da ist“ (632 - 633) und sie nicht allein läßt, wie sie es bislang erlebt hat, sondern ihr die gewünschte Zuwendung gibt. Widersprüchlich zur geäußerten Dringlichkeit des Kinderwunschs erscheint die Aussage: „Das [Kind] ist nicht die Voraussetzung für unsere Beziehung, also ganz sicher nicht“ (605 - 606). Es gebe ihr Kraft, daß ihr Partner verspricht, bei zu bleiben, auch wenn sie kein Kind haben werden.

### **Kategorie Refertilisierung**

Der Wunsch zur Refertilisierung entsteht bei Paula, „als wir beide darüber gesprochen haben, daß wir gerne noch ein Kind möchten“ (522). Ihre Idealvorstellung von Partnerschaft sieht sie in ihrer jetzigen Beziehung verwirklicht. Ihr Partner sei kinderlieb und sehr verantwortungsbewußt, stehe zu ihr, verspricht, in jedem Fall bei ihr zu bleiben, sie fühlt sich „eins“ mit ihm. Das sind für sie Voraussetzungen, unter denen sie sich eine Schwangerschaft und „gemeinsam Eltern sein“ wunderschön vorstellt.

Außerdem fühlt sie sich „unvollkommen“ und „nicht mehr als Frau“ (316), als sie ihren Partner kennenlernt. Die Wiederherstellung ihrer Fruchtbarkeit dient nicht nur dem Kinderwunsch, sondern auch dem Wunsch nach Vollkommenheit und Unversehrtheit. Ihre weibliche Identität hängt stark davon ab, ob sie fruchtbar ist oder nicht. Ihr unsicheres Verhütungsverhalten in ihren ersten beiden Ehen weist ebenso darauf hin, wie wichtig es ihr ist, schwanger zu werden. Trotz der Einstellung ihres zweiten Ehemanns, keine Kinder haben zu wollen, wird sie viermal in dieser Ehe schwanger. Sie erfährt darüber keine Anerkennung, sondern Ablehnung vom Partner. Nach der Refertilisierung denkt sie über das ersehnte Kind nur bis zur „wunderschönen Schwangerschaft (630)“, vermutlich ist das wichtigste für sie, diesen Zustand als Beweis der Fruchtbarkeit zu erreichen.

Zugunsten ihrer Partnerschaft entscheidet sie sich zur Sterilisation, „aus dem Bauch



heraus“, ohne sich Zeit zum Nachdenken zu nehmen. Sie fühlt sich vom Partner unter Druck gesetzt, da er ihr mit Trennung droht, wenn sie erneut schwanger würde. Zu dem Zeitpunkt ist sie voller Enttäuschung über ihren Partner, dessen Lieblosigkeit ihr und dem Neugeborenen gegenüber, das er nach der Geburt kaum eines Blickes würdigt. Sie fühlt sich allein gelassen, allein verantwortlich für die Kinder, die er nicht wollte und allein verantwortlich dafür zu sorgen, daß keine weiteren Kinder entstehen. Sie spricht mit niemandem über ihre Entscheidung zur Sterilisation, vergräbt sich in sich selbst mit dem Gefühl, „etwas Unrechtes zu tun“. Sie stellt ihren Kinderwunsch „ganz weit nach hinten“, um zunächst einmal Herr der Lage zu werden und insbesondere ihre Ehe zu retten. Dieser Versuch scheitert regelrecht, die erhoffte Anerkennung vom Partner für diesen Schritt bleibt aus und das Paar trennt sich kurz darauf. Die angedrohte Trennung im Falle einer Schwangerschaft tritt zwar nicht ein, aber trotz Sterilisation trennen sie sich. In ihren Augen muß auch das als Scheitern empfunden werden.

Sie hat drei Jahre später wieder einen Kinderwunsch, will den aber mit dem Partner, mit dem sie immer wieder zusammen und getrennt lebt, nicht verwirklichen. Sie verarbeitet ihre beide Abbrüche nicht so, daß sie damit zufrieden sein könnte. Ihre Aussagen: „Das können sie Jahre verstecken“ (987) und: „im Prinzip ist es für mich unterm Strich doch nichts weiter als Mord“ (995) deuten auf ein schlechtes Gewissen hin. Hierin kann auch ein Motiv für die Refertilisierung gesehen werden.

Sie leidet nach der Sterilisation an Depressionen und psychosomatischen Beschwerden, hat Lähmungserscheinungen in Händen und Armen und erklärt sich das so: „Ich kann es nicht ungeschehen machen, was ich einmal angerichtet habe“ (313). Im Nachhinein vergleicht sie die Sterilisation mit einer aktiv vorgenommenen Selbstverletzung: „als wenn ich mir ein Bein abhacke, weil ich entschieden habe, daß ich nicht mehr auf zwei Beinen laufen will“ (972-973). Sie hat sich aber nicht entschieden, sich sterilisieren zu lassen, weil sie keine Kinder mehr haben möchte, sondern weil sie „mit dem Mann“ keine Kinder mehr haben möchte. Das Bereuen der Sterilisation geht vermutlich einher mit der Erwartung, daß eine Refertilisierung die erlebten Kränkungen aufheben kann.

Ihre Erfahrungen aus der Kindheit spielen vermutlich auch eine Rolle für die Entscheidung zur Refertilisierung. Sie hat keine „liebevoll[e] Beziehung [ihrer] Eltern“ (51) erlebt und ist in einer Atmosphäre aufgewachsen, in der ihre eigenen Bedürfnisse nicht ernst genommen wurden. Mit ihrem neuen Partner sieht sie die Möglichkeit, eine liebevolle Beziehung zu leben und einem Kind einen liebevollen Vater zu geben.

Ihre Lebenssituation nach der Refertilisierung belastet Paula. Sie fühlt sich zwischen ihren Kindern, dem alten und dem neuen Partner hin und her gerissen. Insbesondere ihre Tochter versteht sich überhaupt nicht mit dem neuen Partner und der Ex-Mann fühlt sich von ihm verdrängt. Um ihren Kindern gerecht zu werden, die an erster Stelle stehen „sollen“, entscheidet sie sich dazu, daß ihr neuer Partner wieder eine eigene Wohnung nimmt. Als ihre Oma ihr rät, sich durchzusetzen, heiratet sie ihren neuen Partner und er zieht wieder bei ihr ein. Da die Rückoperation aber nicht erfolgreich war, d. h. daß sie auf natürlichem Wege nicht schwanger werden kann, nimmt sie die künstliche Befruchtung IVF in Anspruch. Drei bis zum Zeitpunkt des Interviews durchgeführte Versuche bleiben erfolglos. Sie ist mittlerweile 43 Jahre alt und setzt sich selbst eine Altersgrenze, „wenn es jetzt wirklich in den nächsten zwei Jahren nicht klappt, dann laß ich’s“ (929).

Widersprüchlich zu diesen Bemühungen, eine Schwangerschaft zu erzielen, die sie ständigen Gefühlsschwankungen von Hoffnung und Enttäuschung unterwerfen, erscheint ihre geäußerte Einstellung: „Wir können wir auch so eine Möglichkeit finden, miteinander glücklich zu werden“ (608 - 609).

#### **4.1.1.3 Interpretative Zusammenfassung**

Paula erfährt in ihrer Kindheit tiefe Verletzungen. Die frühe Trennung von ihrer Großmutter, zu der sie ihre offenbar einzige Vertrauensbeziehung hat, verunsichert und destabilisiert sie. Die Atmosphäre in ihrem Elternhaus wird von dem dominierenden Stiefvater und der „schwachen“ Mutter geprägt. Paula lernt ihre eigenen Bedürfnisse unterzuordnen und zu gehorchen. Ihre kindlichen Versuche, sich dagegen zu wehren, z. B. indem sie immer wieder zu ihrer Oma flüchtet, wo sie Schutz sucht, werden bestraft. So paßt sie sich als junge Erwachsene dem Plan, den ihr Stiefvater für sie entwirft, bedingungslos an. Dieser sieht für sie lediglich die Rolle der Ehefrau und Mutter vor. Sie entwickelt zunächst keine davon abweichende oder andere Idee für ihr weiteres Leben, beispielsweise einen Berufswunsch.

Die Trennung vom ersten Ehemann sowie die Heirat kurz darauf sind die ersten Entscheidungen, die sie selbst für sich trifft. Die Entscheidung für den zweiten Ehemann ist allerdings mit einem Opfer verbunden: Um mit diesem Mann zusammen zu sein, verläßt sie ihren Sohn. Ihr inneres Muster, sich anzupassen, ist unverändert wirksam. Sie kommt der ihr zugedachten Rolle als Ehefrau und Mutter nach, erfährt darüber aber nicht die

erhoffte Zuwendung von ihrem zweiten Partner. Paula identifiziert sich vermutlich so stark über die Mutterschaft, insbesondere hinsichtlich der Möglichkeit, auf diesem Weg Anerkennung und Liebe vom Partner zu bekommen, daß sie sich nicht mit der Realität auseinandersetzt. Zu ihrer Realität gehört ihr Partner, der Elternschaft ausdrücklich ablehnt sowie die Tatsache, daß sie in dieser Beziehung vier Mal schwanger wurde und zwei Kinder ausgetragen hat. Ihr Wunsch nach Anerkennung wird immer wieder frustriert. Es findet keine bewußte Auseinandersetzung mit dem Partner statt. Von Schwangerschaft zu Schwangerschaft erhöht sich der Druck, unter dem Paula steht. Der Konflikt wird verdrängt, in diesem Kontext ist die Entscheidung zur Sterilisation zu sehen. Ihr Partner stellt sie wie zu Beginn ihrer Beziehung vor die Entscheidung, zwischen ihm und einem (weiteren) Kind zu wählen. Statt ihren Konflikt zu klären bzw. ihre Kränkung dem Partner gegenüber zu äußern, wendet sie die daraus entstandene Aggression gegen sich selbst, indem sie sich sterilisieren läßt. Sie versucht, den Partner dadurch zu halten und denkt nicht darüber nach, ob ihr Kinderwunsch endgültig abgeschlossen ist oder wie sie mit dem Ende ihrer Fruchtbarkeit leben können. Paula vermißt die Anerkennung des Partners für die Sterilisation. Ihre Enttäuschung läßt darauf schließen, daß ihre Entscheidung zur Sterilisation nicht authentisch war. Trotz Sterilisation kommt es schließlich zur Trennung, die für Paula vorher bedrohlich im Raum stand.

Der Wunsch, die Sterilisation rückgängig zu machen, kann als Wunsch, ihre damit verbundene Kränkung ungeschehen zu machen, interpretiert werden. Die vermißte Zuwendung ihres ehemaligen Partners bezüglich der Schwangerschaften und Geburten, die sie als Kränkung empfunden hat, kann in ihrer Wahrnehmung mit der Refertilisierung ebenfalls aufgehoben werden. Gerade weil sie sich stark über ihre Fruchtbarkeit identifiziert, betreffen die Kränkungen sie als ganze Person. Ihre Vorstellung von Weiblichkeit kommt deutlich zum Ausdruck, als sie sich nicht mehr als Frau und unvollkommen fühlt, nachdem sie ihren jetzigen Partner kennengelernt hat. Auch in dieser Partnerschaft ist es ihr ein dringendes Bedürfnis, über ihre Fruchtbarkeit Zuwendung zu bekommen. Ihre Partnerschaft beschreibt sie als symbiotisch. Die Idealisierung des Partners gipfelt in dem Wunsch, schwanger zu werden, gewissermaßen als Symbiose zu dritt. So gelten ihre Phantasien einer „wunderschönen Schwangerschaft“ (721), nicht direkt einem Kind. Eine Partnerschaft ohne gemeinsames Kind kann von Paula nicht als zufriedenstellend erlebt werden und entspricht nicht ihren grundsätzlichen Vorstellungen. Die dargestellten Umstände, die zum Zeitpunkt der Sterilisation vorlagen, lassen auf eine

negative Prognose hinsichtlich der Verarbeitung dieser Entscheidung schließen. Die Motivation zur Refertilisierung ist in Paulas Muster von der Verknüpfung ihrer weiblichen Identität und einer Partnerschaft zu vermuten.

#### **4.1.2 Einzelfallanalyse Verena**

##### **4.1.2.1 Kurzbiographie Verena**

Verena wird 1962 in einer Großstadt geboren. Sie hat noch drei Geschwister. Sie empfindet weder sich noch ihre Geschwister als erwünscht. Sie seien als Kinder „nur am Rande gelaufen“. Ihre Eltern lassen sich scheiden, als sie 10 Jahre alt ist. Ihren Vater bezeichnet sie als "hochintelligent, sadistisch und aggressiv", darüber, wie sich das auf sie ausgewirkt hat, berichtet sie nichts. Ihre Mutter hat wenig Zeit für die Kinder, weil sie viel arbeitet. Sie hat häufig wechselnde Männerbeziehungen.

Mit neunzehn Jahren bekommt Verena ungeplant ihr erstes Kind und bricht ihre Ausbildung zur Krankenschwester ab. Bei dem Sohn wird eine minimale cerebrale Dysfunktion diagnostiziert. Er fällt insbesondere durch eine hohe Aggressivität auf. Verena ist vollkommen von ihm in Anspruch genommen. Ihr Partner kümmert sich kaum um das Kind.

Innerhalb der nächsten zwei Jahre wird sie dreimal schwanger, läßt zweimal einen Abbruch vornehmen und bekommt zwei Jahre nach der Geburt des ersten Kindes ihren zweiten Sohn von einem anderen Partner. Beide Kinder seien keine Wunschkinder. Der Alltag mit den beiden Kleinen gestaltet sich derart schwierig, daß sie ihren jüngeren Sohn zur Oma gibt, die ihn überwiegend versorgt. Auch der Vater des zweiten Kindes kümmert sich nicht um den Sohn. Verena bedauert das nicht, weil beide Väter die Kinder nur negativ beeinflussen könnten. Es bleibt unklar, wie sie das meint. Sie beklagt, daß sie beide keinen Unterhalt bezahlen.

Sie lernt bald ihren dritten Partner kennen, mit dem sie insgesamt ca. zehn Jahre lang zusammen ist. Er hat zwei Kinder aus zwei vorherigen Beziehungen. Sie bezeichnet ihn als kinderlieb und als jemanden, der ihre Kinder wie eigene akzeptiert. Sie wendet nach wie vor kein Verhütungsmittel konsequent an. Sie wird erneut schwanger, als ihre Kinder drei und ein Jahr alt sind. Der Partner äußert den Verdacht, daß sie absichtlich schwanger geworden ist. Dagegen verwahrt sie sich. Er will kein Kind mehr und nicht mehr mit der Sorge leben, sie könne wieder schwanger werden. Deshalb ist er der Meinung, sie solle einen Abbruch machen lassen und sich gleichzeitig sterilisieren lassen. Er verspricht ihr,

sie dann zu heiraten. Verena kann es sich zum damaligen Zeitpunkt nicht vorstellen, ein drittes Kind zu haben. Sie will eine Ausbildung machen und ihr Leben erst mal für sich sortieren, wozu sie bisher aufgrund ihrer frühen Mutterschaft nicht gekommen ist. Sie entschließt sich zum Abbruch und zur Sterilisation. Sie wird vom Arzt dahingehend beraten, daß diese Entscheidung ein endgültiger Schritt ist, den sie später möglicherweise bereuen wird. Sie bleibt bei ihrem Entschluß und wird mit 23 Jahren sterilisiert. Nachdem sie darüber anfangs erleichtert ist, bereut sie die Sterilisation „bald“, behält ihre Gefühle aber für sich.

Sie nimmt ihre Ausbildung wieder auf und arbeitet anschließend auch als Krankenschwester. Die in Aussicht gestellte Heirat findet nicht statt. Nach knapp zehn Jahren trennt sich das Paar. Näheres über die Umstände ist nicht bekannt.

Ihre Mutter macht ihr den Vorschlag, sich über ein Ehevermittlungsinstitut einen Ehemann zu suchen. Sie setzt diesen Vorschlag in die Tat um und trifft sich mit mehreren Männern. 1994 lernt sie über das Institut einen zehn Jahre älteren Mann mit Kinderwunsch kennen. Sie heiratet ihn bald nach dem Kennenlernen. Es zeigt sich, daß ihr Partner ihre Kinder nicht so gut akzeptieren kann wie ihr vorheriger Partner. Insbesondere zwischen ihm und dem behinderten Jungen gibt es große Konflikte. Erst nach der Hochzeit sagt sie ihm, daß sie sterilisiert ist und keine Kinder mehr haben will. Wie er darauf reagiert, ist nicht bekannt.

Schon nach kurzer Zeit suchen sie auf ihre Initiative hin eine Kinderwunschsprechstunde auf. Sie äußert nun einen deutlichen Kinderwunsch und läßt sich refertilisieren. Zu diesem Zeitpunkt ist sie 33 Jahre alt, die Sterilisation liegt zehn Jahre zurück. Ihre Mutter zeigt keinerlei Verständnis für die Refertilisierung und lehnt den Ehemann ab. Seit der Refertilisierung hat sie keinen Kontakt mehr zur Mutter.

Sie wird wenige Wochen nach der Refertilisierung schwanger, hat aber einen Abort kurz nach Feststellen der Schwangerschaft. Sie will unbedingt wieder schwanger werden. Der Partner verweigert sich zunehmend dem Geschlechtsverkehr nach Terminkalender und äußert, kein Kind mehr zu wollen. Sie beginnen sich häufig zu streiten. Beide werden arbeitslos. Verena empfindet diese Lebensphase als sehr belastend. Sie zieht aus der gemeinsamen Wohnung aus. Durch den so gewonnenen Abstand versteht sie sich wieder besser mit ihrem Partner. Sie steht unter enormen Zeitdruck, da sie meint, im ersten Jahr nach der Operation seien die Chancen schwanger zu werden am höchsten. Schließlich wird

sie in diesem Jahr noch schwanger, nachdem sie, wie sie angibt, ihren Kinderwunsch wieder aufgegeben hat. Aufgrund ihrer Zyklusbeobachtungen kommt sie zu dem Schluß, daß es nicht möglich sei, zu diesem Zeitpunkt schwanger zu werden. Infolgedessen bezeichnet sie die Entstehung des Kindes als ein Wunder. Sie bekommt eine Tochter, der sie ihre gesamte Aufmerksamkeit widmet. Sie betrachtet dieses Kind als das einzig Positive, was aus der Ehe hervor gegangen ist.

Sie lebt zur Zeit in Scheidung und kann sich keine zufriedenstellende Besuchsregelung mit dem Vater der Tochter vorstellen, weil er sie ihrer Meinung nach nicht genügend liebt. Sie wollte das Kind für sich haben, dafür hätten sich alle Belastungen gelohnt, betont sie. Sie will es auch in Zukunft nicht mit ihm teilen. Ihre Zukunftswünsche gelten in erster Linie dem Gedeihen ihrer Kinder, dann ihrem Wiedereinstieg in den Beruf.

Im Nachhinein ordnet sie die Sterilisation für sich so ein, daß sie diese Entscheidung aufgrund der Beeinflussung durch andere getroffen habe. Die Entscheidung zur Refertilisierung habe sie unabhängig von der Meinung anderer getroffen. Eine Frau sollte sich ihrer Meinung nach nicht vor dem dreißigsten Lebensjahr sterilisieren lassen, eine allgemeine Ablehnung der Sterilisation äußert sie nicht.

#### **4.1.2.2 Auswertung über die Kategorien**

##### **Kategorie Wahrnehmung der Person**

Nach Erhalt des ausgefüllten Fragebogens wird telefonisch ein Interviewtermin vereinbart. Das Interview findet in der Wohnung von Verena statt. Während des Interviews spielt ihr dreiviertel Jahr altes Kind im gleichen Raum und wird ab und zu von der Mutter auf den Arm genommen. Es herrscht eine entspannte Atmosphäre, das Kind wirkt zusätzlich auflockernd. Verena macht auf die Interviewerin einen freundlichen Eindruck. Gleichzeitig fällt auf, daß ihre Ausdrucksweise während des gesamten Interviews wenig emotional ist, unabhängig von den unterschiedlichen Gesprächsinhalten. Im Verlauf des Interviews entwickeln sich Widersprüche. Anfangs werden in der Tendenz Äußerungen gemacht, die der sozialen Erwünschtheit dienen könnten. In der zweiten Hälfte des Interviews erscheint das Gesagte wesentlich authentischer.

##### **Kategorie Herkunftsfamilie**

Verena bezeichnet ihre Kindheit als „sehr, sehr schlecht“ (428) und beschreibt ihre Eltern

in diesem Zusammenhang als Menschen, die ihren Kindern wenig Zuwendung und Liebe zeigen. Zentral für Verena ist das Gefühl, unerwünscht und „immer schon im Wege“ (437) zu sein. Das gilt für sie genauso wie für ihre drei Geschwister.

Über ihren Vater ist lediglich bekannt, daß er in Verenas Augen „sadistisch, aggressiv (...) und irgendwie irrsinnig“ (427) ist. Es kann nur vermutet werden, daß Verena unter ihrem Vater gelitten hat und er die Familienatmosphäre negativ beeinflusst hat. Über die Beziehung der Eltern untereinander ist nichts bekannt. Sie lassen sich scheiden, als Verena zehn Jahre alt ist.

Ihre Mutter bezeichnet Verena einerseits als ein „Arbeitstier“ (428), die viel Zeit in verschiedene Jobs investiert, um sich und ihre vier Kinder nach der Scheidung zu ernähren. Andererseits spürt Verena deutlich, wie nebensächlich und störend sie als Kind im Vergleich mit Männern für die Mutter ist. Sie habe „sehr, sehr viele Männer“ (438) gehabt, das sei ihr „immer wichtig“ (439) gewesen.

Es fallen Parallelen zwischen dem Lebensverlauf der Mutter und dem Verenas auf. Verena bricht mit 19 Jahren ihre Ausbildung zur Krankenschwester ab, weil sie ein Kind bekommt. Zwei Jahre später bekommt sie ihr zweites Kind von einem anderen Partner. Zwischen den Geburten liegen zwei Abbrüche. Ihre beiden Kinder sind keine Wunschkinder. Sie hat anschließend zwei Partnerschaften von längerer Dauer. Aus der letzten Partnerschaft geht ihr einziges Wunschkind hervor. Heute formuliert sie eine Lebensmaxime von sich so: „Männer waren für mich nicht so wichtig, aber mir war immer wichtig, Kinder zu haben“ (374).

Es kann vermutet werden, daß sie diese Äußerung macht, um sich von der Mutter zu unterscheiden und abzugrenzen, weil sie nicht so leben will wie ihre Mutter. Vermutlich kann sie die Ähnlichkeiten gar nicht zulassen.

### **Kategorie Beruf**

Als Jugendliche hat Verena die Vorstellung von ihrem weiteren Leben, daß sie auf jeden Fall Kinder haben wird. Einen Beruf zu haben, bedeutet für sie, „zumindest in der Lage zu sein, [sich] über Wasser zu halten“ (378).

Verenas beruflicher Werdegang wird mehrfach durch Schwangerschaften und die damit einhergehenden Veränderungen ihrer Lebenssituation unterbrochen. Sie schreibt es den

häufigen Schwangerschaften zu, daß sie zunächst keinen Beruf erlernt. Sie verhütet über Jahre nur unzureichend, so daß vermutet werden kann, einen Beruf zu haben ist ihr nicht wichtig. So bricht sie ihre Ausbildung zur Krankenschwester im Alter von 18 Jahren ab, weil sie schwanger ist. Sie bekommt ihr erstes Kind mit 19 Jahren. Anschließend sucht sie sich einen Ausbildungsplatz zur Kinderkrankenschwester. Diese Ausbildung beginnt sie dann doch nicht. Sie begründet das damit, daß ihr damaliger Freund nicht will, daß sie berufstätig ist. Außerdem wird sie „zwischendurch auch etliche Male schwanger“ (107).

Sie läßt zwei Abbrüche vornehmen und bekommt ihr zweites Kinde mit 21 Jahren. Als sie im Jahr darauf erneut schwanger wird, läßt sie einen Abbruch und die Sterilisation gleichzeitig vornehmen, weil sie „unbedingt eine Ausbildung machen“ will (96). Zu diesem Zeitpunkt ist sie 23 Jahre alt und mit dem dritten Partner zusammen. Keine weiteren Kinder zu bekommen, scheint für sie die unbedingte Voraussetzung für das Erlernen eines Berufes zu sein. Die Sterilisation wiederum scheint für sie der einzig gangbare Weg in diese Richtung zu sein. Als Verena mit ihrem dritten Partner zusammen ist, mit dem sie kein gemeinsames Kind hat, macht sie die Ausbildung zur Krankenschwester. Anschließend ist sie in ihrem Beruf tätig.

Ihre späten Jugendjahre werden von der Mutterschaft geprägt. Ihr fehlt das Erlernen eines Berufs, verbunden mit der Erfahrung, ihren Interessen nachzugehen und finanziell unabhängig zu sein. Da die Kinder ungeplant zur Welt kommen und Verena sich "zu jung" zum Kinderkriegen fühlt, ist zu vermuten, daß Verena das Gefühl hat, sie muß auf vieles verzichten, insbesondere darauf, einen Beruf zu haben. Der Beruf als ein wichtiger Baustein in der Selbständigkeitsentwicklung fehlt ihr. Als Mutter ist sie verantwortlich für ihre Kinder und hat wenig Zeit für sich selber. Außerdem ist sie finanziell abhängig. Eine Ausbildung zu machen bekommt mit der Zeit einen sehr hohen Stellenwert für sie.

Es bedeutet, sich um sich selber zu kümmern und etwas aktiv anzugehen, was ihr zugute kommt, auch ein Stück unabhängiger zu werden. Das bringt mit sich, daß sie gleichzeitig weniger Zeit für ihre Kinder hat: „dadurch daß ich ja beruflich halt viel gemacht hab, hab ich nicht so viel von meinen Kleinen gehabt“ (392 - 393). Offenbar steckt sie immer in einem Dilemma. Ohne Beruf zu sein, aber Zeit für die Kinder zu haben, macht sie unzufrieden. Diesen Zustand ändert sie und bekommt damit ein anders Problem. Zeit für die Kinder und dadurch etwas "von" den Kindern zu haben, erlebt sie nicht als gut und zufriedenstellend vereinbar mit der Berufstätigkeit.



Zum Zeitpunkt des Interviews ist Verena arbeitslos und empfindet es als „Verzicht“ (508), daß sie nicht arbeiten kann. Andererseits widmet sie sich voll und ganz ihrem kleinen Kind, das nach der Refertilisierung geboren wurde. Sie genießt es, heute Zeit für das Kind zu haben. Hier klingt auch wieder die Einstellung Verena's durch, Berufstätigkeit und adäquate Kinderbetreuung lassen sich für sie nur unbefriedigend vereinbaren.

### **Kategorie Partnerschaft**

Zum Zeitpunkt der Sterilisation ist Verena mit ihrem dritten Partner zusammen. Er hat zwei Kinder aus einer früheren Beziehung, die bei der Mutter leben. Verena bezeichnet ihn als kinderlieben Menschen, der sehr gut mit ihren Kindern umgehen kann. Er übernimmt die Rolle des Ersatzvaters. Als sie am Anfang der Beziehung ungeplant schwanger wird, unterstellt er ihr, daß es „Absicht“ (136) ist. Offensichtlich sieht er in der Schwangerschaft ausschließlich ein bewußt gegen ihn gerichtetes Verhalten Verenas, zumindest ein Übergehen seiner Person. Die eigene Verantwortung für die Schwangerschaft erscheint zweitrangig. Da er kein weiteres Kind haben will und außerdem der Meinung ist, sie sollten sich als Paar „auf andere Dinge konzentrieren“ (49), schlägt er Verena vor, daß sie sich gleichzeitig mit einem Abbruch sterilisieren lassen solle. Verena denkt „eigentlich genauso“ (60), äußert das aber nur als Reaktion auf seine Argumente. Er äußert gleichzeitig ein Heiratsversprechen. Damit stellt er Dauer und Stabilität der Beziehung in Aussicht. Verena hat bisher nicht die Erfahrung einer dauerhaften Beziehung. Sie hat zwei kleine Kinder und keinen Beruf. Sie hat bislang keine Verhütung konsequent angewendet und ist sich vermutlich darüber bewußt, daß sie damit weiterhin Schwierigkeiten haben wird. Sie befürchtet, daß sie ein drittes Kind „wahrscheinlich überhaupt nicht verarbeitet“ (83) hätte. Sie will eine Ausbildung machen und verbindet damit, sich „auf [sich] selbst (zu) konzentrieren“ (95). So erscheint ihr der Vorschlag des Partners die einzige Möglichkeit zu sein, eine Veränderung in ihrem Leben herbeizuführen. Gleichzeitig erscheint ihr die Sterilisation als die Möglichkeit, diese Beziehung aufrecht zu erhalten. Sie gibt wie als Begründung dafür an, ihren Partner „schon sehr geliebt“ (51) zu haben. Die Sterilisation kann auch als ein Zugeständnis an den Partner interpretiert werden. Indem sie sich damit nach ihm richtet, entkräftet sie die Unterstellung von der „absichtlichen“ Schwangerschaft.

Die Sterilisation ist das Verbindende in dieser Partnerschaft. Das Paar ist ca. zehn Jahre

lang zusammen. Innerhalb dieser Zeit macht Verena eine Ausbildung und arbeitet in ihrem Beruf. Offensichtlich ist in dieser Hinsicht Stabilität in ihr Leben eingekehrt. Die Heirat findet nicht statt. Näheres dazu ist nicht bekannt, es kann vermutet werden, daß Verena darüber enttäuscht ist. Mit der Sterilisation ist sie ihm entgegen gekommen, er aber hält sein Versprechen nicht.

Wie bei einem unausgesprochenen Abkommen, erfüllt hier nur die eine Seite ihren Teil. Über die Partnerschaft jenseits des Themas Sterilisation spricht sie nicht. Diese habe sie „schon bald“ bereut. Sie kommt zu dem Schluß, ihr Partner hätte sich „eigentlich“ sterilisieren lassen sollen. Sie gibt „ihm teilweise auch die Schuld“ (450), daß sie mittlerweile „unzufrieden“ (450) ist.

Über die Trennung von diesem Partner spricht Verena nicht. Vorstellbar ist, daß sie mit ihrer Unzufriedenheit und Enttäuschung über den Partner zusammenhängt. Es kann als Funktion dieser Partnerschaft angesehen werden, daß Verenas Leben aufgrund der Sterilisation an Stabilität gewonnen hat. Mit dem Erfüllen dieser Funktion kann die Partnerschaft beendet werden. Die Sterilisation als Hauptbindeglied an den Partner reicht als Grundlage für die Beziehung nicht mehr aus.

Das Kennenlernen ihres nächsten Partners erfolgt kurz nach der Trennung. Da sie sich diesen Partner über ein Ehevermittlungsbüro sucht und ihr von Anfang an bekannt ist, daß er ein erwachsenes Kind sowie einen aktuellen Kinderwunsch hat, liegt die Vermutung nahe, daß sie sich hauptsächlich wegen ihres latent vorhandenen Kinderwunsches diesen Mann aussucht. Als sie sich zur Sterilisation entschloß, standen ihre aktuellen Probleme, zu genau diesem Zeitpunkt kein weiteres Kind zu wollen und die Partnerschaft aufrecht zu erhalten so im Vordergrund, daß sie „nicht lange darüber nachgedacht hat“ (29), ob sie zu einem anderen Zeitpunkt wieder ein Kind haben möchte. Es kann davon ausgegangen werden, daß sie ihren Kinderwunsch nie bewußt abgeschlossen hat.

Auf ihre Initiative hin heiraten sie sehr bald, obwohl der Partner damit lieber noch gewartet hätte. Sie sagt ihm vorher „natürlich“ (150) nicht, daß sie sterilisiert ist. Sie bezeichnet es als "natürlich" im Sinne von selbstverständlich, ihm diese Information vorzuenthalten, weil sie befürchten muß, daß er sie sonst nicht heiraten wird. Über seine Reaktion darauf ist nichts bekannt. Es kann vermutet werden, daß der Partner ihr Verhalten als Vertrauensmißbrauch empfindet. Verena sagt von sich selbst, sie habe von Anfang an kein Vertrauen zu ihm gehabt. Ihre Erwartung, daß ihr Partner in persönlichen sowie

finanziellen Dingen alles mit ihr teilt, wird nicht erfüllt, was sie als mangelndes Vertrauen auslegt.

Nachdem sie ihm von ihrer Sterilisation erzählt hat, begibt sich das Paar, wieder auf Verenas Initiative hin, in die Kinderwunschsprechstunde, um sich nach Möglichkeiten, ein gemeinsames Kind haben zu können, zu erkundigen. Nach der Refertilisierung versucht das Paar ein Kind zu zeugen, was sich als belastend für die Partnerschaft erweist, zum einen weil die Spontaneität in der Sexualität verlorenght. Darüber hinaus ist die Zeugung eines Kindes für Verena das beherrschende Thema in der Beziehung. Vermutlich fühlt sich der Partner dadurch unter Druck gesetzt und in die Rolle des potentiellen Vaters gedrängt. Er verweigert sich mehr und mehr dieser Rolle und äußert schließlich, kein Kind mehr haben zu wollen, weil die Grundlage dafür in der Beziehung nicht mehr gegeben sei. Das löst in Verena „einen Wahnsinnsstreß“ (254) aus, weil sie ihren Partner nun zum Geschlechtsverkehr „rumkriegen muß“. Weder teilt sie seine Einstellung noch akzeptiert sie sie. In dieser Zeit streiten sie sich viel. Sie werden beide arbeitslos, was sie zusätzlich belastet. Ihr Partner bekommt zudem Konflikte mit ihren Söhnen, so daß Verena schließlich mit den Kindern auszieht. Durch den so gewonnenen Abstand versteht sich das Paar wieder etwas besser. In dieser Zeit wird Verena schwanger. Sie zieht nicht wieder zu ihm. Nach der Geburt des Kindes reicht sie die Scheidung ein.

Sie bezeichnet ihr Kind als „das einzigste Schöne, sag ich mal im Nachhinein, was aus dieser Partnerschaft resultiert ist und dafür hat sichs gelohnt“ (464 - 466). Es liegt die Vermutung nahe, daß Verena diese Partnerschaft nur zu dem Zweck eingegangen ist, um ein Kind zu bekommen. Die Partnerschaft an sich spielt dabei eine nebensächliche Rolle, sie muß sich lediglich „lohn“en, Verenas Bemühungen sollen sich bezahlt machen. Das Kind bezeichnet sie als ihren „innigsten Wunsch“ (348), den sie sich erfüllt hat. Zur Refertilisierung habe sie sich entschlossen, um diesen Wunsch zu verwirklichen: „das war für mich, für mich, das war einfach für mich, und ich werde es (das Kind) auch nach wie vor nicht mit ihm teilen wollen“ (622). Diese Aussage bestätigt die Vermutung, daß Verena die Beziehung hauptsächlich zu dem Zweck eingegangen ist, um ihr einziges Wunschkind zu bekommen.

## **Kategorie Bedeutung von Kindern**

Verenas Kinderwunsch besteht ihren Aussagen nach seit ihrer Kindheit, sie habe immer schon Kinder haben wollen.

Sie bekommt im Alter von 19 und 21 Jahren zwei Kinder, die beide keine Wunschkinder sind. Sie betont, daß sie „viel zu jung“ (83) dafür war. Sie fühlt sich „noch nicht ausgereift, hat nicht die Erfahrung oder sagen wir mal, die Ausdauer und die Ruhe“ (91 - 92), die sie zur Kindererziehung braucht. Ihren Anspruch an eine gute Erziehung der Kinder kann sie nur unbefriedigend mit der Realität vereinbaren. Um ihren ersten Sohn muß sie sich aufgrund seiner leichten Behinderung besonders intensiv kümmern. Sie beschreibt ihn als „fürchterlich aggressives Kind“ (72). Ihren zweiten Sohn gibt sie in die Obhut der Großmutter, da sie sich mit den beiden Kindern überfordert fühlt. Sie habe es mit dieser Situation „nicht gerade leicht gehabt“ (73). Ihr ersten Erfahrungen mit der Mutterschaft können als unbefriedigend bezeichnet werden. Sie bezeichnet ihre eigenen Gefühle in dieser Zeit als „zwiespältig“ (332). Einerseits hat sie Kinder, wie sie es sich grundsätzlich wünscht, diese aber nicht bewußt geplant. Andererseits hat sie das Bedürfnis, sich „erst mal auf [sich] selbst (zu) konzentrieren“ (95). Sie will vermutlich ihr Leben aktiv in die Hand nehmen, nachdem die Kinder „gekommen“ sind. Die beiden Geburten und die beiden dazwischen liegenden Schwangerschaften stellt sie so dar, als seien sie ihr „passiert“ und hinderten sie daran, eine Berufsausbildung zu machen und damit ein Stück Selbstverwirklichung zu erzielen: „[Sie] wurde ja zwischendurch auch etliche Male schwanger, irgendwie kam immer etwas dazwischen“ (107). Ihre eigene Verantwortung für die Schwangerschaften sieht sie offenbar nicht. Sie stellt sich selbst bezüglich des Kinderkriegens als passiv dar: „Mit neunzehn kam ja dann Ralph“ (100), „dann hatte sich irgendwann auch der Zweite [angekündigt]“ (106). Als sie schließlich berufstätig ist, fehlt ihr Zeit für die Kinder, was sie ebenfalls als unbefriedigend erlebt.

Als die Kinder klein sind, erlebt Verena es als Verlust, keine Berufsausbildung zu haben. Als sie größer sind und sie berufstätig ist, erlebt sie es als Verlust, „nicht so viel von [ihren] Kleinen zu haben“ (392). Insofern sind ihre Gefühle den Kindern gegenüber immer ambivalent.

Als Verena „weiß, was [sie] will“ (476) und ihr Leben relativ geordnet verläuft, entscheidet sie sich zur Refertilisierung und bekommt ein Jahr später ihr „einziges Wunschkind“ (442). Ihre Tochter wird mit vielen positiven Attributen belegt. Dennoch

betont Verena auch wieder, daß sie aufgrund des Kindes auf vieles verzichten muß, beispielsweise auf Zeit und Geld für sich selbst. Wichtig für Verena scheint in erster Linie zu sein, daß sie dieses Kind bewußt plant und bekommt. Es „überrumpelt“ sie nicht wie ihre ersten beiden Kinder. Sie muß in diesem Fall nicht auf eine Schwangerschaft reagieren, sondern agiert vorher selbstbestimmt. Sie spricht mehrfach an, das Kind für sich selbst gewollt und bekommen zu haben. Früher habe sie auf andere gehört, was ihr nicht gut getan habe, heute folge sie ihrer „inneren Stimme“ (484). Außerdem gibt ihr das Kind, was ihr „ein Mann nicht geben kann“ (523). Bei Männern findet Verena keine dauerhafte Liebe, das Kind hingegen schenkt ihr bedingungslose Liebe. Durch das Kind, da es ein Wunschkind ist, kann sie sich von der eigenen Mutter abgrenzen, deren Kinder in Verenas Augen alle keine Wunschkinder waren.

Es kann vermutet werden, daß das Kind auch ihr schlechtes Gewissen der Abbrüche wegen aufhebt.

### **Unterkategorie Lebenssituation zum Zeitpunkt der Sterilisation**

Verena ist zum Zeitpunkt der Sterilisation 23 Jahre alt und Mutter eines dreijährigen und eines einjährigen Sohnes. Die Kinder sind von zwei verschiedenen Vätern, die beide keinen Kontakt mehr zu Verena und den Kindern haben. Sie lebt mit einem Partner zusammen, der aus einer früheren Beziehung zwei Kinder hat, die bei der Mutter leben.

Zwischen den beiden Geburten liegen zwei Abbrüche, die sie als „etliche Abtreibungen“ (37) bezeichnet. Außerdem gibt sie zwei Fehlgeburten an, so daß Verena bis zur Sterilisation siebenmal schwanger war. Keine der Schwangerschaften ist geplant oder gewollt. Sie entscheidet sich bis dahin immer erst für oder gegen ein Kind, wenn sie bereits schwanger ist. Sie wendet bis dahin keine Verhütungsmethode konsequent an. Sie gibt an, die Pille nicht zu vertragen und die Spirale als einen Fremdkörper zu empfinden, den sie nicht in ihrem Körper haben will.

Sie hat ihre Ausbildung zur Krankenschwester abgebrochen, als das erste Kind geboren wurde und will sie zu diesem Zeitpunkt wieder aufnehmen. Dahinter steht auch der Gedanke, damit etwas für sich zu tun, nachdem sie sich die letzten Jahre hauptsächlich um die Kinder gekümmert hat und sich damit überfordert fühlt.

Als sie am Anfang dieser Partnerschaft schwanger wird, schlägt ihr Partner ihr die

Sterilisation im Zusammenhang mit einem Abbruch vor, weil er keine weiteren Kinder haben will. Er meint außerdem, sie sollten sich „auf andere Dinge konzentrieren“ (49), womit vermutlich die Partnerschaft und der Beruf gemeint ist. Hinzu kommt der Aspekt, daß er sich von ihr hintergangen fühlt, da er glaubt, sie sei „absichtlich“ schwanger geworden. Er stellt ihr eine Heirat in Aussicht, wenn sie seinem Vorschlag folgt.

Dieser Art von Verbindlichkeit ist Verena bisher bei Männern nicht begegnet, und das wirkt möglicherweise sehr entlastend auf sie wie auch das Gefühl, diese Entscheidungen nicht allein verantworten zu müssen. Dem Aspekt der Entlastung seitens des Partners steht gegenüber, daß Verena sich vermutlich unter Druck gesetzt fühlt, die Sterilisation und den Abbruch auf jeden Fall machen lassen zu müssen, wenn sie mit diesem Mann zusammen bleiben möchte. Außerdem läßt sich vermuten, daß es kein uneingeschränktes Vertrauen in der Beziehung gibt. Sie glaubt, ein drittes Kind würde sie gänzlich überfordern und sie daran hindern, eine Ausbildung zu machen. Außerdem würde es die Beziehung gefährden.

Sie hat nicht viel Zeit zum Überlegen, da sie innerhalb weniger Wochen eine Indikation zum Abbruch braucht. Sie bekommt sie vom Kinder- und -Jugendpsychiater, dem sie durch ihr behindertes Kind wahrscheinlich bekannt ist. Sie entscheidet sich dafür, beide Eingriffe auf einmal machen zu lassen. Zur Sterilisation entscheidet sie sich auch deshalb, weil sie nicht noch einmal einen Abbruch erleben will, weil ihr das „psychisch doch sehr zu schaffen“ (140) macht.

### **Kategorie Sterilisation**

Verena denkt zum ersten Mal an eine Sterilisation, als sie zum wiederholten Mal ungeplant schwanger ist, weil ihr damaliger Partner ihr das vorschlägt. Wie bei den vorherigen Schwangerschaften ist sie in der Situation, reagieren zu müssen, sich für oder gegen ein Kind zu entscheiden, wenn es bereits gezeugt ist. Sie wendet bis dahin keine Verhütungsmethode konsequent an, die Pille sei nicht ihr „Ding“, gegen die Spirale hat sie eine „Aversion“. Es liegt die Vermutung nahe, daß der Beweis ihrer Fruchtbarkeit eine höhere Bedeutung für sie hat als sich bewußt für oder gegen ein Kind zu entscheiden und damit eine aktive Rolle bei der Gestaltung ihres Lebens einzunehmen.

Die Abbrüche machen ihr „psychisch doch sehr zu schaffen“ (140) und sie hat „ein unheimlich schlechtes Gewissen“ (391). Verena betont im Zusammenhang mit den Abbrüchen in besonderer Weise ihre Vorstellung von der eignen Fruchtbarkeit, indem sie

angibt, daß es sich bei diesen drei Schwangerschaften jeweils um Zwillinge und Drillinge gehandelt habe. Vermutlich entspringt das ihrer Phantasie. Der Kinderwunsch spielt gegenüber der Fruchtbarkeit eine vermutlich eher untergeordnete Rolle. Die psychisch kaum verarbeiteten Abbrüche können als ein Motiv für die Entscheidung zur Sterilisation angesehen werden. Sie selbst gibt an, nicht mehr in die Situation kommen zu wollen, eine Schwangerschaft abbrechen lassen zu müssen. Aufgrund ihrer Erfahrungen erscheint es nachvollziehbar, daß sie eine absolute Sicherheit in der Verhütung haben will.

Die Sterilisation erscheint ihr als die einzige Möglichkeit, eine Veränderung in ihrem Leben zu bewirken. In erster Linie bedeutet das einen Schritt in Richtung Selbständigkeit, indem sie einen Beruf erlernt. Ihr Bedürfnis, sich um sich selbst kümmern zu wollen, ist stark ausgeprägt. Mit den beiden kleinen Kindern fühlt sie sich überfordert. In dieser Situation stellt ihr Partner ein gewisses Maß an Stabilität und Sicherheit in Aussicht, indem er ihr ein Heiratsversprechen gibt, wenn sie die Kinderfrage endgültig abschließt. Ein bewußtes Abschließen mit dem Kinderwunsch, was einen endgültigen Abschied von der Fruchtbarkeit einschließt, findet bei Verena vermutlich nicht statt. Sie gibt an, nicht lange über die Entscheidung zur Sterilisation nachgedacht zu haben und sich nicht vorgestellt zu haben, wie sie in einigen Jahren darüber denken und fühlen würde. Sie will mit ihrem Partner zusammen bleiben und sieht die einzige Möglichkeit dafür in der Sterilisation, verbunden mit dem Abbruch. Vermutlich entsteht allein dadurch eine intensivere Bindung an ihn. Obwohl Verena eigene Argumente für ihre Entscheidung hat, ist sie als Reaktion zu sehen. Sie kann sich keine wirkliche Entscheidungsfreiheit nehmen, weil das den potentiellen Verlust der Partnerschaft mit einschließt, was sie nicht zulassen kann.

Nach der Sterilisation macht Verena eine Ausbildung und arbeitet anschließend in ihrem Beruf. Sie ist zunächst erleichtert, nicht schwanger werden zu können. Ihre Erwartungen an ein ruhigeres, geordnetes Leben treten ein. Sie bleibt mit ihrem Partner zusammen, die Heirat findet jedoch nicht statt.

Als sie „eigentlich schon ziemlich schnell“ (401) beginnt, die Sterilisation zu bereuen, wird sie „unzufrieden“ und gibt ihrem Partner „teilweise auch die Schuld“ (450) daran. Es wird nicht klar, auf welchen Zeitraum das bezogen ist und welche Auswirkungen das auf die Partnerschaft hat. Vermutlich tragen Verenas Schuldzuweisungen dazu bei, daß sich das Paar nach fast zehnjähriger Beziehung trennt.

Verena ist heute der Meinung, sie sei zu jung gewesen, um so eine gravierende

Entscheidung wie die Sterilisation überhaupt treffen zu können, weil ein Mensch in dem Alter keine großen Zeiträume überblicken könne. Eine Frau solle sich von daher erst ab dem Alter von 30 Jahren sterilisieren lassen.

### **Unterkategorie Lebenssituation zum Zeitpunkt der Refertilisierung**

Zum Zeitpunkt der Refertilisierung ist Verena dreiunddreißig Jahre alt, die Sterilisation liegt zehn Jahre zurück. Seit ca. einem Jahr ist sie mit einem zehn Jahre älteren Mann verheiratet, den sie sich über ein Ehevermittlungsbüro gesucht hat. Verena beschreibt ihren Partner als jemanden, der ihre Kinder nicht voll und ganz akzeptiert und sich ihr gegenüber stark abgrenzt. Sie weiß von Anfang an von seinem ausdrücklichen Kinderwunsch, teilt ihm aber erst nach der Hochzeit mit, daß sie sterilisiert ist. Sie spricht davon, ihm von Anfang an nicht vertraut zu haben, erwähnt hingegen nicht, wie er auf ihren Vertrauensmißbrauch reagiert. Als einzige Auswirkung auf die Partnerschaft erwähnt sie, daß „sich die Frage eben stellte mit der Refertilisation“ (167), so als ob das selbstverständlich sei. Sie übernimmt die Initiative, indem sie die Kinderwunschsprechstunde einer Klinik aufsucht. Ihr Partner ist mit diesem Schritt offenbar einverstanden. Zu diesem Zeitpunkt sind beide berufstätig.

### **Kategorie Refertilisierung**

Innerhalb der zehn Jahre, die Verena sterilisiert ist, wächst ihre Unzufriedenheit damit. Ihr Leben hat sich einerseits stabilisiert, aber nicht in der Weise, wie sie sich das vorgestellt hat. Zwar ist sie berufstätig, was ihr zum Zeitpunkt der Sterilisation als äußerst erstrebenswert erschien, aber sie kann ihre Berufstätigkeit nur unbefriedigend mit ihrer Mutterschaft vereinbaren. Das Heiratsversprechen wurde nicht eingelöst wie erwartet. Es bleibt unklar, warum sich das Paar trennt. Es liegt die Vermutung nahe, daß die Trennung von Verena ausgeht, weil sie wieder ein Kind haben möchte.

Es liegen prognostisch ungünstige Faktoren vor, um die Sterilisation gut zu verarbeiten: der vermutlich nie bewußt abgeschlossene Kinderwunsch, die hohe Bedeutung der Fruchtbarkeit, die Gleichzeitigkeit mit einem Abbruch und vor allem die Bedingung, daß die damalige Partnerschaft nur mit Hilfe der Sterilisation aufrecht erhalten werden kann.

Im Nachhinein hat Verena das Gefühl, fremdbestimmt gewesen zu sein, hätte sie nicht auf



andere gehört, „wäre alles anders gelaufen“ (486). So entsteht in ihr das starke Bedürfnis, selbst zu bestimmen, was sie will. Sie kann nicht mehr dazu stehen, daß es ihr in der damaligen Lebenssituation richtig erschien, sich sterilisieren zu lassen.

Sie betont, daß sie sich ausschließlich um ihrer selbst willen zur Refertilisierung entschieden habe, nicht weil irgend jemand anders das wollte. Sie beschreibt ausführlich, wie schlecht sie die Abbrüche verarbeitet hat, im Zusammenhang mit dem Bereuen der Sterilisation. Insbesondere die Gleichzeitigkeit der beiden Eingriffe lassen eine adäquate Verarbeitung nur schwer gelingen. Sie hat „ein unheimlich schlechtes Gewissen“ (390) und findet es unerträglich, „keine Kinder mehr oder niemals haben zu können“ (391). Da sie diesen Zustand selbst herbeigeführt hat, entsteht das Bedürfnis, ihn wieder aufzuheben. Damit ist vermutlich die Hoffnung verknüpft, das schlechte Gewissen über die Abbrüche zu verlieren.

Ein weiteres Motiv für die Entscheidung zur Refertilisierung kann darin gesehen werden, daß sie sich dadurch von ihrer Mutter unterscheiden kann. Sie hat darunter gelitten, kein Wunschkind zu sein, hat aber selbst zwei Kinder, die keine Wunschkinder waren. Außerdem hat sie sich ihren Kindern nicht so widmen können, wie es ihrem Anspruch entspricht. So betont sie, daß ihre Tochter, die nach der Refertilisierung geboren ist, ihr einziges Wunschkind ist und ihr größter Wunsch war. Ihr widmet sie heute ihre volle Aufmerksamkeit und bekommt dafür, „was ein Mann einem nicht geben kann“ (523). Das sind bedingungslose Liebe und Selbstbestätigung, die sie selbst in ihrer Kindheit nicht erfahren hat.

Sie ist nicht bereit, den Partner an der Erziehung des Kindes teilhaben zu lassen. Sie will es ganz für sich haben: „Das [Kind] war für mich, das war einfach für mich, und ich werde es auch nach wie vor nicht mit ihm teilen wollen“ (622).

#### **4.1.2.3 Interpretative Zusammenfassung**

Verena spürt als Kind sehr deutlich ihre Unerwünschtheit. Sie hat das Gefühl, ihrer Mutter lästig zu sein und glaubt, Beziehungen zu Männern sind der Mutter wichtiger als die Beziehungen zu den Kindern. Ihren Vater hat sie als aggressiven Menschen erlebt.

Verena wird als junge Frau wiederholt ungeplant schwanger ohne in festen Partnerschaften zu leben. Sie betont einerseits, daß ihre ersten beiden Kinder keine Wunschkinder waren

und daß sie andererseits ihre Schwangerschaftsabbrüche bereut. Die Schwangerschaften gibt sie als Grund dafür an, daß sie keine Ausbildung anfangen konnte. Ihrer Fruchtbarkeit gegenüber scheint sie hochambivalent zu sein, denn sie übt keine Kontrolle über die Verhütung aus und macht die Schwangerschaften und die Kinder dafür verantwortlich, sich nicht „auf sich selbst konzentrieren“ zu können. Mit den Aufgaben der Mutterschaft fühlt sie sich überfordert und von den Vätern der Kinder mit dieser Verantwortung allein gelassen. Als sie mit 23 Jahren erneut schwanger wird, fühlt sie sich in mehrerlei Hinsicht unter Druck gesetzt. Einerseits ist es ihr Bedürfnis, „endlich“ etwas mehr Selbständigkeit zu erlangen, indem sie einen Beruf erlernt, andererseits will ihr Partner das Kind nicht haben, so daß sie sich zum wiederholten Mal vor die Frage gestellt sieht, über einen Abbruch entscheiden zu müssen. Ihr Partner möchte nicht nur, daß sie einen Abbruch vornehmen läßt, sondern auch gleichzeitig eine Sterilisation. Damit verbunden ist ein Heiratsversprechen, welches in Verena vermutlich Wünsche nach Stabilität und Dauer der Partnerschaft aktiviert, was sie bisher nicht erfahren hat. Die Liebe zu diesem Partner gibt sie als Grund für ihre Entscheidung zur Sterilisation an sowie „eigentlich“ genauso gedacht zu haben wie er. Diese Einschränkung läßt darauf schließen, daß sie nicht vollkommen überzeugt von der Entscheidung war und diese nicht als authentisch bezeichnet werden kann. Es kann vermutet werden, daß die Sterilisation hauptsächlich dem Aufrechterhalten dieser Partnerschaft galt. Im Nachhinein deutet sie es selbst als fremdbestimmte Entscheidung. Sie bleibt ca. 10 Jahre mit dem Partner zusammen, allerdings wird das Heiratsversprechen nicht eingelöst. Sie absolviert in dieser Zeit eine Ausbildung und ist berufstätig. Insofern stabilisieren sich ihre Lebensverhältnisse. Als Berufstätige fehlt ihr die Zeit für ihre Kinder, vorher war es umgekehrt, d.h. als die Kinder klein waren und sie Zeit für sie hatte, fehlte ihr die Berufstätigkeit. Sie kann beide Bereiche nicht zufriedenstellend für sich in Einklang bringen. Sie gibt an, die Sterilisation schon bald bereut zu haben und macht ihren Partner dafür verantwortlich. Sie ist im Nachhinein der Meinung, er hätte sich sterilisieren lassen sollen. In der Situation selbst fand darüber keine Auseinandersetzung statt.

Nach der Trennung wendet sie sich an ein Ehevermittlungsinstitut und lernt einen Mann mit Kinderwunsch kennen. Sie sagt ihm erst nach der Heirat, daß sie sterilisiert ist. Wie er darauf reagiert, ist nicht bekannt. Verena beschreibt die Beziehung als eine, in der es keine Vertrauensbasis gab. Ein Kind zu bekommen, sei ihr einzig und allein wichtig an dieser Partnerschaft gewesen, gibt sie an. Sie betont, sie habe ein Kind für sich haben wollen, ein

„einziges Wunschkind“, das ihr gibt, „was ein Mann einem nicht geben kann“. Der Wunsch nach einem Wunschkind läßt vermuten, daß sie sich dadurch von ihrer Mutter unterscheiden möchte, ihre eigenen Unerwünschtheit aufheben möchte. Verena hat die Lebensführung ihrer Mutter zum Teil wiederholt. Auch sie hatte wechselnde Partner, die Kinder waren ihr „im Weg“. Mit einem Wunschkind verbindet sie Liebe und Anerkennung, die sie von einem Mann nie erfahren hat. Der Vergleich, den sie zwischen der Liebe eines Mannes und der eines Kindes zieht, läßt vermuten, daß sie ein bedingungsloses Geliebtwerden zutiefst entbehrt. Gleichzeitig bleiben ihre Beziehungen mit diesem Anspruch immer unbefriedigend und unreif. Verenas Bedürfnis selbst über sich zu bestimmen ist zum Zeitpunkt der Refertilisierung stark ausgeprägt. Bis dahin meint sie immer fremdbestimmt gehandelt zu haben. Sie äußert auch, bis dahin nicht gewußt zu haben, was sie wollte. Diese Äußerungen lassen vermuten, daß sie keine Verantwortung für ihr bisheriges Tun übernimmt, einschließlich der Schwangerschaften und der Sterilisation. Ihrem Empfinden nach ist sie viel für andere da gewesen und hat viel für andere getan. Sie betont, wie sehr sie sich ein Kind „für sich“ wünscht. Ihre weibliche Potenz hat so einen hohen und übergeordneten Stellenwert, daß sich vermutlich keine anderen Phantasien entwickeln können, etwas „für sich“ zu bestimmen und zu erreichen. Bezogen auf den Bereich Fruchtbarkeit hat sie das Gefühl, viel falsch gemacht zu haben, von den Abbrüchen bis zur Sterilisation. Daher äußert sie den starken Wunsch, etwas wieder gut und diesmal richtig zu machen. Mit der Wiederherstellung ihrer Fruchtbarkeit will sie ihre Identität als Frau wiederherstellen.

### **4.1.3 Einzelfallanalyse Edith**

#### **4.1.3.1 Kurzbiographie**

Edith wird 1965 als jüngstes von sechs Kindern in einer Großstadt der ehemaligen DDR geboren. Als sie vier Jahre alt ist, verläßt der Vater die Familie. Die Mutter zieht die Kinder von da ab alleine groß und ist außerdem berufstätig. Edith erlebt die Mutter als extrem belastete Frau. In ihrer Umgebung fällt die Familie durch die ungewöhnlich hohe Kinderzahl auf und wird beargwöhnt. Edith wünscht sich als junges Mädchen für ihre Zukunft eine eigene Familie, am liebsten mit vier Kindern. Nachdem ihre älteste Schwester tödlich verunglückt, nimmt die Mutter deren Säugling in die Familie auf. Zu diesem

Zeitpunkt ist Edith 13 Jahre alt. Mit 16 Jahren schließt Edith die Schule ab und macht im Anschluß daran eine Ausbildung zur Wirtschaftskauffrau. Sie heiratet mit 19 Jahren und bekommt im gleichen Jahr ihr erstes Kind, eine Tochter. Nach einem halben Jahr Erziehungsurlaub arbeitet sie halbtags. Drei Jahre später wird ihr Sohn geboren. Sie bleibt ein Jahr zu Hause. Im darauf folgenden Jahr beginnt sie eine Ausbildung zur Erzieherin. In diese Zeit fällt die „Wende“. Im Zuge des Wiedervereinigungsprozesses wird ihr während ihrer Ausbildungszeit gekündigt. Kurze Zeit später kann sie jedoch eine neue Ausbildung beginnen. Anschließend arbeitet sie als Erzieherin in einem Heim für geistig und körperlich behinderte Frauen. Edith wird durch die neuen gesellschaftlichen Umstände stark verunsichert. Sie bekommt in dieser Zeit Depressionen und Ängste. Im Freundeskreis wird viel über die bevorstehende Änderung des § 218 diskutiert. Diese Thema verunsichert Edith zusätzlich, da sie glaubt, nach der neuen Regelung gäbe es im Fall einer Vergewaltigung keine Indikation zum Abbruch. Sie gibt an, das sei neben dem Rat der Mutter zur Sterilisation ein Beweggrund für diese Entscheidung gewesen.

Im Alter von 27 Jahren läßt sie sich sterilisieren. In dieser Zeit ist sie unzufrieden mit ihrer Ehe, da ihr Partner nur seinen eigenen Interessen nachgeht. Ein halbes Jahr nach der Sterilisation wird ihr klar, daß diese Entscheidung ein Fehler war. Ca. zwei Jahre später trennt sie sich von ihrem damaligen Ehemann und lernt ihren jetzigen Partner kennen. Er zieht zu ihr und den Kindern. Sie teilen gemeinsame Interessen und Lebenseinstellungen. Die Kinder sehen in ihm einen neuen Vater, und er nimmt diese Rolle gerne ein. Als sie 30 Jahre alt ist, erfolgt die Refertilisierung. Im Jahr darauf wird sie schwanger und heiratet wieder. Sie möchte mit ihrem neuen Partner am liebsten zwei gemeinsame Kinder haben.

#### **4.1.3.2 Interpretative Zusammenfassung**

Edith kommt aus einer kinderreichen Familie und sieht darin ihren eigenen Kinderwunsch begründet. Der sei ihr „in die Wiege gelegt worden“ (484). Schon als Kind wünscht sich Edith eine eigene Familie mit vier Kindern.

Ihren Vater beschreibt sie als einen Mann, der sich „nicht viel um die Kinder kümmert“ (633). Er trennt sich von seiner Frau und den Kindern, als Edith vier Jahre alt ist. Von da an sorgt die Mutter alleine für die Familie. Edith erlebt, wie belastend es für ihre Mutter ist, die Kinder „alleine durchzubringen“ (633).

Ihre Mutter hat aus Ediths Sicht keine Entscheidungsfreiheit darüber gehabt, ob und wie

viele Kinder sie bekommen möchte, da es zum damaligen Zeitpunkt Verhütungsmittel wie die Pille noch nicht gab. So war die Geburtenkontrolle für die Mutter damals in diesem Maße nicht möglich. So habe ihre Mutter das „Problem gehabt, immer Kinder kriegen zu müssen“ (625). Aufgrund der Erfahrungen der Mutter, ist es vermutlich für Edith wichtig, Kontrolle über die Verhütung zu haben, damit ein Kinderwunsch bewußt umgesetzt werden kann.

Ihr erstes Kind bekommt sie mit 19 Jahren, drei Jahre später das zweite. Sie verträgt die Pille nicht und lehnt auch die Spirale ab. Die Funktionsweise der Spirale setzt sie mit einem Schwangerschaftsabbruch gleich. So gestaltet sich das Thema Verhütung für Edith immer wieder problematisch, so daß sie keine Verhütungsmethode als geeignet ansieht.

Als ihr jüngstes Kind ein Jahr alt ist, entsteht durch die „Wende“ 1989 erstmalig die Möglichkeit, sich sterilisieren zu lassen. Als Anlaß über eine Sterilisation nachzudenken, gibt Edith wochenlange und intensive Diskussionen im Freundeskreis über den §218 an. Die bevorstehende Gesetzesänderung im Zuge der „Wende“ habe sie vollkommen verunsichert. Sie spricht von „panischer Angst“ (53), die sie hat, weil sie glaubt, daß eine Frau im Falle einer Vergewaltigung nach dem neuen Gesetz gezwungen wäre, das Kind auszutragen. Gleichzeitig glaubt sie, daß sie „einen Abbruch wahrscheinlich auch psychisch nicht verkraftet hätte“ (78). Um nicht in die für sie stark angstausslösende Situation zu kommen, entscheidet sie sich zur Sterilisation. Sie sagt, das sei „wahrscheinlich das Beste“ (79). Woher die Angst vor einer Vergewaltigung kommt, bleibt unklar, sie ist aber sehr stark und real für Edith. Sie sagt, sie hätte nichts davon gehabt, wenn ihr Partner sich hätte sterilisieren lassen, denn sie hätte dann immer noch das Problem, nicht zu wissen, was sie nach einer Vergewaltigung tun würde. Es ist schwer nachzuvollziehen, woher die starke Angst vor einer Vergewaltigung herrührt und es bleibt ebenfalls unklar, warum das Thema Sterilisation so stark mit dieser Angst verknüpft ist. Es ist zu vermuten, daß ihre Ängste tatsächlich tiefer liegen und einen anderen Ursprung haben, so daß sie sie nicht als das erkennen kann, was sie sind, sondern diese Ängste übertragen werden und somit als Angst vor Vergewaltigung und Abbruch bezeichnet werden. So werden sie greifbar für sie, und sie nimmt ihnen vermeintlich die Basis, indem sie sich sterilisieren läßt. Damit ist im Grunde genommen die Möglichkeit einer Vergewaltigung nicht ausgeschlossen. Es liegt die Vermutung nahe, daß Edith nach Argumenten sucht, die ihre Entscheidung zur Sterilisation plausibel erscheinen lassen.

Der gesellschaftliche Umbruch löst in Edith das Gefühl aus, „in der Luft zu hängen mit

allem, Arbeit, Familie, das war eine völlig andere Welt auf einmal“ (834-835). Es ist zu vermuten, daß sie sich unter anderem zur Sterilisation entscheidet, um wenigstens in einem Bereich ihres Lebens selbst Kontrolle ausüben zu können. Es ist zugleich der Bereich, über den sie bisher keine Kontrolle hatte, und der über ihre Mutter eine hohe Bedeutung hat. So gibt Edith auch an, sehr stark von der Mutter beeinflusst worden zu sein. Die Mutter rät ihr zur Sterilisation, weil sie mit zwei Kindern genug hätte und „es besser ist, weniger Kinder zu haben“ (614). Die Mutter wünscht ihrer Tochter vermutlich mehr Entlastung als sie aufgrund der vielen Kinder hatte. Edith verwirklicht mit der Sterilisation vermutlich ersatzweise den Wunsch der Mutter, den diese für sich selbst nicht erfüllen konnte. Sie nimmt damit deren Sorge als eigene Sorge an, sich mit mehr als zwei Kindern zu überfordern.

Es fällt auf, daß Edith als Grund für die Sterilisation nicht angibt, daß sie ihren Kinderwunsch grundsätzlich abgeschlossen hätte. Hingegen gibt sie an: „Mir persönlich waren zwei Kinder nicht unbedingt immer genug“ (151). Sie scheint sich über die Konsequenz ihrer Entscheidung nicht vollkommen bewußt gewesen zu sein. Als positive Veränderung nach der Sterilisation nennt sie lediglich, „daß im Grunde jegliche Verhütung aus dem Weg war“ (130). Im Nachhinein bezeichnet sie die Sterilisation „als Verhütungsmethode ungeeignet“ (698). Daraus geht hervor, daß sie über den Aspekt der Verhütung nicht hinaus über den endgültigen Abschied von ihrer Fruchtbarkeit nachgedacht hat.

Ihre Ehe und Familie zum Zeitpunkt der Sterilisation beschreibt Edith als eine, in der sie „immer alles so alleine managte“ (173), und der Partner mit allem, was sie tut und entscheidet, einverstanden ist. Ihr Partner habe keine eigenen Ideen in die Gestaltung der Partnerschaft und Kindererziehung mit eingebracht. Diese Rollenaufteilung akzeptiert Edith bis dahin als selbstverständlich. Sie gibt an, in dieser Zeit „eigentlich eine ganz zufriedene Ehe“ (167) geführt zu haben und „noch nicht gewußt“ (166) zu haben, daß sie im Grunde genommen unzufrieden ist. Im Nachhinein negiert sie diese Beziehung regelrecht, indem sie sagt: „Ich hatte ja keine“ (360). Es fällt auf, wie wenig angemessen sie sich selbst einschätzen kann. Dieser Eindruck wird dadurch verstärkt, daß sie ihren Partner im Rückblick als „drittes Kind“ beschreibt. Bald darauf trennt sie sich von ihm.

Ein halbes Jahr nach der Sterilisation hat Edith einen Alptraum, in dem ihr jüngstes Kind „verschwindet“ (111) und wacht mit dem Gedanken auf, daß sie „nie wieder ein Kind kriegen“ (113) kann. Von da an ist sie sich nicht mehr sicher, ob ihre Entscheidung zur

Sterilisation richtig war. Ihr Traum sei „völlig aus dem Unterbewußtsein“ (125) gekommen, sie habe sich „damit nicht beschäftigt“ (125). Es bleibt unklar, ob sie sich nicht mit der Tatsache beschäftigt hat, daß sie nie wieder ein Kind bekommen kann oder ob die Möglichkeit, ein Kind verlieren zu können, gemeint ist. Sie gibt jedoch selbst an, daß der Alptraum ein Ausdruck ist, mit der Entscheidung zur Sterilisation ihren Kinderwunsch nicht abgeschlossen zu haben. Sie sagt: „daß ich der Meinung war, damit [mit der Sterilisation] psychisch nicht ganz klar zu kommen“ (386), und der Wunsch entsteht, „das wieder heil machen zu wollen“ (392). Im Nachhinein bezeichnet sie die Sterilisation als gegen die Natur gerichtet und will den natürlichen Zustand wieder herstellen. Sie sieht diese Entscheidung unabhängig vom Partner, sie will es für sich „wieder in Ordnung bringen“ (390). Sie meint, ihr psychisches Gleichgewicht nur wieder finden zu können, wenn sie die Möglichkeit hat, Kinder zu bekommen. Ihr ursprünglicher Wunsch nach vier Kindern, den sie nie bewußt aufgegeben hat, äußert sich wieder. Sie plant gemeinsam mit ihrem neuen Partner zwei Kinder. Den Wunsch zur Refertilisierung hat sie bereits, bevor sie mit diesem Partner zusammen ist. Drei Jahre nach der Sterilisation erfolgt die Refertilisierung. Als der Partner mit erlebt, „daß ich [sie] da ganz schön was mit mache mit so einer Operation, denn wollten wir halt noch ein Kind“ (475 - 476). Der Partner willigt also in ihren Kinderwunsch ein, weil er wahrscheinlich sieht, wie wichtig ein weiteres Kind für sie ist. Sie wird im ersten Jahr nach der Refertilisierung schwanger.

Kinder zu bekommen, ist für Edith einerseits eine Selbstverständlichkeit, „die gehören einfach dazu“ (485), und andererseits ist es für sie „etwas ganz Besonderes, Kinder zu haben“ (490). Ihr Leben werde durch ihre Kinder bereichert. Als bereichernd bezeichnet sie alles, was ihr das Gefühl gibt, gebraucht zu werden. Es ist zu vermuten, daß dieses Bedürfnis eine Rolle bei der Entscheidung zur Refertilisierung spielt. Das Bedürfnis wird durch Kinder befriedigt und mit der Aussicht, wieder Kinder bekommen zu können, entsteht bei Edith eine subjektiv erlebte Zufriedenheit. Sie sagt, sie hätte sich nicht vorstellen können ohne Kinder zu leben. In so einem Fall hätte sie eine Adoption erwogen. Das Motiv des „Gebrauchtwerdens“, was Kinder ihr geben, konnte nach der Sterilisation nicht mehr in dem Maße gestillt werden. So erscheint es nachvollziehbar, daß sie das aus ihrem psychischen Gleichgewicht gebracht wurde und sie die Möglichkeit wieder herstellen wollte.

Edith hält auch eine künstliche Befruchtung für erwägenswert, was einen deutlichen Widerspruch zu der geäußerten Einstellung darstellt, „daß man auch die Natur ernst nimmt,

die ja nun mal gegeben ist“ (725). Daraus kann eine sehr hohe Bedeutung des Kinderwunsches geschlossen werden, die ihr nicht bewußt ist. Zumal mit einer künstlichen Befruchtung das Heilwerden nicht im naturgemäßen Sinne erreicht worden wäre, sondern nur für die Verwirklichung des Kinderwunsches gesorgt wäre.

Heute ist Edith der Meinung, eine Frau sollte „alle anderen Möglichkeiten ausloten“ (726), bevor sie sich zu einer Sterilisation entschließt. Sie kritisiert ihr eigenes Verhalten ohne sich mit einzubeziehen. Sie würde niemandem zur Sterilisation raten und fordert außerdem, daß einer Frau die Entscheidung zur Sterilisation schwerer gemacht werden solle, beispielsweise durch eine finanzielle Beteiligung. Hier äußert sich eine passive Haltung, denn sie fordert nicht, daß Frauen beispielsweise ihren Kinderwunsch überprüfen sollen, vermutlich weil sie es selbst nicht kann. Sie kann sich offensichtlich keine Bedingungen vorstellen, die eine Sterilisation sinnvoll erscheinen lassen. Das deutet auch darauf hin, daß sie sich nicht mit den Motiven aktiv auseinandersetzt, die ihrer Entscheidung zur Sterilisation und zur Refertilisierung zugrunde liegen könnten.

#### **4.1.4 Einzelfallanalyse Lene**

##### **4.1.4.1 Kurzbiographie**

Lene wird 1961 in einer Großstadt der ehemaligen DDR geboren. Sie wächst als Einzelkind auf. Sie vermißt es, Geschwister zu haben und nimmt sich schon als Kind vor, selber mehr als ein Kind zu bekommen.

Als Jugendliche spielt sie in einer Laienspielgruppe, und es deutet sich die Möglichkeit an, auf die Schauspielschule zu kommen. Sie selbst will immer schon Krankenschwester werden. Davon rät ihr die Mutter ab, weil sie Schichtdienst und wenig Geld haben würde. Als sie mit sechzehn Jahren schwanger wird, folgt sie dem Ratschlag der Mutter, eine Ausbildung zur Wirtschaftskauffrau zu machen. Sie beginnt zunächst eine Ausbildung und bekommt wenig später eine Tochter. Zu dieser Zeit wohnt sie noch bei den Eltern.

Bevor die zweite Tochter drei Jahre später geboren wird, heiratet sie ihren Freund und Vater der beiden Kinder, ihre Eltern überlassen dem Paar ihre Wohnung. Als junge Mutter ist Lene einerseits glücklich über die Situation, zwei Kinder zu haben. Die Kinder geben ihr Bestätigung und sie kann ihrem Fürsorgebedürfnis nachkommen. Andererseits herrscht



in ihr eine hohe Unzufriedenheit mit ihrer Lebenssituation. Ihr Mann kümmert sich nicht um die Kinder und die damit verbundene Arbeit. Er geht abends mit Freunden aus, während sie mit den Kindern zu Hause bleibt. Auch auf Anraten ihrer Mutter geht sie nicht aus. Mit der Zeit wird sie immer unzufriedener. Ihr Mann schlägt sie, wofür sie sich auch heute noch zum Teil mit verantwortlich fühlt.

Zwischen 1980 und 1985, trennt sie sich von ihrem Ehemann und heiratet erneut. In diesen Jahren macht sie außerdem eine Ausbildung zur Krankenschwester. Sie zieht mit den Kindern zu ihrem neuen Ehemann in eine ländliche Gegend. Sie paßt sich den leicht bäuerlichen Lebensumständen an, was ihr nicht leicht fällt. Ihre Töchter verstehen sich gut mit dem neuen Partner. Das erste gemeinsame Kind wird 1985 geboren, es ist ein Sohn. Drei Jahre später bekommt sie ihr viertes Kind, wieder ein einen Sohn. Lene ist zu diesem Zeitpunkt 27 Jahre alt. In diesen Jahren ist sie Hausfrau, ihr Mann arbeitet als Polizist. Während der letzten Schwangerschaft liegt sie fünf Monate im Krankenhaus. Die Diagnose ist unklar. Sie ist geschwächt und hat Angst vor der Verantwortung, Mutter von vier Kindern zu sein. Schließlich kommt das Kind einen Monat zu früh.

Unmittelbar nach der Geburt bittet sie um die Sterilisation, die man ihr verweigert, was sie sehr wütend macht. Es ist unklar, ob sie vorher jemals über eine Sterilisation nachgedacht hat. Sie verträgt die Pille nicht und läßt sich die Spirale einsetzen. Dadurch hat sie ein Jahr lang immer wieder Schmerzen. Sie will auf keinen Fall noch einmal ein Kind bekommen. Einen Abbruch würde sie nicht machen lassen.

Ihr Privatleben wird in den nächsten Jahren zunehmend belastender. Ihr Mann ist regelmäßig betrunken, bringt Kollegen von der Arbeit mit nach Hause, mit denen er zusammen trinkt und das Familienleben stört. Das Alkoholproblem des Mannes besteht bereits zu Beginn der Partnerschaft, wird von Lene aber weitgehend verdrängt und zunächst nicht als belastend empfunden. Ihr Mann hat immer wieder Beziehungen zu anderen Frauen, die sich auf Sexualkontakte beschränken. Lene beschwert sich nicht darüber.

Von Anfang an empfindet sie, daß sie einen höheren geistigen Anspruch als ihr Mann hat und sie diesen nicht mit ihm teilen kann. Es findet kaum Kommunikation zwischen den Eheleuten statt. Mit der Zeit fallen ihr die Defizite in der Partnerschaft immer mehr auf, so daß sie sich von ihm trennt.

Sie macht sich im Zuge der Wende selbständig im Bereich häuslicher Krankenpflege.

Während dieser Zeit beginnt ihr Mann eine neue Beziehung zu einer anderen Frau. Nach der Trennung bitten die Kinder immer wieder darum, mit beiden Elternteilen zusammenzuwohnen. Lene gibt dem Wunsch nach, es bleibt unklar, ob ihr Mann nebenbei die andere Beziehung weiter führt. Lene versucht zwar Kinder und Haushalt mit ihrem Mann zu teilen, aber ansonsten getrennte Wege zu gehen und keine Liebesbeziehung aufzubauen.

In dieser Zeit hat sie einen schweren Unfall. Aufgrund dessen ist sie ca. ein Vierteljahr lang gehunfähig und kaum belastbar. Ihr Mann nimmt ihr vieles ab, sie fühlt sich ihm zu Dank verpflichtet. So wird die Beziehung entgegen ihrem Vorhaben mit der Zeit wieder enger. Nach wie vor möchte sie auf keinen Fall ein weiteres Kind haben. Als ansteht, daß die Spirale gewechselt werden muß, die sie nach der Geburt des letzten Kindes ca. sechs Jahre lang getragen hat, hat sie Angst vor den damit verbundenen Schmerzen.

Als sie 33 Jahre alt ist, läßt sie sich sterilisieren. Lene ist sich sicher, keine weiteren Kinder zu wollen. Ihr erscheint zu dieser Zeit die Sterilisation als einzig in Frage kommende Verhütungsmethode. Nach dem Eingriff empfindet sie es als befreiend, nicht mehr verhüten zu müssen.

Einige Monate später trennt sie sich endgültig von ihrem Mann. Zu diesem Zeitpunkt ist die Privatsphäre stark dadurch eingeschränkt, daß seine „Zechkumpanen“ oft bei ihnen übernachten. Sie bleibt zunächst im gleichen Ort, kann es dort aber nicht lange aushalten, weil ihr Mann ihr das Leben zur "Hölle" macht. Dort zu leben, bedeutet für sie, sich in keiner Weise selbst verwirklichen zu können und unglücklich zu sein. Ihr Mann will sie offenbar dafür strafen, daß sie ihn verläßt, indem er darauf besteht, die Söhne zu behalten. Lene wehrt sich nicht, denkt, sie hat keine Chance die Söhne zu bekommen, weil er als Polizist Macht und Recht auf seiner Seite habe.

Sie gibt ihre Selbständigkeit auf, läßt ihre Söhne beim Ehemann und zieht in die Großstadt. Es schmerzt sie, daß die Söhne nicht bei ihr sind. Zu dem Zeitpunkt wird der Jüngere der beiden eingeschult. Sie gibt an, daß ihr Mann ihr alles genommen hat, indem er ihr die Kinder nicht läßt.

Sie arbeitet zunächst in einem konfessionellen Altenheim. Aufgrund einer Folgeoperation ist sie fünf Monate arbeitsunfähig und wird gekündigt. Nach kurzer Arbeitslosigkeit steigt sie wieder in die häusliche Krankenpflege ein. Sie ist glücklich darüber, beruflich etwas geschafft zu haben, das wiegt den Schmerz, die Söhne nicht bei sich zu haben, etwas auf.

Sie holt sie in relativ regelmäßigen Abständen zu sich, es fällt ihr schwer, sie immer wieder weg zu bringen.

Kurze Zeit nach der Trennung vom zweiten Ehemann lernt sie ihren jetzigen Lebenspartner kennen. Er ist acht Jahre jünger und hat keine Kinder. Sie sagt ihm am Anfang ihrer Beziehung, daß sie sterilisiert ist. Er äußert seinerseits einen Kinderwunsch und fragt sie, was es für Möglichkeiten gäbe, daß sie wieder ein Kind bekommen könne. Von sich aus möchte Lene nicht unbedingt wieder ein Kind haben, aber anlässlich des Kinderwunsches ihres Lebenspartners und den Verlustgefühlen, daß ihre Söhne nicht mehr bei ihr wohnen, entschließt sie sich zur Refertilisierung. Zu diesem Zeitpunkt ist sie 36 Jahre alt. Bei den üblichen Spermogrammen vor der Refertilisierung, wird festgestellt, daß die Zeugungsfähigkeit ihres Partners um ca. 80% vermindert ist. Da die Möglichkeit, unter diesen Voraussetzungen schwanger zu werden extrem gering ist, werden nach der Refertilisierung Inseminationen<sup>3</sup> vorgenommen.

Das Paar lebt von Monat zu Monat mit den sich abwechselnden Gefühlen von Hoffnung und Enttäuschung. Lene fühlt sich durch das gemeinsame Ziel seit der Rückoperation noch enger mit ihrem Partner verbunden. Sie räumt jedoch auch ein, sich ein wenig unter Druck gesetzt zu fühlen. Zum Zeitpunkt des Interviews macht Lene gerade eine Behandlungspause, denn sie empfindet die Behandlung als aufwendig und belastend. Sie hat sich keine Altersgrenze gesetzt, aber möchte die Behandlungen nicht mehr allzu lange mitmachen und außerdem nicht unbedingt erst mit über 40 Jahren erneut Mutter werden. Beruflich hat Lene zur Zeit die Möglichkeit, wieder selbständiger zu arbeiten und gibt an, daß dabei ein Kind eher hinderlich sei.

Ihre jüngere Tochter hat im Alter von 16 Jahren ihr erstes Kind bekommen, macht zur Zeit eine Ausbildung und lebt mit ihrem Freund zusammen. Die ältere Tochter erwartet zur Zeit ihr erstes Kind. Sie ist Justizangestellte und lebt mit ihrem Partner im Eigenheim. Lene ist sehr stolz auf ihre Töchter.

Lene ist heute der Meinung, es sollte Frauen schwer gemacht werden, sich sterilisieren zu lassen, da es trotz Refertilisierung extrem schwierig sei, wieder schwanger werden zu können.

---

<sup>3</sup> mit medizin. Hilfe herbeigeführte Befruchtung, dient der Transportverbesserung des Samens

#### 4.1.4.2 Interpretative Zusammenfassung

In ihrer Kindheit ist Lene viel allein und oft unglücklich. Ein Grund dafür ist ihrer Ansicht nach darin zu sehen, daß sie keine Geschwister hat. Darüber hinaus ist aus ihrer Kindheit nichts bekannt. Sie spricht lediglich von „vielen Faktoren“ (779), die zu ihrer unglücklichen Kindheit beigetragen haben und führt diese nicht näher aus. Von ihrem Vater spricht sie nicht. Als junges Mädchen nimmt sie sich vor, später auf jeden Fall mehr als ein Kind zu haben, weil sie es „ganz schlimm“ (725) findet, Einzelkind zu sein.

Als Jugendliche möchte sie Krankenschwester werden. Als sie mit 16 Jahren schwanger wird und ihr erstes Kind bekommt, entscheidet Lene sich auf Anraten der Mutter für eine Ausbildung zur Wirtschaftskauffrau. Sie selbst will keine „Schreibtischarbeit“ (681) machen und hat kein Interesse an diesem Beruf. Als Grund, sich dennoch für diese Ausbildung zu entscheiden, gibt sie dem Druck von außen an: „Da hat man mich klein gekriegt“ (667). Sie kann weder ihr eigenes Interesse durchsetzen, noch dem „vernünftigeren“ Beruf etwas abgewinnen. So gibt sie an, sich in dieser Zeit sehr unterdrückt gefühlt zu haben. Die Abhängigkeit von den Eltern sowie die ungewollte Schwangerschaft verstärken das Gefühl vermutlich noch.

Sie wohnt nach wie vor bei ihren Eltern. Ihr Freund befindet sich ebenfalls in der Ausbildung. Daran anschließend absolviert er seine Militärzeit. Als er davon zurückkehrt, heiraten sie. Die Eltern ziehen aus und überlassen ihnen die Wohnung. Lene wird erneut schwanger und bekommt mit 19 Jahren die zweite Tochter. Sie gibt an, daß das erste Kind völlig ungeplant kam, zum zweiten äußert sie sich weniger eindeutig: „das würde ja vielleicht noch gehen, und es ist für die Kinder gut“ (709). Das zweite Kind wird von Lene vermutlich hauptsächlich deswegen akzeptiert, weil es ein Geschwisterkind für das erste Kind ist. Ihre Absicht, nicht nur ein Kind zu bekommen, ist damit erreicht.

Die Kinder geben ihr „ein bißchen Bestätigung“ (781) und lassen sie „Glück“ (782) empfinden. Zufrieden ist Lene nicht mit ihrer Lebenssituation. Ihr Partner kümmert sich nicht um die Kinder und führt ein Leben wie andere Jugendliche auch. Er geht mit Freunden aus, Lene „hängt mit zwei Kindern zu Hause“ (689). Sie äußert sich sehr ambivalent, als sie einerseits sagt, ihre „Jugend nicht gelebt zu haben“ (817) und in dieser Zeit „nur genörgelt“ habe und „nur unzufrieden war“ (693). Andererseits sagt sie, daß die zwei Kinder keine Einschränkung gewesen seien. Sie beschreibt weiterhin, daß sie, bevor sie selbständig werden konnte, als junge Mutter bereits Verantwortung für eigene Kinder

übernehmen mußte, wenig oder gar nicht unterstützt vom Partner. Das erfordert ein gewisses Maß an Selbstlosigkeit, die dem jugendlichen Alter in der Regel nicht angemessen ist. Sie kann nicht mit dem Leben experimentieren wie andere Altersgenossinnen. „Die Realität, das Leben damit, das war immer anders“ (711), als sie es sich vorstellt.

Ihre ersten Erfahrungen mit der Mutterschaft können als unbefriedigend bezeichnet werden. Auch ihre Partnerschaft ist problematisch. Ihr Partner schlägt sie, und Lene fühlt sich dafür „ein Stück mit dran Schuld, weil man eben nur unzufrieden war und zwei kleine Kinder hatte“ (693). Sie fühlt sich offensichtlich für ihr Empfinden schuldig, sowie dafür, daß sie Kinder hat und kann von der Verantwortung dafür nichts dem Partner zuschreiben. Auch im Nachhinein „kann ich [sie] nicht beurteilen, was da wirklich ganz richtig war oder nicht“ (695). Es liegt die Vermutung nahe, daß Lene ein schwaches Selbstwertgefühl hat und sich nicht gut gegen Grenzüberschreitungen anderer zur Wehr setzen kann.

Innerhalb der nächsten fünf Jahre läßt sie sich zur Krankenschwester ausbilden und setzt damit ihren ursprünglichen Berufswunsch um. In diese Zeit fällt auch die Scheidung vom Ehemann und die zweite Heirat. Es ist nichts Näheres über die Trennung bekannt, weder darüber, ob Lene sie aktiv betreibt, noch wie sie sie erlebt und verarbeitet. An ihrem neuen Partner beeindruckt Lene vor allem, daß er „sehr, sehr gut mit den Mädchen umgehen“ (332) kann. Die Rücksicht ihres neuen Partners gegenüber ihren Töchtern gibt sie als einen Grund für die Heirat an. Sie habe gleichzeitig von Anfang an gespürt, daß er vom „Typ Mensch“ (330) nicht gut zu ihr paßt. Sie zieht zu ihm in eine ländliche Gegend und bezeichnet es als einen persönlichen Kompromiß, daß sie sich den bäuerlichen Lebensverhältnissen anpaßt. Sie beschreibt das so, als ob von Anfang an klar ist, daß ihr Mann die Lebensweise vorgibt. Sie ist in den folgenden Jahren nicht berufstätig. Mit 24 Jahren bekommt sie einen Sohn. An der Aussage: „ich hatte auch nichts dagegen, daß auch er sein Kind wollte“ (358) wird deutlich, daß sie dem Partner das Recht auf ein eigenes Kind einräumt. Indem sie es als „sein Kind“ bezeichnet, distanziert sie sich von dem Kind. Es ist zu vermuten, daß sie das Kind in erster Linie ihm zuliebe bekommt. Ein deutlicher eigener Kinderwunsch kann daraus nicht geschlossen werden. Drei Jahre später wird Lene wieder schwanger.

Sie liegt fast sechs Monate im Krankenhaus, wo keine organischen Ursachen für ihr Befinden gefunden werden. Sie beschreibt, daß es ihr in dieser Zeit extrem schlecht geht und sie Angst vor der Verantwortung hat, ein viertes Kind zu bekommen. Gleichzeitig

äußert sie, ein Abbruch sei für sie nicht in Frage gekommen. Offenbar denkt sie über diese Möglichkeit zumindest nach. Vermutlich fühlt sie sich in dieser Situation völlig überfordert und hilflos und kann ihre Gefühle lediglich über körperliche Symptome der Erschöpfung zum Ausdruck bringen. Es kann davon ausgegangen werden, daß Lene das Kind in dieser Situation nicht haben will. So wäre es zu erklären, daß sie unmittelbar nach der Geburt, noch nachhaltig in Anspruch genommen von der belastenden Schwangerschaft, um die Sterilisation bittet. Sie will „auf keinen Fall noch ein Kind“ (58). Damit macht sie deutlich, daß ihre Grenze, für weitere Kinder sorgen zu können, erreicht, wenn nicht sogar überschritten ist. Die Sterilisation wird von den Ärzten abgelehnt. Lene verhütet daraufhin mit der Spirale, weil sie die Pille nicht verträgt. Mit der Spirale hat sie ein Jahr lang „riesengroße Probleme“ (9). Das kann auch daher rühren, daß sie mit ihrer gesamten Lebenssituation, einschließlich der Partnerschaft immer unzufriedener wird und sich das körperlich auswirkt.

Ihr Ehemann ist in dieser Zeit regelmäßig betrunken. Das Alkoholproblem habe er schon am Anfang der Beziehung gehabt, Lene räumt ein, sie habe das lange Zeit verdrängt und geglaubt, damit leben zu können. Mittlerweile bringt er seine „Kumpels“ zum Trinken mit nach Hause, Lene bringt hinterher die Verschmutzungen und Verwüstungen, die dabei entstehen in Ordnung. Oft übernachteten sie dort. Lene verliert immer mehr an Privatsphäre. Ihr Partner hat wechselnde Beziehungen zu Frauen, die sich auf Sexualkontakte beschränken. Lene geht damit passiv um, indem sie diese Kontakte „hinnimmt“ (396). Ihre geistigen Ansprüche kann sie nicht länger „unterdrücken“ (367), in ihren Augen sinkt ihr Mann immer tiefer, sie kann sich nicht mit ihm austauschen.

Sie beginnt wieder zu arbeiten, als das jüngste Kind ca. ein Jahr alt ist und macht sich selbständig in häuslicher Krankenpflege. Sie trennt sich kurz nach der „Wende“ von ihrem Mann. Der berufliche Erfolg wirkt sich vermutlich begünstigend für diese Entscheidung aus. Nach einem Jahr Trennung zieht sie allerdings wieder zu ihm.

Als Grund dafür gibt sie an, ihre Kinder „bettelten“ (23) darum. Sie will ihnen den Gefallen tun unter der Bedingung, daß das Zusammenleben als gemeinsames Haushalten definiert wird und sie nicht wieder eine Beziehung zu ihrem Mann führt, da sie „innerlich völlig getrennt“ (28) von ihm sei. Sie läßt sich dann doch wieder auf eine Beziehung zu ihm ein, „viel enger als ich [sie] das wollte“ (39). Sie übernimmt offensichtlich den passiven Part in der Partnerschaft, als könne sie sich nicht dagegen wehren, daß der andere durchsetzungsstärker ist als sie. Hinzu kommt ihre Dankbarkeit dem Mann gegenüber, der

ihr vieles abnimmt, als sie aufgrund eines schweren Unfalls ein viertel Jahr lang gehunfähig und kaum belastbar ist.

Als die Spirale gewechselt werden soll, hat sie Angst vor erneuten Schmerzen, die sie zuvor als „einfach nur schlimm“ (62) erlebt hat. Sie ist davon überzeugt, daß sie keine Kinder mehr haben möchte und entscheidet sich zur Sterilisation. Außerdem sei ihre Ehe „kaputt“ (64), insofern stehe einer endgültigen Verhütung nichts im Wege. Zu diesem Zeitpunkt ist sie 33 Jahre alt.

Bald nach der Sterilisation verläßt sie ihren Partner endgültig. Dieser droht sie dafür „fertig zu machen“. Sie beschreibt, daß er ihr Leben daraufhin „zur Hölle“ (314) macht. Er läßt nicht zu, daß sie die Söhne zu sich nimmt. Sie sieht keine Chance, die Kinder zu bekommen, da er „die Macht auf seiner Seite“ (293) hat. Offensichtlich fühlt sie sich gegenüber ihrem Partner vollkommen machtlos, so daß sie auf das Zusammenleben mit den Söhnen verzichtet. Das Getrenntsein von ihnen zehrt dauerhaft an ihr. Sie zieht in die Großstadt und gewinnt ein wenig an Selbstbestätigung durch ihren Beruf. Sie ist stolz auf ihre Leistung. Vermutlich hat sie das Gefühl, als Mutter gescheitert zu sein, da wirkt der berufliche Erfolg ausgleichend. Sie spricht davon, den Söhnen fehle es ein bißchen an Liebe. Das auszuhalten, ist der Preis, den sie zahlt, um selber nicht „unterzugehen“. Sie fühlt sich auch mit verantwortlich dafür, daß ihre jüngere Tochter wie sie mit 16 Jahren schwanger geworden ist.

Nach der Trennung zieht sie in die Großstadt und lernt bald darauf ihren jetzigen Lebenspartner kennen. Er äußert zu Beginn der Partnerschaft einen Kinderwunsch und fragt nach Möglichkeiten, die Sterilisation rückgängig zu machen. Lene entscheidet sich zur Refertilisierung. Die Sterilisation ist drei Jahre her, Lene ist jetzt 36 Jahre alt.

Es scheint ausgeschlossen für sie zu sein, ihre ursprünglichen Motive für die Sterilisation zu überprüfen und sie nach wie vor als richtig zu empfinden. Im Nachhinein nimmt sie eine Uminterpretation vor: „eigentlich“ sei die Sterilisation gegen die Natur. Was sie damit meint, wird in ihrer Aussage deutlich: „Da hab ich eigentlich gegen mich gehandelt“ (98). Das läßt darauf schließen, daß sie nicht zu der Entscheidung stehen kann. In ihrer damaligen Lebenssituation hat Lene sich etwas Gutes getan, indem sie sich vor Überlastung durch weitere Kinder schützt. Sie kann nicht sehen, daß es völlig legitim ist, daß sie sich nach ihren eigenen Bedürfnissen richtet. Konfrontiert mit dem Bedürfnis ihres Partners, ein eigenes Kind haben zu wollen, bereut sie ihre Entscheidung und richtet sich

damit nicht nach ihrem, sondern nach seinem Bedürfnis. Sie spricht davon, der Partner habe seinen Kinderwunsch nicht zur Bedingung für die Partnerschaft gemacht. Hingegen macht sie selbst ihn zur Bedingung für sich: „Wenn ich mit diesem Menschen leben möchte, dann; er hat das ja nicht zur Bedingung gemacht, aber der Wunsch war da“ (748). Die Aussage, sie „weiß nicht, wie [sie] damit leben könnten, wenn er eben kein Kind hat“ (482) macht deutlich, daß sie ihren eigenen Wünschen nicht nachgeht, sondern die Maßstäbe des Partners für ihr Verhalten, sich refertilisieren zu lassen, ausschlaggebend sind. Lene spricht an mehreren Stellen an, daß sie von sich aus nicht wieder „unbedingt“ ein Kind haben möchte. Ein Kind sei außerdem zur Zeit für ihre berufliche Laufbahn hinderlich. Sie wünscht sich vielmehr, einen Kinderwunsch zu haben, sie kann ihn lediglich vage und im Konjunktiv ausdrücken, woraus deutlich wird, daß der Kinderwunsch nicht das Motiv für die Refertilisierung ist: „Durch diese Situation ist das vielleicht bei mir ein bißchen doch so, daß ich ja schon auf jeden Fall noch ein Kind haben wollen würde“ (225-226).

Vor der Refertilisierung wird festgestellt, daß die Spermien des Partners nur zu 20% zeugungsfähig sind. Nach dem Eingriff werden deshalb Inseminationen vorgenommen, damit die geringe Chance besteht, überhaupt schwanger werden zu können. Lene erholt sich nur schwer von der Operation. Die weiteren Behandlungen belasten sie sehr stark, gibt sie an. Schwanger zu werden ist das alles beherrschende Thema in ihrem Leben. Ihr ist klar, wie wenig Hoffnung auf „Erfolg“ besteht.

Das kann dahingehend interpretiert werden, daß sie die Umstände“ in ihrem Sinne „nutzt“: Sie muß sich nicht mit dem Partner über ihre eigenen Wünsche auseinandersetzen, sondern tut hingegen alles, was möglich ist, um schwanger zu werden. Sie scheint sich damit selbst zu entlasten. Wenn keine Schwangerschaft eintritt, sieht sie es nicht als ihre Verantwortung und muß sich so nicht gegen den Willen ihres Partners stellen. Dies ist vermutlich ein Ausdruck von Furcht, ihren Partner, mit ihrer Entscheidung kein weiteres Kind zu wollen, zu verlieren. Lene geht vielleicht von der Überzeugung aus, daß Männer sie nur lieben, wenn sie ein Kind von ihnen bekommt und nicht um ihrer selbst Willen.

Zum Zeitpunkt des Interviews macht Lene eine Behandlungspause, weil sie sich überfordert fühlt. Sie will nicht „ewig“ weitermachen mit der Behandlung, kann sich aber nicht festlegen, wann sie aufhören möchte. Sie stellt sich nicht die Frage, wie die Partnerschaft ohne ein gemeinsames Kind aussehen könnte. Diese Aussicht wirkt vermutlich bedrohlich auf sie, weil ihr Partner sie möglicherweise verlassen könnte und weil sie es außerdem als



Versagen empfinden würde. Sie wird eine möglicherweise eintretende Erleichterung nicht zulassen können.

Lene ist heute der Meinung, Frauen sollte es schwer gemacht werden, sich sterilisieren zu lassen. Damit bringt sie ihre passive Haltung zum Ausdruck, die es ihr nicht möglich macht, sich aktiv auseinanderzusetzen.

## **4.2 Einzelfallanalyse Vergleichsgruppe**

Es folgen die Einzelfallanalysen der sterilisierten Frauen. In der Kurzbiographie werden die Frauen vorgestellt. Anschließend erfolgt für Heike exemplarisch die Auswertung über die Kategorien. Die Einzelfallanalysen schließen jeweils mit der interpretativen Zusammenfassung ab.

### **4.2.1 Einzelfallanalyse Heike**

#### **4.2.1.1 Kurzbiographie**

Heike wird 1957 als erstes Kind eines Ärzt Ehepaars in einer Kleinstadt geboren. Zwei Jahre später kommt ihre Schwester zur Welt. Die Betreuung der Kinder übernehmen oft Tanten und Großeltern. Heike wird zwischenzeitlich in ein Kinderheim gegeben. Als Heike 14 Jahre alt ist, lassen die Eltern sich scheiden. Mutter und Schwester ziehen in eine andere Stadt. Heike wohnt weiterhin beim Vater.

Kurze Zeit später heiratet der Vater wieder. Seine Frau zieht zu ihm und bekommt ein Kind. Im gleichen Jahr gibt der Vater Heike in ein Internat. Die Schüler dürfen das Internat ein Wochenende im Monat verlassen. Heike übertritt diese Regel mehrfach. Ihr wird mit Schulverbot gedroht. Sie heiratet 18jährig ihren Freund, der außerhalb des Internats lebt. Als Grund für die Heirat gibt sie an, daß sie als Verheiratete jedes Wochenende das Internat verlassen darf.

Nach dem Abitur lebt sie ein Jahr in Indien und Thailand. In Kathmandu betreibt sie mit Freunden ein Restaurant, in Thailand macht sie Urlaub. Als sie diese Art zu leben nicht mehr ausfüllt, kehrt sie nach Deutschland zurück und studiert Grundschulpädagogik.

Sie heiratet während des Studiums ein zweites Mal und bekommt mit 25 Jahren eine Tochter. Nach dem Studium ist sie voll berufstätig. Als ihre Tochter acht Jahre alt ist, läßt sie sich scheiden. In der Zeit darauf führt sie eine Wochenendbeziehung mit ihrem Freund, der in einer anderen Stadt lebt. Sie wird zu Anfang der Beziehung schwanger und entscheidet sich für einen Abbruch. Als sie mit 39 Jahren erneut schwanger wird, wollen beide das Kind, obwohl es nicht geplant ist. Ihr Partner zieht zu ihr, gibt seinen Beruf auf und wird Hausmann. Vier Wochen nach der Geburt ihrer Tochter läßt Heike sich sterilisieren. Sie macht eine kurze Babypause und ist danach wieder voll berufstätig.

#### **4.2.1.2 Auswertung über die Kategorien**

##### **Kategorie Wahrnehmung der Person**

Die Kontaktaufnahme erfolgt durch die Vermittlung einer Bekannten. Nach dem Erhalt des ausgefüllten Fragebogens wird telefonisch ein Interviewtermin bei der Interviewten zu Hause verabredet. Das Interview findet in einer entspannten Atmosphäre am Abend in ihrem Wohnzimmer statt. Arbeitsmaterialien, mit denen sie sich auf den nächsten Unterrichtstag vorbereitete, werden zur Seite gelegt und noch rasch die Wäsche aufgehängt. So bekommt die Interviewerin einen kleinen Eindruck vom Alltag der Interviewten, der später im Interview beschrieben wird. Diesen Alltag beschreibt sie als anstrengend, weil sie ein Kleinkind hat, eine Tochter in der Pubertät und voll berufstätig ist. Dennoch wirkt sie nicht angestrengt, sondern vielmehr lebensfroh und zufrieden.

Sie spricht offen über Persönliches, das Gesagte wirkt glaubwürdig und nachvollziehbar. Es entsteht der Eindruck einer reflektierten, selbstbewußten Frau, die ein gutes Gefühl für sich hat, d. h. ihre Grenzen und Wünsche wahrnimmt und entsprechend in ihr Leben integriert.

##### **Kategorie Herkunftsfamilie**

Heike wird 1957 als erstes Kind eines Ärzt Ehepaars in einer Kleinstadt geboren. Zwei Jahre später wird ihre Schwester geboren. Heikes Kindheit ist geprägt durch einen als extrem empfundenen Mangel an Zeit und Zuwendung der Eltern.

Sie beschreibt ihre Eltern so, als haben diese ihre Rolle als Vater und Mutter gar nicht als solche wahrgenommen. „Meine Mutter war nie da. Wir waren immer alleine“ (602), „und

mein Vater sowieso nicht“ (606) sind zentrale Aussagen über ihre Eltern. Beide arbeiten als Ärzte in eigenen Praxen. Besonders deutlich ist Heike das Warten auf die Mutter am Abend in Erinnerung. Offensichtlich empfindet sie die Abwesenheit des Vaters als akzeptabler und selbstverständlicher als die der Mutter.

Bevor die Kinder in die Schule gehen, ist vormittags eine Putzfrau anwesend, die Heike als „eigentliche Mutter“ (608) empfindet. Eine Mutter ist für Heike jemand, „der man etwas zu erzählen hat“ (615), die da ist, tröstet und zuhört. So erlebt sie ihre Mutter nicht. Wenn diese ihr „eine Stunde zwischendurch“ (613) widmet, empfindet Heike das als aufgesetzt. Die Versorgung und Erziehung ihrer Kinder hatte in ihrem Alltag einen geringeren Stellenwert als der Aufbau einer beruflichen Karriere. Heike entwickelt keine vertrauensvolle Beziehung zur Mutter. Heike wird als Kind öfter „herumgereicht“, sie wächst zeitweilig bei Tanten und Großeltern auf, und einmal veranlaßt ihre Mutter eine Heimunterbringung. Näheres dazu wird nicht erwähnt.

Als Heike 14 Jahre alt ist, lassen die Eltern sich scheiden. Heike entscheidet sich dafür, beim Vater zu bleiben, weil es das „kleinere Übel“ (626) ist. Zu der Zeit habe sie ihre Mutter „gehaßt wie die Pest“ (624). Die Mutter zieht mit der Schwester in eine andere Stadt. Bald darauf heiratet der Vater wieder, und seine Frau bekommt ein Kind. Heike verkraftet diesen abrupten Wechsel schlecht. Von Anfang an hat sie gravierende Konflikte mit der Frau. Sie beschreibt das Zusammenleben als „völlige Katastrophe“ (644). Sie fühlt sich als „Spielball“ (646) zwischen den Eheleuten mißbraucht, deren Ehe nach einigen Monaten in Heikes Wahrnehmung „kaputt“ (645) ist. Die Frau stellt Heikes Vater vor die Wahl, sich für sie oder für die Tochter zu entscheiden. Der Vater gibt Heike daraufhin in ein Internat, wo sie bis zum Abitur bleibt.

Über die Beziehung der Eltern untereinander ist nichts bekannt. Heike betont mehrfach, daß sich beide für „etwas ganz Besonderes“ (540) halten. Sie selbst sieht ihre Eltern als „ganz normale Leute“ (553) an. Vom Vater glaubt sie, er habe sich für ein verkanntes Genie gehalten. Ihre Mutter sei noch offensichtlicher von ihrer Einzigartigkeit überzeugt und wünsche sich, daß über ihre Töchter und Enkelinnen „ihre Wahnsinnspersönlichkeit weiter in die Welt getragen wird“ (571). Heike hält das für eine „Macke“ (531). Die Mutter sei tief enttäuscht darüber, daß Heike „nur“ Lehrerin geworden ist und nicht etwa Professorin. Dem Vater gefällt, daß die Tochter einer soliden, geregelten Arbeit nachgeht.

Möglicherweise hat die Distanz zu den Eltern, die das Internatsleben mit sich brachte,

Heike eine relativ unabhängige und selbständige Entwicklung nehmen lassen. Sie entscheidet sich für einen Beruf sowie dafür, Kinder zu haben. Die Schwerpunkte zwischen Familie und Beruf verändern sich im Laufe ihres Lebens, aber die Vereinbarkeit ist für Heike kein Problem. Sie sieht sich nicht als Opfer ihrer Kindheitserfahrungen.

### **Kategorie Beruf**

Heike will „immer schon“ (484) Grundschullehrerin werden, allerdings nicht an einer staatlichen Schule als Beamtin. Nach dem Abitur hat sie, wie sie es nennt, „fixe Ideen“ (486) und geht zunächst für ein Jahr nach Indien und Thailand. Dort betreibt sie einige Zeit ein Restaurant mit Freunden und lebt ein „freies, ungebundenes Leben“ (491). Als es sie nicht mehr ausfüllt und sie es „langweilig“ (492) findet, kehrt sie nach Deutschland zurück. Sie studiert Grundschulpädagogik und verfolgt ihren Beruf „straight“ (501). Sie schlägt eine konventionelle Laufbahn ein, wird Beamtin und ist zufrieden damit. Ihre ursprünglichen alternativen Ideen seien dem „Boden der Realität“ (487) gewichen. Während des Studiums bekommt sie mit 25 Jahren ihr erstes Kind.

Heike stellt ihr Engagement in der Schule etwas zurück, um sich um das Kind zu kümmern. Als dieses dem Kleinkindalter entwachsen ist, hat Heike wieder mehr Kraft und Zeit für ihre Arbeit. Sie absolviert eine Fortbildung in Montessori-Pädagogik, habe sich „da richtig reingekniet“ (441) mit dem Ziel, Unterricht anders als bisher zu machen, weil sie mit den herkömmlichen Methoden nicht mehr zufrieden ist.

Als Heike Mitte 30 ist, versucht sie mit ihrem zweiten Partner, der ebenfalls Lehrer ist, eine Schule zu gründen, in der „anders gelernt werden könnte, als es so normalerweise üblich ist“ (445). Was aus diesen Plänen wird, bleibt unerwähnt. In dieser Zeit steht der Beruf für sie „an erster Stelle“ (433) und ihr Engagement ist groß.

Mit 39 Jahren bekommt sie ihr zweites Kind, und obwohl sie „immer noch eine ganze Menge Energie“ (435) auf den Beruf verwendet, hat seitdem die Familie für sie wieder erste Priorität. Ihr Partner ist zum Zeitpunkt der Geburt und der ersten Lebenszeit des gemeinsamen Kindes Hausmann, so daß Heike ihren Beruf weiterhin ausüben kann. Mittlerweile studiert er. Heike kümmert sich nachmittags um die Kinder und arbeitet abends für die Schule. Sie weiß, daß sie wieder mehr Zeit für sich selbst und für die Arbeit haben wird, wenn ihre Jüngste älter wird, das hat sie bereits einmal so erfahren. Diese Erfahrung gibt ihr die Gelassenheit, ihre aktuelle Lebensphase mit dem Schwerpunkt

Familie zu akzeptieren. Heike betont, daß die Kinder ihr wichtig sind, aber sie seien „nicht alles“ (766) in ihrem Leben.

Ihre Arbeit hat für sie einen „sehr hohen Stellenwert“ (443). Mutterschaft und Berufstätigkeit zu verbinden und als selbstverständlich anzusehen, wird von Heike offenbar zu keiner Zeit in Zweifel gezogen. Sie setzt lediglich unterschiedliche Prioritäten je nach Lebenssituation.

### **Kategorie Partnerschaft**

Heike bezeichnet ihre Partnerschaft als „glücklich“ (801). Zum Zeitpunkt der Sterilisation ist sie ca. 6 Jahre mit ihrem Partner zusammen. Ihr gemeinsames Kind ist 4 Wochen alt. Ihr Partner arbeitete bislang in einer anderen Stadt. Das Paar traf sich am Wochenende, beide waren mit dieser Lebensform zufrieden. Im Verlauf der Schwangerschaft zog der Partner zu Heike. Um die Partnerschaft zum Zeitpunkt der Sterilisation zu beschreiben, muß kurz auf die Vergangenheit eingegangen werden.

Am Anfang der Partnerschaft wird Heike schwanger. Sie will dieses Kind zwar „vom Bauch her“ bekommen, weil sie verliebt ist. Sie befürchtet jedoch gleichzeitig, das Kind zu bekommen wäre lediglich Ersatz für ihre gescheiterte Ehe. Für Heike geht es in dieser Zeit darum, die Scheidung zu verarbeiten und sich auf eine neue Lebensform, allein mit ihrer Tochter, einzustellen. Ihr Partner ist eindeutig gegen das Kind. Heike läßt daraufhin einen Abbruch vornehmen. Heikes Ambivalenz zwischen Gefühl und Vernunft wird deutlich, indem sie sagt, sie hätte das Kind aber „allen Widrigkeiten zum Trotz“ (64) bekommen, wenn ihr Partner ihr das Gefühl gegeben hätte, „irgendwie machen wir das schon“ (63).

Seitdem erlebt Heike eine Unsicherheit, die sich besonders auf die Sexualität auswirkt: „Was wäre, wenn ich jetzt ein Kind bekäme, würde er's akzeptieren“ (831) und: „würde er dann auch zu mir stehen“ (836). Sie lebt in ihrer Partnerschaft mit der Ambivalenz, sich „vom Bauch her“ (326) „immer dieses Kind von ihm“ (325) zu wünschen und der Sorge, ob ein Kind die Beziehung gefährden könnte. Der Kinderwunsch erscheint latent vorhanden, rückt aber nicht in den Vordergrund, und sie muß ihn nicht verwirklichen.

Der Versuch, gemeinsam mit ihrem Partner eine Schule zu gründen, zeigt, daß ihr Interesse am Beruf das Paar auch verbindet. Als sie mit 39 Jahren ungeplant schwanger wird, erlebt sie die erhoffte Reaktion des Partners: „Irgendwie packen wir das schon“ (198). Er zieht zu

ihr und gibt sein bisheriges Leben auf. Für Heike bedeutet das: „Er steht voll und ganz zu ihr [der Tochter] und zu mir“ (843). Seine Reaktion gibt ihr letztlich die Sicherheit, sich für das Kind zu entscheiden, weil sie es so erlebt, daß der Partner sich mit der Entscheidung für das Kind auch bewußt für sie und ihre Beziehung entscheidet. Die Partnerschaft erfährt eine neue Dimension, indem sie zur Elternschaft wird, das wird von beiden positiv erlebt. Heikes latent vorhandener Kinderwunsch mit diesem Partner ist erfüllt, die Unsicherheit dem Partner gegenüber fällt weg. Das Kind wirkt sich stabilisierend auf die Partnerschaft aus.

### **Kategorie Bedeutung von Kindern**

Für Heike ist es seit jeher selbstverständlich, daß sie eine Familie mit Kindern haben möchte. Schon als junge Frau von 18 Jahren äußert sie das offen im Kreis ihrer Bekannten, die die konventionelle Form der Familie eher ablehnen. Heike sagt, sie sei in dem Punkt „ganz konservativ“ (470) gewesen, das heißt, sie will nicht ein Kind um jeden Preis, sondern mit einem Partner gemeinsam.

Während ihres Studiums bekommt sie ungeplant ihr erstes Kind und heiratet wieder. Sie geht eine sehr enge Beziehung zu ihrer Tochter ein, als diese im Kleinkindalter ist und beschreibt ihre damaligen Gefühle mit der Aussage: „meine Tochter ist alles für mich“ (790). Im Nachhinein sieht sie den Grund dafür in ihrer unglücklichen Partnerschaft, aufgrund derer sie sich „in die Beziehung zu [ihrer]Tochter geflüchtet“ (800) habe. Es kann vermutet werden, daß die große Bedeutung der Tochterbeziehung die Funktion hat, Heikes emotionales Defizit durch die unbefriedigende Partnerschaft auszufüllen. Als ihre Tochter 8 Jahre alt ist, läßt Heike sich scheiden und beginnt, für sich und ihre Tochter ein neues Leben aufzubauen.

Mit dem Heranwachsen der Tochter verändert sich die Beziehung zu ihr. Sie dient nicht mehr als Liebesersatz. Das Selbständigwerden der Tochter bedeutet für Heike, daß Kinder „ihr eigenes Leben leben“ (778) und daß das gut so ist. Ihre Tochter selbst und ihre neue, „glückliche“ (801) Partnerschaft tragen dazu bei, daß sich ihre Einstellung zur Tochter dahingehend verändert, daß sie sagt: „inzwischen weiß ich eben, daß Kinder nicht alles sein können, das wäre für die Kinder auch eine Katastrophe“ (791-792).

Nach der Scheidung verliebt sie sich und wird zu Anfang der Beziehung schwanger. „Aus dem Bauch heraus“ (36) möchte sie das Kind haben und hofft, daß ihr Partner sagen

würde: „irgendwie machen wir das “ (103). Sie will einerseits „ganz schnell wieder alles in Ordnung bringen, was kaputt war“(117). Das heißt, einen neue Familie zu gründen, würde sie ablenken vom wirklichen Verarbeiten dessen, was „kaputt“ ist, nämlich ihre alte Familie. Sie erkennt, daß es bei einer Entscheidung für das Kind nicht wirklich um das Kind ginge. In ihren Augen würde das Kind Ersatz dafür sein, daß sie die Scheidung verarbeiten muß und erstmal zu sich selbst kommen muß. Die eindeutig ablehnende Haltung des Partners gegenüber einem Kind zu diesem Zeitpunkt gibt letztlich den Ausschlag, daß Heike sich für einen Abbruch entscheidet.

Von zentraler Bedeutung für Heike bleibt, sich von diesem Partner ein Kind zu wünschen. Sie planen kein Kind, aber für Heike ist der Kinderwunsch latent „im Hintergrund“ (830). Sie erlebt es als belastend, nicht zu wissen, ob ihr Partner, sollte es wieder zu einer Schwangerschaft kommen, „zu [ihr] stehen“ (836) würde.

Sie beginnt mit Mitte 30 über die Möglichkeit der Sterilisation nachzudenken, weil sie mit keiner Verhütungsmethode zufrieden ist, und sie sich allmählich zu alt zum Kinderkriegen fühlt. Sie setzt sich die Altersgrenze von 40 Jahren für die endgültige Entscheidung zur Sterilisation. In dieser Zeit ist ihr berufliches Engagement hoch, und sie ist damit sehr zufrieden.

Mit 39 Jahren wird sie schwanger und denkt nach erstem Zweifeln, ob sie das Kind haben will: „noch eine Chance gibt es nicht“ (39). Ihr Partner reagiert so, wie sie sich das immer gewünscht hat: „komm, irgendwie machen wir das schon“ (63). Er gibt sein bisheriges Leben auf und zieht zu ihr, ohne daß seine berufliche Zukunft in irgendeiner Weise gesichert wäre, was für Heike eindeutig die Bestätigung ihrer Beziehung bedeutet: „er steht voll und ganz zu ihr und zu mir“ (843).

Vermutlich spielt ihr Gefühl, wie diese Schwangerschaft entstanden ist, eine Rolle dabei, daß sie sich für das Kind entscheidet. Sie habe verhütet und kann sich die Schwangerschaft „absolut nicht erklären“ (17). Sie betrachtet das Kind als „sozusagen gottgewollt“ (199).

Dieses sich-nicht-verantwortlich-fühlen für die Schwangerschaft läßt Heike das Kind offenbar leichter akzeptieren, als wenn sie es geplant hätte. Außerdem entlastet es sie dem Partner gegenüber von etwaigen Schuldgefühlen. Es ist nachvollziehbar, wenn sie sagt: „noch ein Kind brauche ich nicht“ (326), weil sie sich „dieses Kind von ihm“ (325) im tiefsten Inneren immer gewünscht hat. Sie entscheidet sich daraufhin endgültig für die Sterilisation, vier Wochen nach der Geburt.

Sie genießt dieses Kind im Bewußtsein, daß es ihr letztes ist, besonders. Die Familie steht bei ihr zur Zeit an erster Stelle, ihre beruflichen Ideen stellt sie zunächst in den Hintergrund. Sie verwendet viel Zeit und Energie für ihre Kinder, aber sagt gleichzeitig: „sie sind nicht alles in meinem Leben“ (766).

Für Heike bedeuten Kinder „die Bejahung des Lebens“ (760), die dann zur Welt kommen, wenn jemand „Freude am Dasein“ (763) hat. Heike integriert die Kinder in ihr Leben. Es gelingt ihr, eine Balance zwischen der Verwirklichung eigener Interessen und den Bedürfnissen der Kinder herzustellen.

### **Unterkategorie Lebenssituation zum Zeitpunkt der Sterilisation**

Heike ist zum Zeitpunkt der Sterilisation 39 Jahre alt. Zur Sterilisation meldet sie sich während ihrer Schwangerschaft an, die wie geplant vier Wochen nach der Geburt ihres zweiten Kindes erfolgt. Ihr erstes Kind ist zu diesem Zeitpunkt 13 Jahre alt. Sie freut sich über die kleine Schwester.

Heikes 47jähriger Partner, mit dem sie bislang eine Wochenendbeziehung über einige hundert Kilometer führte, zieht zu ihr, gibt seinen Beruf auf und wird Hausmann. Diese Kompromißbereitschaft des Partners, sein Leben auf die neue familiäre Situation abzustimmen, empfindet Heike als Bestätigung ihrer Beziehung. Beide freuen sich an dem Kind, und beide stehen hinter der Entscheidung zur Sterilisation. Sie betrachten das Kind als ein "Genußkind", mit dem sie gar nicht mehr gerechnet haben. Nach dessen Geburt wollen sie aufgrund ihres fortgeschrittenen Alters auf keinen Fall eine weitere Schwangerschaft riskieren. Heike ist der Meinung, das in ihrem Alter ohnehin naturgemäß anstehende Ende ihrer Fruchtbarkeit mit der Sterilisation lediglich vorwegzunehmen. Das bedeutet für sie, keine Angst mehr haben zu müssen, daß sie wieder schwanger werden könnte. Sie fühlt sich befreit und erleichtert.

Für Heike ist dieses Kind die Erfüllung ihres Kinderwunsches mit diesem Partner, den sie latent immer hatte, wenn sie ihn auch bewußt nie verfolgt hat. Über einige Jahre beschäftigt sie bereits der Gedanke an eine Sterilisation, den sie nach dieser Geburt nun voller Überzeugung in die Tat umsetzt.



## **Kategorie Sterilisation**

Heike begründet ihre Entscheidung zur Sterilisation hauptsächlich damit, daß ihr Wunsch, mit ihrem zweiten Lebenspartner ein Kind zu haben, erfüllt wurde und sie deshalb das Thema Kinderwunsch für sich endgültig abgeschlossen hat.

Vermutlich trägt ihre negative Erfahrung mit verschiedenen Verhütungsmethoden dazu bei, daß sie eine ganz sichere Verhütungsmethode wählt. Bei ihr „ging das zu oft schief“ (721), d. h. sie kam mit keiner Verhütungsmethode so klar, als daß sie nicht schwanger wurde. Ihr erstes Kind kam ungeplant, und innerhalb der folgenden Jahre hatte sie drei Abbrüche.

Der letzte Abbruch hat für Heike vermutlich eine besondere Bedeutung. In der damaligen Situation ist sie nach der Scheidung dabei, ihre Lebensverhältnisse neu zu ordnen, sich an das Leben allein mit ihrer Tochter zu gewöhnen und wird von ihrem neuen Partner schwanger. Dieser ist eindeutig für einen Abbruch, und obwohl sie "aus dem Bauch heraus" (36) gern ein Kind gehabt hätte, entscheidet sie sich dagegen, weil sie es sich ohne seine Unterstützung nicht vorstellen kann. Sie sei darüber „zwar sehr unglücklich“ (57) gewesen, habe es aber „nicht gepackt“ (56).

Als sie über 30 Jahre alt ist, fühlt sie sich „eigentlich“ (66) zu alt zum Kinderkriegen und beginnt über eine Sterilisation nachzudenken, kann sich aber nicht endgültig dazu entschließen, weil „da war im Hintergrund immer noch der Wunsch“ (68). Als sie mit 39 Jahren erneut schwanger wird, empfindet sie das in Anbetracht ihres Alters als „Chance“ (39), die sie nicht noch einmal haben wird. Sie entscheidet sich für das Kind, der Partner ebenfalls. Gleichzeitig entscheidet sie sich endgültig zur Sterilisation, weil sie ihr Wunschkind mit diesem Partner hat und für sie klar ist: „noch ein Kind brauche ich nicht“ (326). Ihr Kinderwunsch ist eindeutig abgeschlossen.

Die Erfahrungen mit dieser Schwangerschaft und mit der Geburt bestätigen Heike außerdem in ihrer Entscheidung für die Sterilisation. Körperlich ist alles für sie sehr viel anstrengender als bei ihrem ersten Kind, woraus sie schließt, „auch vom Körper her war dann klar, also die Zeit zum Babykriegen ist irgendwie auch vorbei“ (360). Abgesehen vom Körperlichen hat sie die Einstellung, „[ihre] Fruchtbarkeit wäre ja ohnehin jetzt irgendwann vorbei gewesen“ (323-324). Mit der Sterilisation nimmt sie das Ende ihrer Fruchtbarkeit vorweg in einer Lebensphase, in der das ihrem Empfinden nach auch ansteht.

In der Sexualität habe sie es vorher als belastend erlebt, zu denken, „was wäre, wenn ich

jetzt ein Kind bekäme, würde er's akzeptieren“ (831). Diese Belastung fällt nun weg, außerdem hat sie die Erfahrung gemacht, daß ihr Partner das Kind akzeptiert und ihre Partnerschaft dadurch eine Bestätigung erfährt. Ihre Befürchtung, nach der Sterilisation: „vielleicht fällt auch ein Stück Tiefe weg“ (834) in der Sexualität, trifft nicht zu.

Auch knapp zwei Jahre nach der Sterilisation ist sie erleichtert, daß sie nicht mehr schwanger werden kann. Ihre heutige Einstellung zur Sterilisation ist, daß die Entscheidung dafür „ganz individuell“ (715) getroffen werden sollte.

#### **4.2.1.3 Interpretative Zusammenfassung**

Heikes Entscheidung zur Sterilisation ist von mehreren Faktoren beeinflusst. Eine zentrale Rolle spielt dabei, daß sich ihr latent vorhandener Wunsch nach einem Kind mit ihrem jetzigen Partner erfüllt hat. In den vergangenen Jahren hat sie immer wieder über eine Sterilisation nachgedacht, konnte sich aber nicht voll und ganz überzeugt dafür entscheiden. Erst durch die Geburt des Kindes hat sie die innere Freiheit dazu. Es gibt für sie nun weder ein Gegenargument noch ein Gefühl, das sie wie bislang von der Entscheidung abhält. Sie will fortan ausschließen, trotz Verhütung bzw. aufgrund von Anwendungsfehlern - wie in der Vergangenheit - ungeplant schwanger zu werden. Das Erleben der letzten Schwangerschaft bestätigt sie in ihrer Auffassung, daß es ihrem Alter nicht mehr entspricht, weiterhin Kinder zu bekommen. Sie sieht in der Sterilisation eine Vorwegnahme des natürlichen Endes der Fruchtbarkeit.

Heike lebt in einer stabilen Partnerschaft, die sie selbst als „glücklich“ bezeichnet. Ihr Partner unterstützt ihre Entscheidung zur Sterilisation und teilt ihre Argumente. Das Hauptargument ist für beide der abgeschlossene Kinderwunsch. Das gemeinsame Kind erleben beide als Bereicherung und Bestätigung ihrer Partnerschaft. Mit ihrem Partner verbindet sie u. a. das Interesse an ihrem Beruf, das sie auch schon in gemeinsames Engagement praktisch umgesetzt haben.

Sie geht seit dem Abschluß des Studiums kontinuierlich ihrer Berufstätigkeit nach und kann das für sich zufriedenstellend mit ihrer Rolle als Mutter vereinbaren. Insbesondere ihre Erfahrungen als Mutter unterliegen einem Reifungsprozeß, den sie selbst reflektiert. Ihr erstes Kind erfüllte teilweise ein emotionales Defizit, das Heike aufgrund ihrer damaligen unglücklichen Partnerschaft empfand. In den folgenden Jahren grenzt sie sich mehr und mehr von dem Kind ab, wodurch beide an Eigenständigkeit gewinnen. Als Heike

zu Beginn ihrer neuen Partnerschaft ungeplant schwanger wird, kann sie von sich und ihrer widersprüchlichen Gefühlen abstrahieren, so daß sie „erkennt“, dieses Kind zu kriegen, würde bedeuten, ihre anstehenden Probleme zu verdrängen. Sie entschließt sich zum Abbruch und steht auch im Nachhinein dazu. Sie kann ambivalente Gefühle in Bezug auf die Mutterschaft und den Kinderwunsch zulassen, was nicht zuletzt dazu beigetragen hat, sich die Entscheidung zur Sterilisation über einige Jahre zu überlegen. Das läßt auf dem Hintergrund ihrer Lebenszufriedenheit (Partnerschaft, Kinder, Beruf) vermuten, daß sie die Sterilisation nicht bereuen wird.

## **4.2.2 Einzelfallanalyse Beate**

### **4.2.2.1 Kurzbiographie Beate**

Beate wird 1961 geboren und wächst als Einzelkind auf. Ihre Mutter ist bei Beates Geburt über 30 Jahre alt. Sie ist geschieden und erzieht das Kind allein. Beate wächst in dem Glauben auf, der geschiedene Ehemann ihrer Mutter sei ihr Vater. Die Mutter hat keinen Kontakt mehr zu ihm, Beate kennt ihn nicht. Mit 12 Jahren findet sie eine Vaterschaftsanerkennung in den Papieren ihrer Mutter, aus der hervorgeht, daß ein anderer Mann ihr Vater ist. Sie hat ihn bisher zwei, drei Mal gesehen, als er betrunken bei ihnen erschienen ist. Als Erwachsene lernt sie ihn ein wenig näher kennen, pflegt aber keinen Kontakt zu ihm. Näheres dazu ist nicht bekannt.

Die Erkenntnis, daß ihre Mutter sie über ihren Vater belogen hat, ist für Beate sehr belastend. Sie hat in der Pubertät das Gefühl, keinen Platz im Leben ihrer Mutter zu haben. Diese empfindet ihren Beruf als Lehrerin mit zunehmendem Alter immer anstrengender und verlangt von der Tochter in Ruhe gelassen zu werden. Beate weiß nicht, an wen sie sich mit ihren eigenen Problemen wenden könnte. Sie gibt an, sich in dieser Zeit sehr allein gelassen gefühlt zu haben.

Nach dem Abitur studiert sie aus Interesse Mineralogie und schließt das Studium mit dem Diplom ab. Die Mutter wünscht sich eine wissenschaftliche Karriere für ihre Tochter und ist enttäuscht, daß Beate „nur“ das Diplom erlangt. Als Studentin hat Beate wechselnde Liebhaber, konsumiert regelmäßig Haschisch und Aufputschmittel und genießt ihr freies, ungebundenes Leben. Sie will zu diesem Zeitpunkt keine Kinder haben und schon gar

nicht ein „spießiges“ Leben führen. Mit 21 Jahren hat sie einen Abbruch, über den nichts Näheres bekannt ist.

Nach dem Studium arbeitet sie in einem Job, aber die Arbeit macht ihr keinen Spaß. Sie nimmt mittlerweile nur noch selten leichte Drogen zu sich. Sie hat, seit sie Ende 20 ist, einen festen Partner, der auch Mineraloge ist. Mit 30 Jahren wird sie ungeplant schwanger. Sie ist sich nicht sicher, ob sie das Kind haben will, da sie befürchtet als Mutter ihre Freiheit aufgeben zu müssen. Nachdem sie sich zum Abbruch entschieden hat, bekommt sie Angst, daß sie das nicht verkraften wird. Sie entscheidet sich in kurzer Zeit für das Kind. Ihr Partner steht hinter dieser Entscheidung. Sie heiraten, und Beate bekommt mit 31 Jahren eine Tochter. Nach der relativ schweren Geburt bekommt Beate eine Gebärmutterentzündung und ist einige Wochen schwer krank. Nachdem sie sich erholt hat, fällt ihr die Umstellung in die neuen Lebensverhältnisse zunächst schwer. Zeitweise beneidet sie ihre kinderlosen Freunde und fühlt sich in Ehe und Mutterschaft eingeengt. Sie beginnt eine Ausbildung zur Heilpraktikerin mit dem Schwerpunkt Homöopathie. Das Anwenden ihres Wissens hierin macht ihr großen Spaß und bedeutet ihr sehr viel.

Ca. ein Jahr nach der Geburt der Tochter wird Beate erneut schwanger. Auch diese Schwangerschaft ist nicht geplant, aber Beate und ihr Partner sind sich sehr schnell einig, daß sie das Kind haben wollen. Während der Schwangerschaft denkt sie zum ersten Mal an eine Sterilisation, weil sie kein weiteres Kind bekommen möchte und mit den Verhütungsmethoden unzufrieden ist. Sie verträgt die Pille nicht und lehnt die Spirale aus Angst vor Schmerzen und Komplikationen ab. Ihr ist bewußt, daß sie trotz anderer Verhütungsmethoden bzw. Anwendungsfehlern mehrfach schwanger wurde, so daß sie sich darauf nicht mehr verlassen will.

Ihr zweites Kind ist ein Sohn. Beide Schwangerschaften und Geburten empfindet sie als sehr anstrengend. Unmittelbar nach der Geburt des Sohnes will sie sich zunächst noch in der Klinik sterilisieren lassen, verwirft den Gedanken jedoch wieder. Sie genießt in den folgenden Wochen ihr Baby und bekommt ein entspannteres Verhältnis zu ihrer Tochter. Das Familienleben empfindet Beate mittlerweile als schön und akzeptiert ihre Rolle als Mutter und Ehefrau. Daneben erweitert sie ihr Wissen im Bereich Homöopathie und arbeitet stundenweise in einer Heilpraktikerpraxis mit. Ihr Partner kümmert sich intensiv um die Kinder. Die Erziehungsarbeit teilen sie sich, womit beide zufrieden sind.

Ca. zwei Jahre später wird sie erneut schwanger und weiß anfangs nicht, ob sie das Kind

haben möchte. Zu dieser Zeit macht sie eine Fortbildung in Mineralogie, und ihr Mann promoviert in demselben Fach. Beide rechnen für die Zeit danach mit der Arbeitslosigkeit und damit einhergehend mit der Verschlechterung ihrer wirtschaftlichen Situation. Sie entscheidet sich für einen Abbruch, weil sie glaubt, sich mit drei Kindern zu überfordern. Sie denkt erneut an eine Sterilisation. Beate ist sich sicher und mit ihrem Partner einig, daß sie grundsätzlich keine Kinder mehr haben möchten. Ihr Partner ist bereit, sich sterilisieren zu lassen, was Beate nicht möchte. Sie will nicht die Verantwortung mit tragen für den Fall, daß er den Entschluß später eventuell bereuen könnte, falls er einmal mit einer anderen Frau zusammen sein sollte. Sie will auch für sich ausschließen, daß sie einmal von einem anderen Mann schwanger werden könnte. Die Verhütung gestaltet sich nach wie vor schwierig und behindert ihrem Empfinden nach einen entspannten Umgang mit der Sexualität.

Bevor der Termin für den Abbruch feststeht, stellt der Arzt fest, daß die Frucht nicht weiter wächst und keine Herztöne zu hören sind. Daraufhin muß eine Ausschabung gemacht werden. Beate fühlt sich entlastet, daß die Schwangerschaft „von Natur aus“ endet. Gleichzeitig wird die Sterilisation vorgenommen.

Die Sterilisation wirkt sich positiv auf ihre Sexualität und damit auch auf die Partnerschaft aus, weil beide keine Sorge mehr haben, daß eine Schwangerschaft eintreten könnte. Beate ist zu diesem Zeitpunkt 36 Jahre alt. Sie hat das Gefühl, ihre Sexualität nun viel besser und freier ausleben zu können. Auch eineinhalb Jahre nach der Sterilisation ist sie sehr zufrieden mit dieser Entscheidung. Sie ist der Meinung, ihre Fruchtbarkeit sei lediglich auf biologischem Gebiet beendet. Fruchtbarkeit drücke sich auch in ihrer Kreativität und ihren verschiedenen Interessen, denen sie nachgeht, aus. Zur Zeit arbeitet sie freiberuflich als Heilpraktikerin. Insgesamt ist sie zufrieden mit ihrem Leben.

#### **4.2.2.2 Interpretative Zusammenfassung**

Von zentraler Bedeutung für Beates Entscheidung zur Sterilisation ist ihr Umgang mit dem Thema Kinderwunsch und Familienplanung. Hierbei läßt sich eine Entwicklung feststellen. Als junge Frau im Alter zwischen 20 und 30 Jahren hat sie keinen Kinderwunsch. Sie genießt ihr ungebundenes Leben als Studentin, plant nicht bewußt ihre Zukunft und kann sich ein „bürgerliches“ Leben für sich nicht vorstellen. Als sie mit 21 Jahren ungeplant schwanger wird, ist sie sich sicher, daß ein Abbruch die richtige Entscheidung ist. Sie hat

großes Interesse an ihrem Studienfach Mineralogie und arbeitet nach Abschluß des Studiums in diesem Beruf. Zu dieser Zeit hat sie einen festen Partner. Als sie mit 30 Jahren erneut ungeplant schwanger wird, ist sie stark verunsichert, wie sie sich entscheiden soll. Einerseits verbindet sie mit Mutterschaft Einengung durch feste Strukturen von Partnerschaft und Familie. Andererseits hat sie Angst vor den negativen psychischen Konsequenzen eines Abbruchs. Vermutlich ist diese zweite Schwangerschaft Anlaß, eine grundsätzliche Entscheidung für oder gegen ein Kind zu treffen. Ihr Partner unterstützt sie darin, und sie entscheiden sich beide für das Kind.

Nach der Geburt der Tochter findet sie erst allmählich in die Mutterrolle. Sie beschreibt ihren Partner als „verantwortungsvollen Menschen und sehr, sehr guten Vater“ (176). Er sei anfangs „mehr Mutter als [sie]“ (177). Das entlastet sie vermutlich in ihrem Gefühl, die Mutterrolle nicht zufriedenstellend auszufüllen. Einen Ausgleich stellt für sie die Beschäftigung mit der Homöopathie dar, was ihr „genauso viel bedeutet wie [ihre] Kinder“ (674).

Sie und ihr Partner sind sich nach Feststellen der Schwangerschaft, die wiederum nicht geplant ist, nach kurzer Überlegung einig, daß sie das Kind haben wollen. Mit der Geburt des zweiten Kindes zwei Jahre später kommt „ganz viel Liebe noch mal in [ihre] Familie“ (214). Von da an ist Beate ausgeglichener und zufriedener, sie „hadert nicht mehr mit Ehe und Familie“ (284). Sie ordnet das für sich selbst als „spätes Verantwortung-Übernehmen-Wollen“ (288) ein.

Während dieser Schwangerschaft denkt sie zum ersten Mal über eine Sterilisation nach. Sie ist sich darüber bewußt, daß die Verhütung für sie ein Problem ist. Die Verhütung beeinträchtigt ihre Sexualität, was zeitweilig zur Verschlechterung der Partnerschaft beiträgt. Sie hat das Bedürfnis, nach dem zweiten Kind eine endgültige Lösung in dieser Frage zu finden. Sie nimmt sich für diese Entscheidung schließlich noch zwei weitere Jahre Zeit. Vermutlich ist ihr Kinderwunsch in dieser Zeit noch nicht abgeschlossen, und der Gedanke an Sterilisation betrifft in erster Linie den Aspekt der Verhütung. Hinzu kommen ihre Erfahrungen mit den Schwangerschaften und Geburten, die sie als „strapaziös“ beschreibt. Sie hat zu diesem Zeitpunkt vermutlich das Bedürfnis auch damit abzuschließen, zumal sie mit ihren beiden Kindern sehr zufrieden ist.

Innerhalb der nächsten zwei Jahre arbeitet sie im Bereich der Homöopathie und macht außerdem eine Fortbildung in Mineralogie. Eine berufliche Zukunftsvorstellung von ihr ist

es, diese beiden Bereiche zu einer „Synthese“ (874) zusammenzuführen, eventuell in Form eines Buches. Es ist ihr wichtig zu arbeiten, und es gelingt ihr, das mit ihrer Mutterschaft zufriedenstellend zu vereinbaren.

Beate bespricht mit ihrem Partner die Möglichkeit der Sterilisation. Er erwägt ebenfalls, sich sterilisieren zu lassen. Sie ist jedoch der Meinung, daß sie „Verantwortung für ihren Körper“ (476) hat und somit die Entscheidung für sich treffen muß. Es ist ihr wichtig, daß diese Entscheidung auch unabhängig von der aktuellen Partnerschaft für sie Gültigkeit hat. Außerdem will sie sich nicht dafür verantwortlich fühlen, wenn er die Entscheidung bereuen sollte.

Im Alter von 35 Jahren, als ihre Kinder zwei und vier Jahre alt sind, wird sie erneut ungewollt schwanger. Sie reagiert darauf mit Angst vor Überforderung, indem sie sagt: „Das Dritte übersteigt auch meine Kraft“ (35). Sie kann sich nicht vorstellen, mit einem dritten Kind Beruf und Mutterschaft weiterhin zufriedenstellend zu vereinbaren. Der Prozeß der Annahme ihrer Rolle als Mutter ist für sie bis zu diesem Zeitpunkt positiv verlaufen. Sie braucht keine zusätzliche Bestätigung in diesem Punkt. Sie entschließt sich zum Abbruch und will die Sterilisation gleichzeitig vornehmen lassen. Anläßlich der Schwangerschaft und damit der wiederholten Erfahrung von mißlungener Verhütung will sie die Kinderfrage für sich endgültig abschließen. Sie hat mittlerweile vermutlich auch emotional die Sicherheit, die sie für diese Entscheidung braucht. Sie sagt von sich, ihr Kinderwunsch sei „nie extrem“ (1071) gewesen, und sie habe sich auch von daher endgültig entscheiden können. Es ist außerdem eine Entscheidung, von der ihr Partner ebenfalls überzeugt ist.

Trotz ihrer klaren Haltung, nicht mehr als zwei Kinder haben zu wollen, ist sie erleichtert darüber, daß letztlich kein Abbruch, sondern eine Ausschabung gemacht werden muß, da die Frucht nicht weiter wächst. Das kommt in ihrer Aussage: „Das Kind hat mir die Entscheidung abgenommen“ (508), zum Ausdruck.

Die Sterilisation bedeutet für sie ein Abschließen ihrer Fruchtbarkeit „auf der körperlichen Ebene“ (589). Insgesamt fühlt sie sich anschließend nicht „unfruchtbar“, weil sie „so kreativ auf einer anderen Ebene“ (580) ist. Sie ist voller Tatendrang und setzt ihre vielfältigen Interessen unter anderem beruflich um. Nach der Sterilisation fühlt sie sich „mehr denn je“ (1079) als Frau, weil sie ihre Sexualität unbeschwert ausleben kann. Dies wirkt sich wiederum positiv auf ihre Partnerschaft aus.

Sie ist zum Zeitpunkt des Interviews, ca. eineinhalb Jahre nach der Sterilisation, nach wie vor sicher, mit ihren zwei Kindern die ideale Kinderzahl erreicht zu haben und bereut ihre Entscheidung zur Sterilisation in keiner Weise, sondern hebt hingegen die Vorzüge hervor. Ihr „Lebensziel geht dahin, [ihre] Gefühle klar zu ziehen, mit [ihrer] Familie und [ihren] Kindern zu leben“ (801-802). Aus dieser Aussage kann geschlossen werden, daß sie prüft, was sie will und das umzusetzen in der Lage ist.

### **4.2.3 Einzelfallanalyse Doris**

#### **4.2.3.1 Kurzbiographie**

Doris wird 1961 geboren. Ihre Mutter ist zum zweiten Mal verheiratet und hatte bereits sieben Fehlgeburten. Sie ist zum Zeitpunkt von Doris Geburt 35 Jahre alt. Doris wächst als Einzelkind in einer Großstadt auf. Ihre Erziehung bezeichnet Doris als streng, sonst berichtet sie kaum etwas über ihre Kindheit. Als junges Mädchen hat sie den Wunsch, daß sie einmal Familie haben möchte, am liebsten mit zwei Kindern. Außerdem möchte sie Krankenschwester werden. Da sie nach dem Schulabschluß im Alter von 16 Jahren keinen Ausbildungsplatz in diesem Beruf bekommt, weil eine zweijährige Wartezeit besteht, sucht sie gemeinsam mit ihrem Vater nach einer Lehrstelle zur Friseurin. Zunächst dient diese Ausbildung der Überbrückung der Wartezeit. Sie bekommt eine Allergie gegen die Chemikalien, mit denen sie als Friseurin arbeitet und beschließt, nicht weiter in diesem Beruf zu arbeiten. Nach Abschluß der Ausbildung bewirbt sie sich bei einem großen Industrieunternehmen. Sie arbeitet dort als ungelernte Kraft zunächst in der Fertigung, anschließend im Büro. Es ist nicht bekannt, aus welchen Gründen sie nicht eine Ausbildung zur Krankenschwester beginnt.

Mit 20 Jahren heiratet sie. Als sie und ihr Partner ein Kind haben wollen, setzt sie die Pille ab und wird bald darauf schwanger. Sie bekommt im Alter von 22 Jahren ihre erste Tochter. Die Erfahrung mit der Geburt, die kompliziert ist, führen dazu, daß Doris sich zunächst kein weiteres Kind wünscht. Sie bleibt drei Jahre mit der Tochter zu Hause. Danach arbeitet sie als Haushälterin und Praxishelferin bei einem niedergelassenen Kinderarzt. In dieser Zeit wünscht sie sich gemeinsam mit ihrem Partner wieder ein Kind. Nachdem sie die Pille abgesetzt hat, wird sie schwanger und bekommt im Alter von 29 Jahren eine zweite Tochter. Diese Geburt ist sehr viel leichter. Nach drei Jahren, die sie



wiederum als Mutter und Hausfrau verbringt, beginnt sie in der Praxis eines Gynäkologen zu arbeiten. Sie absolviert während dessen einen Fortbildungskurs, so daß ihre Tätigkeit der einer Arzthelferin entspricht. Sie ist mit ihren beiden Kindern zufrieden und möchte kein weiteres Kind haben. Ihr Partner ist der gleichen Meinung.

Nach 13jähriger Ehe kommt es zur Trennung. Die Kinder sind zu diesem Zeitpunkt 12 und fünf Jahre alt. Es ist nicht bekannt, aus welchen Gründen sich das Paar trennt. Anfangs sind beide mit der Trennung einverstanden. Der Ehemann zieht gemeinsam mit der älteren Tochter, die diesen Entschluß selber faßt, aus der gemeinsamen Wohnung aus. Doris hat seitdem unregelmäßigen Kontakt zur Tochter. Als Doris ein Jahr nach der Trennung einen neuen Partner kennenlernt, kann ihr ehemaliger Ehemann diese Beziehung offenbar nicht akzeptieren. Es beginnen daraufhin Streitigkeiten um das Sorgerecht und die Scheidung, die bis heute anhalten. Doris fühlt sich dadurch sehr belastet. Ihr neuer Partner ist fünf Jahre jünger als sie. Er hat acht Geschwister, die sie mit der Zeit alle kennenlernt. Sie fühlt sich sehr wohl in seiner Herkunftsfamilie. Am Anfang ihrer Beziehung klärt Doris die Kinderfrage ab, indem sie ihm sagt, daß sie kein weiteres Kind haben möchte. Da er selbst keine eigenen Kinder haben will, sind sie sich darin einig. Erster Anlaß über eine Sterilisation nachzudenken, ist der Rat ihres Gynäkologen, die Pille abzusetzen, da sie starke Raucherin ist. Sie folgt diesem Rat und verhütet daraufhin unter anderem mit der Spirale. Aus ihrer täglichen Berufspraxis ist sie mit den Themen Sterilisation und Schwangerschaftsabbruch vertraut. Das Risiko eines möglichen Abbruchs möchte sie auf keinen Fall eingehen. Sie hat nach wie vor keinen weiteren Kinderwunsch und entscheidet sich deshalb innerhalb der folgenden Wochen zur Sterilisation. Ihr Partner unterstützt diesen Entschluß. Sie ist zu diesem 35 Jahre alt. Sie verspürt anschließend keine nennenswerte Veränderung und ist auch zwei Jahre nach der Sterilisation mit ihrer Entscheidung zufrieden.

#### **4.2.3.2 Interpretative Zusammenfassung**

Doris geht mit der Kinderfrage in ihrem Leben sehr bewußt um. Als junges Mädchen wünscht sie sich eine Familie zu gründen, zu der zwei Kinder gehören. Das verwirklicht sie als Erwachsene gemeinsam mit ihrem Ehemann. Gleichzeitig ist es für sie selbstverständlich, eine berufliche Tätigkeit auszuüben, wenn auch nicht in ihrem gelernten Beruf. Nach der Ausbildung zur Friseurin heiratet sie im Alter von 20 Jahren. Zu diesem

Zeitpunkt arbeitet sie in einem großen Industrieunternehmen. Sie bespricht mit ihrem Ehemann alle beruflichen und privaten Entscheidungen. Sie können sich jeweils einigen und es gibt in keiner Frage unüberwindbare Meinungsverschiedenheiten. So beschließt das Paar nach ca. eineinhalbjähriger Ehe, die Verhütung abzusetzen, um ein Kind zu bekommen. Bis dahin nimmt Doris die Pille. Als sie 22 Jahre alt ist, kommt ihre erste Tochter nach einer schweren Geburt zur Welt. Für Doris ist es selbstverständlich, in den nächsten drei Jahren mit dem Kind zu Hause zu bleiben und danach wieder eine Arbeit aufzunehmen. Sie nimmt wieder die Pille, weil sie sich in den nächsten Jahren nicht vorstellen kann, wieder ein Kind zu bekommen. Vermutlich braucht sie einige Zeit, um das Geburtserlebnis zu verarbeiten. Durch den Abstand dazu sowie durch ihre Tätigkeit bei einem Kinderarzt, die ihr sehr viel Freude macht, wünscht sie sich, als ihre Tochter sechs Jahre alt ist, wieder ein Kind. Wiederum setzt sie die Pille ab und wird bald darauf schwanger. Die Geburt ihrer zweiten Tochter beschreibt sie als eine positive Erfahrung. Weder sie noch ihr Ehemann wollen mehr als zwei Kinder haben. Sie beschließen gemeinsam, keine weiteren Kinder zu bekommen. Die Verhütung mit der Pille ist für sie problemlos und wird nicht in Frage gestellt. Als die Kinder fünf und 12 Jahre alt sind, trennt sich das Paar. Die Ursachen sind nicht bekannt. Doris schildert die Umstände so, als sei die Trennung von beiden gewollt und undramatisch abgelaufen: „Wir haben uns ausgesprochen und haben uns ruhig getrennt“ (663). Den Auszug der älteren Tochter zum Vater erklärt sie mit den Worten: „Wenn man so alle Freiheiten hat, dann ist das klar“ (221). Doris akzeptiert das, weil sie der Meinung ist, Kinder in dem Alter können schon selbst für sich entscheiden, empfindet es aber gleichzeitig als „Verzicht“ (700).

Als Doris ein Jahr später einen neuen Partner hat, reagiert ihr Ex-Mann darauf offenbar sehr eifersüchtig. Doris spricht von „Krieg“ (236), den er bis heute über die Kinder bzw. das Sorgerecht gegen sie führt. Gleich zu Anfang ihrer neuen Partnerschaft teilt sie ihrem Partner mit, daß sie den Kinderwunsch für sich abgeschlossen hat. Sie ist in diesem Punkt klar und deutlich und richtet sich dabei nach ihrem eigenen Bedürfnis. Doris drückt dies mit folgender Aussage aus: „Mit der Sterilisation war das zwar vor drei Jahren noch nicht aktuell, aber daß ich keine Kinder mehr möchte, das war uns schon klar“ (85-87). Ihr Partner äußert ebenfalls deutlich, keinen Kinderwunsch zu haben. Er kann seine Kinderliebe an seine zahlreichen Nichten und Neffen weitergeben und will sein Leben als Monteur auf Montage nicht ändern. Als ihr Gynäkologe ihr wegen gesundheitlicher Risiken von der Dauereinnahme der Pille abrät, wechselt sie die Verhütungsmethode und

läßt sich die Spirale einsetzen. Durch ihre Arbeit in einer gynäkologischen Praxis, in der häufig Sterilisationen vorgenommen werden, hat sie keine Vorbehalte gegenüber diesem Eingriff und kann damit ungezwungen umgehen. Da sie sich mit der Spirale nicht wohl fühlt, die Pille aus gesundheitlichen Gründen nicht wieder nehmen sollte, beginnt sie über eine Sterilisation nachzudenken. Sie entscheidet sich innerhalb einiger Wochen dafür. Ihr Arzt, der die Sterilisation vornimmt, ist gleichzeitig ihr Arbeitgeber, zu dem sie ein Vertrauensverhältnis hat. Sie fühlt sich von ihm ausreichend und gut beraten. Dies trägt vermutlich mit dazu bei, daß sie sich sicher in ihrem Entschluß ist.

Die Entscheidung zur Sterilisation erfährt durch ihre Erfahrung mit dem Auseinanderbrechen ihrer Familie noch eine zusätzliche Bestätigung, was sie dazu bewegt zu sagen: „Das muß ich nicht noch einmal (haben)“ (94). Es kann vermutet werden, daß sie aufgrund der Konflikte, die sie nach der Trennung vom Ehemann erlebt, in einer Neugründung einer Familie nichts Erstrebenswertes mehr sehen kann. Außerdem trägt zu der Entscheidung bei, daß sie nicht in die Situation kommen will, über einen Abbruch entscheiden zu müssen.

In beiden Partnerschaften gibt es Einigkeit in der Kinderfrage, und sie wird bewußt umgesetzt, ohne daß einer sich den Wünschen des anderen anpaßt. Doris bemerkt nach der Sterilisation keine wesentliche Veränderung. Dies liegt vermutlich daran, daß sie weder Probleme mit der Handhabung der jeweiligen Verhütungsmethode hatte, noch jemals ungewollt schwanger wurde. Die Kinder zu haben bedeutet Doris „schon viel, auch wenn es nicht immer so läuft, wie man sich das vorstellt“ (210-211). Die Tatsache, daß die Realität mitunter anders ist als Idealvorstellungen, kann Doris gut akzeptieren. Die Lebensbereiche Beruf und Kinder erfüllen sie mit Zufriedenheit. Sie setzt je nach Lebenssituation unterschiedliche Prioritäten und hat somit nicht das Gefühl, an irgendeiner Stelle etwas „verpaßt“ zu haben. Ihre Entscheidung zur Sterilisation erscheint in diesem Zusammenhang nachvollziehbar und der Lebenssituation angemessen. Sie ist auch zwei Jahre nach dem Eingriff überzeugt von der Richtigkeit dieser Entscheidung.

### 4.3 Komparation der Einzelfälle

Im folgenden Kapitel werden zunächst die soziodemographischen Daten der Interviewten tabellarisch dargestellt. Anschließend werden die Ergebnisse der Intragruppenvergleiche tabellarisch vorgestellt. Dabei folgt der Intragruppenvergleich der Vergleichsgruppe dem der Untersuchungsgruppe.

#### 4.3.1 Soziodemographische Daten der Interviewpartnerinnen

Tabelle 1 Soziodemographische Daten

Name	Alter bei 1. Kind	Kinderzahl bis zur Sterilisation	Alter bei Sterilisation	Alter bei Refertilisierung	Partnerwechsel	Beruf
Paula	19 Jahre	4 Kinder	30 Jahre	40 Jahre	ja	Erzieherin
Verena	19 Jahre	2 Kinder	23 Jahre	33 Jahre	ja	Krankenschwester
Edith	19 Jahre	2 Kinder	28 Jahre	31 Jahre	ja	Erzieherin
Lene	16 Jahre	4 Kinder	33 Jahre	36 Jahre	ja	Krankenschwester
Heike	25 Jahre	2 Kinder	39 Jahre		nein	Lehrerin
Beate	31 Jahre	2 Kinder	36 Jahre		nein	Mineralogin, Heilpraktikerin
Doris	22 Jahre	2 Kinder	35 Jahre		nein	Arzt-helferin

#### 4.3.2 Intragruppenvergleich: Untersuchungsgruppe

Die Darstellung der Ergebnisse des Intragruppenvergleichs der refertilisierten Frauen erfolgt in tabellarischer Form. Darin enthalten sind die wesentlichen Gemeinsamkeiten und Unterschiede innerhalb dieser Gruppe. Der Übersichtlichkeit wegen wurde die Tabelle geteilt. Der erste Teil umfaßt die Kategorien *Wahrnehmung der Person*, *Herkunftsfamilie* und *Beruf*. Der zweite Teil beinhaltet die Kategorien *Partnerschaft* und *Bedeutung von Kindern*. Die Kategorien *Sterilisation* und *Refertilisierung* bilden den dritten Teil.

Tabelle 2: Komparationstabelle Untersuchungsgruppe

	<b>Wahrnehmung der Person</b>	<b>Herkunftsfamilie</b>	<b>Beruf</b>
<b>Paula</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– emotional, mitteilsam, z.T. lange Erzählphasen</li> <li>– zurückhaltend und leise beim Thema Kindheit</li> <li>– nutzt Interview als Apell an Frauen, sich nicht sterilisieren zu lassen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– sog. Besatzungschild einer jungen Mutter</li> <li>– Vater unbekannt</li> <li>– wächst im Kleinkindalter bei Oma auf, Trennung stellt großen Verlust dar</li> <li>– erlebt Gewalt und Mißbrauch vom Stiefvater</li> <li>– Erziehung zu Gehorsam und Unterdrückung eigener Bedürfnisse</li> <li>– drei jüngere Geschwister</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– keinen Berufswunsch als junge Frau, Familiengründung selbstverständlich</li> <li>– Ausbildung mit über 30 J., nach Sterilisation, 4 Kinder</li> <li>– macht Mutterschaft zum Beruf: Tagesmutter, vermutlich Gebrauchtwerden wichtig dabei</li> <li>– zufriedenstellend mit Mutterschaft vereinbar</li> </ul>
<b>Verena</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– freundlich, wenig emotional</li> <li>– gleichbleibender Tonfall unabhängig vom Thema</li> <li>– inhaltliche Widersprüche fallen auf</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– fühlt sich unerwünscht und für Mutter nicht so wichtig wie Männer</li> <li>– erlebt aggressiven Vater</li> <li>– Trennung der Eltern als V. 10 J. alt ist</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ausbildung wegen Schwangerschaft abgebrochen und wegen weiterer Schwangerschaften nicht wieder aufgenommen</li> <li>– Ausbildung nach Sterilisation mit über 23 J., zwei Kinder</li> <li>– nicht zufriedenstellende Vereinbarkeit mit Mutterschaft</li> <li>– Betonung liegt auf finanziellem Aspekt</li> </ul>

Tabelle 2: Komparationstabelle Untersuchungsgruppe (Forts. 1)

	<b>Partnerschaft</b>	<b>Bedeutung von Kindern</b>
<b>Paula</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Partnerschaft zum Zeitpunkt der Sterilisation:</li> <li>– Kinder und Partnerschaft konkurrieren</li> <li>– gegensätzliche Auffassung von Kinderwunsch</li> <li>– Wunsch nach Zuwendung über Fruchtbarkeit wird nicht erfüllt</li> <li>– Sterilisation dient Aufrechterhaltung der Beziehung, keine offene Auseinandersetzung</li> <li>– Trennung nach Sterilisation</li> <li>– Partnerschaft zum Zeitpunkt der Refertilisierung:</li> <li>– unverminderter Wunsch nach Zuwendung über Fruchtbarkeit</li> <li>– Symbiosephantasien</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Kinder gehören ausdrücklich zum Lebensentwurf und haben vermutlich Funktion, Identität herzustellen sowie darüber Zuwendung vom Partner zu erlangen</li> <li>– Wunschkind nach Refertilisierung wird idealisiert</li> </ul>
<b>Verena</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Partnerschaft zum Zeitpunkt der Sterilisation:</li> <li>– Verena empfindet Ambivalenz gegenüber Vereinbarkeit von Partnerschaft und Elternschaft</li> <li>– Sterilisation dient Aufrechterhaltung der Partnerschaft</li> <li>– Partnerschaft zum Zeitpunkt der Refertilisierung:</li> <li>– gegenseitiges Mißtrauen prägt Partnerschaft</li> <li>– Beziehung dient vermutlich in erster Linie Verenas Bedürfnis nach Wunschkind</li> <li>– Liebe von Kindern wird höher bewertet als Liebe von Männern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– frühe Mutterschaft verbunden mit Überforderung</li> <li>– Kinder als Hindernis in der Selbständigkeitsentwicklung empfunden</li> <li>– Mit Wunschkind Bedürfnis nach Abgrenzung von Mutter und negativen Kindheitserfahrungen verbunden sowie nach Selbstbestimmung</li> <li>– Liebe von Kindern kompensiert Enttäuschungen über Partner</li> </ul>

Tabelle 2: Komparationstabelle Untersuchungsgruppe (Forts. 2)

	<b>Sterilisation</b>	<b>Refertilisierung</b>
<b>Paula</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– spontane Entscheidung in Beziehungskrise, um die Partnerschaft aufrecht zu erhalten, da Partner mit Trennung droht</li> <li>– keine Auseinandersetzung mit Partner, statt dessen Sterilisation als nach innen gerichtete Aggression</li> <li>– Kinderwunsch nicht bewußt abgeschlossen</li> <li>– Trennung vom Partner in Folge vermißter Anerkennung</li> <li>– Bereuen der Sterilisation äußert sich in psychosomatischen Beschwerden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Aussicht auf Erfüllung ihres Bedürfnisses über Fruchtbarkeit Zuwendung vom Partner zu bekommen</li> <li>– Wiederherstellen der Identität als Frau</li> <li>– unbewußter Wunsch, erlittene Kränkungen und Verletzungen ihres Selbstwertgefühls aufzuheben, einschließlich der als Selbstverletzung empfundenen Sterilisation</li> <li>– Sexualität und Fruchtbarkeit untrennbar miteinander verbunden</li> </ul>
<b>Verena</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– spontane Entscheidung nach erneuter Schwangerschaft, gleichzeitig mit Abbruch, Vorschlag des Partners</li> <li>– Partner bietet Heirat unter der Bedingung der Kinderlosigkeit an, d.h. Aussicht auf Stabilität</li> <li>– Angst vor Überforderung mit weiterem Kind sowie Bedürfnis nach mehr Selbständigkeit, v. a. beruflich</li> <li>– Bereuen der Sterilisation geht einher mit Schuldzuweisung an Partner</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Bedürfnis nach Selbstbestimmung</li> <li>– Abgrenzung von Mutter über ein Wunschkind</li> <li>– Aufhebenwollen des schlechten Gewissens wegen Abbrüchen</li> <li>– Wunsch nach bedingungsloser Liebe nur über Wunschkind erreichbar</li> </ul>

Tabelle 2: Komparationstabelle Untersuchungsgruppe (Forts. 3)

	<b>Wahrnehmung der Person</b>	<b>Herkunftsfamilie</b>	<b>Beruf</b>
<b>Edith</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– freundlich, ruhig</li> <li>– hochschwanger</li> <li>– benutzt auffallend oft das Wort <i>wir</i> im Zusammenhang mit DDR-Vergangenheit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Jüngste von sechs Kindern, in DDR aufgewachsen</li> <li>– Vater kümmert sich kaum um Kinder</li> <li>– Trennung der Eltern als E. vier J. alt ist</li> <li>– erlebt Mutter stark belastet</li> <li>– Mutter vermittelt, weniger Kinder zu haben, ist besser</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Berufsorientierung selbstverständlich, begründet mit gesellschaftlichem Umfeld (DDR)</li> <li>– unterbricht Berufstätigkeit wegen Kindern in gesetzlich vorgegebenen Zeiten</li> <li>– Umschulung mit 24 J. zur Erzieherin, Gebrauchtwerden wichtig, empfindet Arbeitsplatz als zweite Familie</li> <li>– zufriedenstellende Vereinbarkeit mit Mutterschaft</li> <li>–</li> </ul>
<b>Lene</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– wirkt belastet, seufzt viel, ruhig, mitteilend</li> <li>– auffallend am Sprachstil: unvollständige Sätze, als ob sie sich nicht festlegen will,</li> <li>– wirkt hoffnungslos, wenn sie von Hoffnung spricht</li> <li>– Apell an Frauen, sich niemals sterilisieren zu lassen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– leidet unter Einzelkinddasein, Andeutungen über unglückliche Kindheit</li> <li>– aufgewachsen in DDR</li> <li>– wird mit 16 J. ungeplant schwanger, bleibt bei Eltern wohnen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Berufsorientierung selbstverständlich, erste Ausbildung stellt Kompromiß gegenüber Mutterschaft dar, verwirklicht ursprünglichen Berufswunsch mit über 24 J.</li> <li>– Freude an Selbständigkeit, mit Beruf wird Verlust der Kinder kompensiert</li> <li>– Kinderwunsch konkurriert mit beruflichen Plänen</li> </ul>



Tabelle 2 Komparationstabelle Untersuchungsgruppe (Forts. 4)

	<b>Partnerschaft</b>	<b>Bedeutung von Kindern</b>
<b>Edith</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Partnerschaft zum Zeitpunkt der Sterilisation:</li> <li>– geprägt von anspruchslosem Partner, der sich ihren Entscheidungen anpaßt, keine gemeinsamen Interessen</li> <li>– zunehmende Unzufriedenheit Ediths mit Partnerschaft</li> <li>– Trennung nach Sterilisation</li> <li>– Partnerschaft zum Zeitpunkt der Refertilisierung:</li> <li>– gemeinsame Lebenseinstellung und Interessen</li> <li>– Kinderwunsch geht von ihr aus und einher mit Wunsch nach konventioneller Familie, Partner einverstanden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– als Kind Wunsch nach vier Kindern</li> <li>– Leben ohne Kinder wird als nicht bewältigbar vorgestellt</li> <li>– erlebt Mutterschaft als zufriedenstellend</li> </ul>
<b>Lene</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Partnerschaft zum Zeitpunkt der Sterilisation:</li> <li>– geprägt durch Kompromißbereitschaft und Anpassung Lenes</li> <li>– Verdrängen des Alkoholproblems des Partners, keine Auseinandersetzung, Trennung hat Fluchtcharakter, räumt Partner Macht über sich und Kinder ein, Gefühle von Ohnmacht und Wehrlosigkeit drückt sich im Verzicht auf Kinder aus</li> <li>– Partnerschaft zum Zeitpunkt der Refertilisierung:</li> <li>– Kinderwunsch des Partners beherrschendes Thema der Beziehung</li> <li>– Refertilisierung dient vermutlich Aufrechterhaltung der Partnerschaft</li> <li>– keine gemeinsame Zukunft ohne gemeinsames Kind vorstellbar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– frühe Mutterschaft geht einher mit Unzufriedenheit</li> <li>– Kinder konkurrieren mit Selbständigkeitsentwicklung, v.a. beruflich</li> <li>– Ambivalenz zwischen eigenen Bedürfnissen und denen der Kinder</li> <li>– Trennung von Kindern als schmerzlich, aber unverzichtbar erlebt</li> <li>– Kinderwunsch des Partners zu erfüllen wichtiger als eigene Bedürfnisse zuzulassen</li> </ul>

Tabelle 2: Komparationstabelle Untersuchungsgruppe (Forts. 5)

	<b>Sterilisation</b>	<b>Refertilisierung</b>
<b>Edith</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wunsch nach mehr als zwei Kindern kann vor Mutter und anderen nicht vertreten werden, Sterilisation vermutlich Ersatzhandlung für Mutter</li> <li>- tiefe Ängste werden vermutlich umgedeutet als Angst vor Vergewaltigung und Abbruch, welche als Grund für Sterilisation angegeben werden</li> <li>- tiefe Verunsicherung durch gesellschaftlichen Umbruch</li> <li>- Kinderwunsch nicht abgeschlossen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- stabilisiert durch neue Partnerschaft tritt verdrängter Kinderwunsch hervor</li> <li>- geäußelter Wunsch nach Heilung und Wiederherstellen eines intakten Körpers entspringt vermutlich Wunsch nach intaktem Selbst, nur über Fruchtbarkeit herstellbar</li> </ul>
<b>Lene</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sterilisationswunsch unmittelbar nach Geburt des vierten Kindes wird von Ärzten nicht erfüllt</li> <li>- nach 4 Jahren Entscheidung zur Sterilisation in hochgradig konfliktreicher Partnerschaft</li> <li>- Kinderwunsch vermutlich abgeschlossen, dennoch verunsichert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unterdrückung eigener Bedürfnisse zugunsten der des Partners</li> <li>- statt Auseinandersetzung Anpassung</li> <li>- spricht Partner Recht auf eigenes Kind zu</li> <li>- kein eindeutiger eigener Kinderwunsch</li> <li>- Kind konkurriert mit beruflichen Plänen</li> <li>- Refertilisierung dient der Aufrechterhaltung der Partnerschaft</li> </ul>

### 4.3.3 Intragruppenvergleich: Vergleichsgruppe

Die Darstellung der Ergebnisse des Intragruppenvergleichs der sterilisierten Frauen erfolgt in tabellarischer Form. Darin enthalten sind die wesentlichen Gemeinsamkeiten und Unterschiede innerhalb dieser Gruppe. Der Übersichtlichkeit wegen wurde die Tabelle geteilt. Der erste Teil umfaßt die Kategorien *Wahrnehmung der Person*, *Herkunftsfamilie* und *Beruf*. Der zweite Teil beinhaltet die Kategorien *Partnerschaft*, *Bedeutung von Kindern* und *Sterilisation*.

Tabelle 3 Komparationstabelle Vergleichsgruppe

	<b>Wahrnehmung der Person</b>	<b>Herkunftsfamilie</b>	<b>Beruf</b>
<b>Heike</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aufgeschlossen, lebhaft</li> <li>- wirkt reflektiert</li> <li>- kann sich gut mitteilen</li> <li>- entspannte Atmosphäre während des Interviews</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- eine jüngere Schwester</li> <li>- häufig wechselnde Bezugspersonen im Kleinkindalter</li> <li>- H. empfindet Mutter als negatives Vorbild und vermißt Mütterlichkeit, Eltern kümmern sich kaum um Kinder, legen persönlichen Schwerpunkt auf Beruf</li> <li>- Trennung der Eltern, als H. 14 J. alt ist, Auszug aus Elternhaus mit 14 J., frühe Selbständigkeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- klare Berufsorientierung, übt Beruf mit Interesse kontinuierlich aus</li> <li>- zufriedenstellende Vereinbarkeit mit Mutterschaft unterstützt vom Partner</li> <li>- gemeinsames berufliches Interesse und Engagement</li> <li>- Ideen für berufliche Zukunft</li> </ul>
<b>Beate</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- freundlich, sehr mitteilend, lange Erzählphasen</li> <li>- wirkt phasenweise etwas angespannt</li> <li>- flüssiger Verlauf des Interviews</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Einzelkind, wächst ohne Vater auf. Mutter stark durch Beruf belastet</li> <li>- In Pubertät Mangel an Bezugspersonen, Konflikte mit Mutter</li> <li>- Lehnt als junge Frau konventionelle Form der Familie ab</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- klare Berufsorientierung, absolviert zwei Ausbildungen</li> <li>- zufriedenstellende Vereinbarkeit mit Mutterschaft</li> <li>- beruflicher Stellenwert gleichbedeutend mit dem von Kindern</li> <li>- Partner teilt berufliches Interesse</li> <li>- Ideen für berufliche Zukunft</li> </ul>

	<b>Wahrnehmung der Person</b>	<b>Herkunftsfamilie</b>	<b>Beruf</b>
<b>Doris</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ruhig, verhalten, wirkt etwas gehemmt</li> <li>- scheint nicht daran gewöhnt zu sein, über sich zu sprechen</li> <li>- viele Nachfragen von Interviewerin</li> <li>- teilweise stockender Verlauf des Interviews</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Einzelkind</li> <li>- Andeutungen über strengen Erziehungsstil</li> <li>- Unterstützung vom Vater bei Suche nach Ausbildungsplatz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- nach Ausbildung verschiedene Tätigkeiten in anderen Bereichen</li> <li>- mit Interesse ausgeübt</li> <li>- Selbstverständlichkeit von Berufstätigkeit</li> <li>- zufriedenstellende Vereinbarkeit mit Mutterschaft</li> </ul>

Tabelle 3 Komparationstabelle Vergleichsgruppe (Forts. 2)

	<b>Partnerschaft</b>	<b>Bedeutung von Kindern</b>	<b>Sterilisation</b>
<b>Heike</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beziehung seit ca. 6 J.</li> <li>- gekennzeichnet durch Zufriedenheit und gegenseitige Unterstützung</li> <li>- bewußt getroffene Entscheidung für Kind, latenter Kinderwunsch für H. erfüllt</li> <li>- Bestätigung der Partnerschaft durch Kind</li> <li>- Ideen für gemeinsame Zukunft ohne weiteres Kind</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kinder gehören genauso wie Beruf zum Lebensentwurf</li> <li>- H. kann ambivalente Gefühle gegenüber Kindern zulassen, ist selbstkritisch,</li> <li>- legt Wert auf Selbstständigkeit der Kinder</li> <li>- zufrieden mit zwei Kindern</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- einige Jahre über Sterilisation nachgedacht</li> <li>- Sterilisation nach eindeutig erfülltem und abgeschlossenem Kinderwunsch in Absprache mit Partner</li> <li>- Trennung von Sexualität und Fruchtbarkeit</li> <li>- stabile Partnerschaft und Lebenssituation</li> <li>- Positive Veränderung seit Sterilisation</li> </ul>
<b>Beate</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beziehung seit ca. 14 Jahren</li> <li>- Zufriedenheit mit Partnerschaft wächst mit persönlicher Akzeptanz von Familie</li> <li>- Verantwortung in Erziehung wird geteilt</li> <li>- gemeinsame Entscheidungen für oder gegen Kinder</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lebensentwurf ohne Kinder, verbindet mit Mutterschaft Einengung</li> <li>- nach zweitem Kind stellt sich Zufriedenheit mit Mutterschaft ein</li> <li>- kann ambivalente Gefühle gegenüber Kindern zulassen</li> <li>- berufliche Tätigkeit wirkt ausgleichend</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ca. zwei Jahre Entscheidungszeit</li> <li>- stabile Partnerschaft und Lebenssituation</li> <li>- abgeschlossener Kinderwunsch in Absprache mit Partner</li> <li>- Trennung von Sexualität und Fruchtbarkeit</li> <li>- positive Veränderung seit Sterilisation</li> </ul>
<b>Doris</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zufriedenstellende Partnerschaft nach Trennung von Ehemann seit ca. 2 Jahren</li> <li>- Einigkeit in Kinderfrage: kein Kinderwunsch von beiden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kinder und Beruf gehören gleichwertig zum Lebensentwurf</li> <li>- beide Kinder gemeinsam geplant</li> <li>- zufrieden mit Mutterschaft und Familienleben</li> <li>- In Absprache mit Partner Kinderwunsch abgeschlossen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- gesundheitliches Risiko Anlaß über Sterilisation nachzudenken</li> <li>- Kinderwunsch bereits nach zweitem Kind abgeschlossen</li> <li>- Trennung von Sexualität und Fruchtbarkeit</li> <li>- Partner ohne Kinderwunsch</li> </ul>

#### **4.3.4 Intergruppenvergleich**

Im folgenden Kapitel werden die zentralen Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den beiden Gruppen dargestellt. Beim Vergleich über alle Kategorien lassen sich inhaltliche Überschneidungen nicht ausschließen.

In der Kategorie *Partnerschaft* finden sich auffallend viele grundlegende Unterschiede. Diese Kategorie ist eng mit den Kategorien *Sterilisation* und *Refertilisierung* verbunden. In der Kategorie *Herkunftsfamilie* treten die meisten Gemeinsamkeiten auf.

##### **Kategorie Partnerschaft**

Die refertilisierten Frauen haben alle eine Trennung von dem Partner hinter sich, mit dem sie zum Zeitpunkt der Sterilisation zusammen waren. Zum Zeitpunkt der Refertilisierung leben alle in einer neuen Partnerschaft. Im Unterschied dazu leben die Frauen der Vergleichsgruppe nach wie vor mit dem gleichen Partner zusammen, mit dem sie zum Zeitpunkt der Sterilisation bereits zusammen waren. Deren Beziehungen werden von den Frauen als zufriedenstellend und stabil beschrieben. Insbesondere die Partnerschaften von Heike und Beate entwickeln sich durch das Eltern-Werden weiter. Beide Frauen wägen zunächst ab, als sie ungeplant schwanger werden, ob sie das Kind haben wollen, ob sie mit der Veränderung der Lebenssituation, die sich auch auf die Partnerschaft auswirken würde, leben wollen. In Heikes Partnerschaft wächst die Bereitschaft zu einem Kind über einige Jahre. Sie trägt die zweite Schwangerschaft aus, als beide Partner das als gut und richtig empfinden. Dadurch festigt sich die Beziehung zusätzlich. Beate erfährt nicht von Anfang an, sondern erst einige Jahre später die Elternschaft als eine Bereicherung der Beziehung. Sie hebt die Unterstützung ihres Partners dabei besonders hervor. Alle Frauen der Vergleichsgruppe teilen sich mit ihren Partnern die Verantwortung für die Kinder und haben weitere gemeinsame Interessen. Kinder gehören innerhalb dieser Partnerschaften zu einer bestimmten, abgegrenzten Lebensphase. Ein Kind hat nicht die Funktion, das Selbstwertgefühl der Frauen oder die Partnerschaft zu stabilisieren. Die Frauen treffen ihre Entscheidung zur Sterilisation nach erfülltem und abgeschlossenem Kinderwunsch in Absprache mit ihrem Partner, die ebenfalls keine oder keine weiteren Kinder haben möchten.

Die Partnerschaften der refertilisierten Frauen zeichnen sich zum Zeitpunkt der Sterilisation durch ein unterschiedlich hohes Maß an Konflikten aus. Die Aufgaben der Erziehung werden bis dahin von den Frauen allein erfüllt bzw. die Beteiligung der Partner an der

Erziehung wird als nicht zufriedenstellend erlebt. Die Frauen beschreiben ihre Partnerschaft als problematisch, da ihre Bedürfnisse nach Anerkennung nicht ausreichend erfüllt werden. In den Beziehungen besteht eine Konkurrenz zwischen Kindern und Partnern. Im Hinblick auf ein weiteres Kind erscheint es den Frauen unvorstellbar, diese Konkurrenzsituation erneut einzugehen, da die Grenzen ihrer Belastbarkeit erreicht sind. Die Konkurrenz drückt sich bei Paula und Verena darin aus, daß deren Partner das weitere Bestehen der Partnerschaft davon abhängig machen, daß keine bzw. keine weiteren Kinder geboren werden. In dieser Konfliktsituation entscheiden sich die Frauen zur Sterilisation. Sie entscheiden sich für eine definitive Kontrazeptionsmethode, da sie keine andere Möglichkeit zur Aufrechterhaltung der Partnerschaft sehen. Es findet keine Auseinandersetzung darüber mit dem Partner statt. Die Partnerschaft von Edith ist durch ihre zunehmende Unzufriedenheit geprägt, die von Lene zeichnet sich durch ihr angepaßtes Verhalten und Verdrängen der Konflikte aus. Ein wesentlicher Unterschied der beiden Gruppen besteht in der Kommunikation innerhalb der Partnerschaft, einschließlich des Klärens von Wünschen und Erwartungen. Die sterilisierten Frauen treten in einen Dialog mit ihren Partnern, die refertilisierten Frauen nicht. So entstehen Mißverständnisse, die schließlich zur Trennung beitragen.

Auf der Basis der neuen Partnerschaft entscheiden sich die Frauen zur Refertilisierung. Sie äußern, mit Ausnahme Verenas, eine höhere Zufriedenheit mit ihrer jeweiligen Partnerschaft im Vergleich mit der vorherigen. Die Beziehungen werden als symbiotisch eng beschrieben. Allen ist gemeinsam, daß mit dem Beginn der Beziehungen ihr Kinderwunsch einher geht, der zum dominierenden Thema der Beziehung wird. Sie können sich ein Leben ohne gemeinsames Kind mit diesem Partner nicht vorstellen. Lene äußert sich sehr ambivalent zu ihrem Kinderwunsch. Ihre Entscheidung zur Refertilisierung kann als Reaktion auf den eindeutigen Kinderwunsch des Partners interpretiert werden und entspricht somit ihrem Verhaltensmuster von Anpassung. Sie macht seinen Kinderwunsch zur Bedingung der Partnerschaft, insofern dient die Refertilisierung der Aufrechterhaltung der Partnerschaft. Bei den anderen drei Frauen stellt die Partnerschaft die Möglichkeit dar, ihren nicht abgeschlossenen Kinderwunsch ausleben zu können. Insbesondere Paula und Lene erwarten von der Mutterschaft Zuwendung vom Partner. Das erwünschte Kind hat auch die Funktion eines Bindeglieds für die Beziehung. Darüber hinaus ist die Bedeutung von Fruchtbarkeit verknüpft mit Liebe und Anerkennung des Partners. Dieses Verhaltensmuster entspricht demjenigen zum Zeitpunkt der Sterilisation. Bei Verena

besteht die Vermutung, daß sie die Beziehung in erster Linie zum Zwecke der Refertilisierung eingegangen ist, um vom ausgesprochenen Wunschkind die Liebe und Zuwendung zu bekommen, die sie mit ihren Partnern nicht erfahren hat.

### **Kategorie Bedeutung von Kindern**

Die Frauen beider Gruppen weisen mit Ausnahme von Beate die Gemeinsamkeit auf, daß zu ihrem Lebensentwurf grundsätzlich Kinder gehören. Der Umgang mit dem Kinderwunsch und dessen Umsetzung, einschließlich der Entscheidung, diesen endgültig abzuschließen, ist jedoch unterschiedlich. Die Frauen der Vergleichsgruppe sind bei der Geburt des ersten Kindes älter und haben eine abgeschlossene Berufsausbildung. Der Abstand zum zweiten Kind ist bei ihnen ebenfalls größer. Sie schildern das Erleben von Glück und Zufriedenheit mit ihren Kindern, betonen aber gleichzeitig die Bedeutung des Berufs und anderer Interessen. In der Erziehung ihrer Kinder legen sie Wert auf deren Selbständigkeit und Eigenständigkeit. Der Umgang mit ihrer Berufstätigkeit einerseits und ihrer Mutterschaft andererseits läßt den Schluß zu, daß die Bedeutung von Kindern nicht ausschließlich mit ihrer weiblichen Identität verknüpft ist. Die verschiedenen Gefühle, die die Mutterschaft bei den Frauen hervorruft, werden von ihnen zu einem großen Teil reflektiert, so daß sie auch Ambivalenzen akzeptieren können. Als Beispiel in diesem Zusammenhang kann Heike genannt werden. Sie entscheidet sich zu einem Abbruch, als sie zu Beginn der heutigen Partnerschaft schwanger wird. Einerseits hätte sie das Kind gern gehabt, andererseits spürt sie ihren Motiven dafür nach und stellt für sich fest, daß das Kind in der Situation ihr emotionales Defizit ausgleichen sollte und sie dieses auf anderem Wege erreichen muß. Die Frauen teilen im Unterschied zu den refertilisierten Frauen die Verantwortung gegenüber den Kindern mit ihren Partnern und erleben die gemeinsame Elternschaft als positiv.

Die refertilisierten Frauen sind alle unter 20 Jahre alt, als ihr erstes Kind geboren wird. Nur Edith hat zu diesem Zeitpunkt eine abgeschlossene Ausbildung und schildert keine Gefühle der Überforderung. Bei Lene und Verena konkurriert die frühe Mutterschaft mit dem Beruf. Lene geht einen Kompromiß ein, indem sie nicht die gewünschte Ausbildung beginnt. Verena bricht ihre Ausbildung ab, wird in den folgenden vier Jahren noch sechs Mal schwanger, so daß sie die Ausbildung erst nach der Sterilisation absolviert. Beide Frauen schildern große Unzufriedenheit mit dieser Lebenssituation, in der sie Verantwortung für ihre Kinder haben ohne ihre eigene Selbständigkeit weiter entwickeln zu können. Bei allen Frauen besteht ein Konflikt zwischen Partnerschaft und Mutterschaft.



Sie erfahren kaum oder keine Anerkennung ihrer Partner und erleben das wiederholt als Enttäuschung. Bei Paula und Verena gipfelt die Unvereinbarkeit von Elternschaft und Partnerschaft in der übereilten Entscheidung zur Sterilisation, da der Partner das Bestehen der Beziehung davon abhängig macht, daß keine weiteren Kinder geboren werden. Die Bedeutung von Kindern und ihr Stellenwert im Leben der Frauen steht auch für die Bedeutung von Anerkennung und Zuwendung vom Partner. Die Frauen verhüten inkonsequent oder lehnen Verhütung ab, leiden gleichzeitig darunter, mehrfach ungeplant schwanger zu werden und bereuen die Schwangerschaftsabbrüche. Dieses Verhalten zeigt eine unzureichende Auseinandersetzung mit ihrer Lebenswirklichkeit und läßt auf eine hohe Bedeutung von Fruchtbarkeit als Möglichkeit weibliche Potenz auszuleben schließen. Es ist zu vermuten, daß die potentielle Fruchtbarkeit von den Frauen mit der Tatsache, Kinder zu gebären, gleichgesetzt wird. Insbesondere das Kind, das nach der Refertilisierung erwartet wird, wird idealisiert. Es steht für die wiederhergestellte Vollkommenheit und Unversehrtheit der Frau, für die Zuwendung vom Partner, für die Abgrenzung zur eigenen Mutter und soll erlebte Kränkungen ungeschehen machen.

### **Kategorie Beruf**

Ein weiterer Unterschied zwischen den sterilisierten und den refertilisierten Frauen besteht in ihrer Berufsorientierung, der auch auf die unterschiedliche Bedeutung der Mutterschaft hinweist. Bei den sterilisierten Frauen liegt eine eindeutige Berufsorientierung vor. Ausbildung und Beruf werden geplant und kontinuierlich verfolgt. Das Familienleben und die Berufstätigkeit konkurrieren nicht miteinander, sondern werden von den Frauen je nach Lebenssituation mit unterschiedlichen Schwerpunkten versehen. Der Beruf ermöglicht im Erleben der Frauen, eigene Interessen umzusetzen, Kreativität auszuleben und finanzielle Eigenständigkeit.

Bevor die refertilisierten Frauen einer Berufstätigkeit nachgingen, waren sie bereits Mutter. Paula und Verena absolvieren ihre Ausbildung erst nach der Sterilisation. Bis dahin waren sie finanziell von ihren Partnern abhängig und stellten das nicht in Frage. Bei Paula, die Tagesmutter ist, liegt die Vermutung nahe, daß sie Mutterschaft gewissermaßen zum Beruf macht und auf diese Art und Weise kompensiert, daß sie keine Kinder mehr bekommen kann. Auch Edith trennt kaum zwischen Mutterschaft und ihrem zweiten Beruf als Erzieherin, indem sie ihren Arbeitsplatz als zweite Familie bezeichnet. Bei Verena und Lene konkurrieren Berufstätigkeit und Mutterschaft miteinander. Die frühe Mutterschaft führte dazu, daß sie keinen bzw. nicht den Wunschberuf erlernt haben. Während ihrer

Berufstätigkeit fehlt Verena Zeit für ihre Kinder und Lene hat Angst davor, beruflich Abstriche machen zu müssen, wenn sie wieder ein Kind bekommt. Eine Gemeinsamkeit der beiden Gruppen ist die Wahl von frauentypischen Berufen. Alle Frauen legen nach der Sterilisation einen Schwerpunkt auf die Berufstätigkeit. Die refertilisierten Frauen, mit Ausnahme von Lene, beabsichtigen im Falle einer Schwangerschaft ihre beruflichen Ambitionen zurückzustellen.

### **Kategorie Sterilisation**

In der Kategorie Sterilisation finden sich die auffallendsten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Während sich die sterilisierten Frauen in einer relativ stabilen Lebenssituation befinden, liegt bei den refertilisierten Frauen eine konfliktreiche Lebensphase vor. Die stabile Lebenssituation der sterilisierten Frauen ist gekennzeichnet durch weitgehende Zufriedenheit mit Mutterschaft, Beruf und Partnerschaft. Die Frauen haben einen Teil ihrer Lebensziele verwirklicht und haben weitere Ideen für ihre Zukunft ohne ein weiteres Kind. Das gleiche gilt für ihre Partner. Sie haben einige Jahre immer wieder über die Sterilisation nachgedacht und Für und Wider abgewogen. Bei Doris war die Entscheidungszeit wesentlich kürzer, sie hat aber ihren Kinderwunsch schon seit einigen Jahren abgeschlossen. Insofern ist auch bei ihr die Sterilisation eine Konsequenz daraus. Beate und Heike erklären anlässlich ihrer letzten Schwangerschaft keinen Kinderwunsch für die Zukunft mehr zu haben. Alle drei Frauen betonen in dem Zusammenhang ihr Alter über 30 Jahre und ihre dadurch bedingt abnehmende Kraft, ein weiteres Kind großzuziehen. Sie wollen mit zunehmendem Alter ihre Energie nicht ausschließlich in die Kindererziehung einsetzen. Ihre Partner unterstützen die Entscheidung zur Sterilisation, weil sie ebenfalls mit ihrem Kinderwunsch abgeschlossen haben. Die Frauen fällen die Entscheidung autonom, wie auch andere Entscheidungen in ihrem Leben. Die Sterilisation wirkt sich bei Heike und Beate positiv auf die Partnerschaft aus. Die Sicherheit, nicht mehr schwanger werden zu können, beeinflusst ihre Sexualität auf positive Weise. Das läßt den Schluß zu, daß sie Fruchtbarkeit und Sexualität voneinander trennen können.

In der konfliktreichen Lebenssituation der refertilisierten Frauen zum Zeitpunkt der Sterilisation gipfeln ihre - bereits geschilderten - vorangegangenen negativen Erfahrungen. Die Frauen weisen eine Tendenz zur Verleugnung ihrer Realität auf, die dazu führt, sich nicht mit ihren Konflikten auseinanderzusetzen. Sie gehen den Konflikten aus dem Weg, indem sie sich für eine definitive Verhütung entscheiden, ohne endgültig mit ihrem Kinderwunsch abgeschlossen zu haben. Die aktuelle Lebenssituation erscheint ihnen so

problematisch, daß eine Sterilisation als einzige Lösung ihrer Konflikte für sie in Frage kommt. Diese Entscheidung beschreiben die Frauen im Rückblick als eine Entscheidung, die sie in Abhängigkeit von anderen getroffen haben. Bei Edith liegt sie in der Form vor, daß die Sterilisation als eine Ersatzhandlung für die Mutter interpretiert werden kann. Die anderen Frauen sehen das Bestehen ihrer Partnerschaften hochgradig gefährdet, wenn sie sich nicht sterilisieren lassen. Hinzu kommt die Angst vor weiterer Überforderung und Enttäuschungen. Paula und Verena stehen so unter Druck, daß sie sich keine Zeit nehmen, um über die Folgen der Entscheidung nachzudenken. Lene und Edith nehmen sich mehr Zeit, stehen aber ebenfalls unter dem Druck einer äußerst konfliktreichen Partnerschaft, die kein weiteres Kind mehr verkraften würde bzw. unter dem Druck tiefer Verunsicherung und Ängste im Fall von Edith. Die Frauen klären die Tragweite dieser Entscheidung nicht für sich ab, ähnlich wie sie mit anderen Entscheidungen in ihrem Leben umgehen, beispielsweise mit den Schwangerschaften. Sie beschreiben sich selbst als weitgehend fremdbestimmt.

### **Kategorie Refertilisierung**

In ihrer Entscheidung zur Refertilisierung sehen die Frauen eine selbstbestimmte Entscheidung. Diese kann wiederum als eine in Abhängigkeit getroffene Entscheidung interpretiert werden. Die Frauen erhoffen sich auf diesem Wege die Zuwendung des Partners sowie die bedingungslose Liebe eines ausgesprochenen Wunschkindes. Bei Lene ist die Refertilisierung Voraussetzung für das Weiterbestehen der Partnerschaft. Sie ordnet sich dem Kinderwunsch ihres Partners unter, da sie diesem Wunsch eine höhere Priorität einräumt als ihren eigenen Bedürfnissen. Die Frauen beschreiben die Sterilisation im Rückblick als eine Selbstverletzung, die sie mit der Refertilisierung heilen möchten. Die aus ihrer Enttäuschung über den Partner entstandene Aggression wendeten sie mit der Sterilisation gegen sich selbst. Nur als fruchtbare Frau fühlen sie sich vollkommen, und daher muß ihre Identität über die Refertilisierung wieder hergestellt werden. Sie erwarten von der Refertilisierung ein Stabilisierung ihres Selbstwertgefühls, da es in ihrer Wahrnehmung mit ihrer potentiellen Fertilität verknüpft ist.

### **Kategorie Herkunftsfamilie**

Die Erfahrungen der Kindheit sind in beiden Gruppen, soweit geäußert, auffallend ähnlich. Bei Lene und Doris, die darüber kaum berichtet haben, liegt aufgrund ihrer Andeutungen die Vermutung nahe, daß sie zumindest wenig eindeutig positive Erfahrungen gemacht

haben. Sie werden bei den folgenden Ausführungen ausgespart. Eine zentrale Gemeinsamkeit der Frauen besteht in ihrem Eindruck, nicht erwünscht oder eine starke Belastung für ihre Mütter gewesen zu sein. Die Beziehungen zu den Müttern werden als problematisch geschildert und die Mütter als negatives Vorbild dargestellt. Das kindliche Bedürfnis, als eigenständige und liebenswerte Person anerkannt zu werden, blieb zu einem großen Teil unbefriedigt. Die Väter zeichneten sich durch Abwesenheit oder Aggressivität aus und beteiligten sich kaum an der Erziehung der Kinder. Fast alle Frauen erlebten die Trennung der Eltern. Die Erfahrungen der Kindheit werden von den Frauen unterschiedlich verarbeitet. Während sich bei den Frauen der Untersuchungsgruppe zum Teil eine Wiederholung dessen, wie die Mutter gelebt hat, feststellen läßt, grenzen sich die Frauen der Vergleichsgruppe in ihrer Lebensführung deutlicher von ihren Müttern ab. So erleben sie beispielsweise die Vereinbarkeit von Mutterschaft und Berufstätigkeit im Gegensatz zu ihren Müttern als zufriedenstellend. Ihre Lebensführung unterscheidet sich von den refertilisierten Frauen durch ein bewußtes Verfolgen ihrer Ziele und ein aktives, kritisches Auseinandersetzen mit ihren Bedürfnissen, einschließlich des Kinderwunsches. Die refertilisierten Frauen vermeiden tendenziell die Auseinandersetzung mit Konflikten, insbesondere innerhalb ihrer Partnerschaften. Sie stellen sich z. T. als passiv dar, und passen sich den Bedürfnissen anderer oder den Umständen an. So ordnen sie selbst im Rückblick ihre Entscheidung zur Sterilisation ein. Ihr Wunsch nach einem ausgesprochenen Wunschkind entspringt möglicherweise auch einem nicht bewußten Wunsch, emotionale Defizite aus ihrer Kindheit auszugleichen.

## 5 Diskussion und Ausblick

Die im Intergruppenvergleich dargestellten Ergebnisse werden im folgenden zusammengefaßt und mit denen der im theoretischen Teil beschriebenen empirischen Untersuchungen verglichen und diskutiert. Sie werden außerdem in Zusammenhang mit den theoretisch erörterten Aspekten des Kinderwunsches gestellt.

Die Ergebnisse aller Untersuchungen, einschließlich denen der vorliegenden Arbeit, legen nahe, von einer grundsätzlich psychodynamischen Ambivalenz beim Kinderwunsch auszugehen, wie es die Vertreter des in Kapitel 2.1.2 vorgestellten Modells des Kinderwunsches postulieren. (vgl. Mittag & Jagenow, 1985).

Ausgehend von der ersten Vorannahme, daß die Lebenssituation und die Erlebnisweise der Frau, die zum Zeitpunkt der Sterilisation vorlagen, einen entscheidenden Einfluß auf die Motivation zur Refertilisierung hat, können folgende Ergebnisse festgehalten werden: Es lagen bei den refertilisierten Frauen prognostisch ungünstige Faktoren hinsichtlich der Verarbeitung der Sterilisation vor, die in den einzelnen Auswertungsschritten einer differenzierten Analyse unterzogen wurden. Die Ergebnisse der Vergleichsgruppe wurden denen der refertilisierten Frauen kontrastierend gegenüber gestellt. Die Prognosefaktoren stimmen mit denen der Vergleichsgruppe nicht überein. Die einzelnen Prognosefaktoren können nicht isoliert betrachtet werden, da sie einander bedingen und unterschiedliches Gewicht besitzen. Aus allen Kategorien wurden folgende Faktoren zusammengetragen, die Hinweise für eine Erklärung einer ungünstigen bzw. günstigen Verarbeitung der Sterilisation geben:

Tabelle 4 Prognosefaktoren

Refertilisierte Frauen	Sterilisierte Frauen
- konflikthafte Partnerschaft	- von Konflikten unbelastete Partnerschaft
- keine Absprache mit dem Partner	- Absprache mit dem Partner
- unklare Motivation, d.h. Kinderwunsch nicht abgeschlossen	- klare Motivation, d.h. Kinderwunsch abgeschlossen
- keine ausreichende Entscheidungszeit	- ausreichende Entscheidungszeit
- instabile Lebenssituation	- stabile Lebenssituation

Die gleichen Prognosefaktoren hinsichtlich einer ungünstigen Verarbeitung der Sterilisation wurden in verschiedenen Untersuchungen ebenfalls identifiziert (Petersen, 1983; Davies-Osterkamp, Meyer, Kleinstein & Neubüser, 1983; Herrmann, Anderer & Neeser, 1985). Ein zusätzlicher ungünstiger Prognosefaktor ist nach den Ergebnissen der Untersuchungen von Schlösser, Frantzen, Mansour & Verhoeven (1983) und Wille (1996) das Alter der Frau unter 25-30 Jahren. Das Kriterium Alter hat im Vergleich mit den dargestellten Einflußfaktoren in der vorliegenden Untersuchung eine untergeordnete Bedeutung. Als ein weiterer ungünstiger Prognosefaktor erwies sich ist in der Untersuchung von Neuhaus, Kusche & Wellmann-Barth (1992) neben dem Alter der Frau unter 30 Jahren und einer krisenhaften Partnerschaft die Gleichzeitigkeit der Sterilisation mit einem Abbruch oder unmittelbar nach einer Geburt. Diese Gleichzeitigkeit zweier Eingriffe hat sich in der vorliegenden Untersuchung explizit als ein prognostisch ungünstiger Faktor erwiesen. Wenngleich dieser Umstand die Verarbeitung der Sterilisation beeinflussen kann, sollte er jedoch im Zusammenhang mit den anderen Faktoren betrachtet und hinsichtlich seiner Bedeutung für den Wunsch nach einer Refertilisierung analysiert werden. Die fünf Prognosefaktoren konnten in ihrer Bedeutung für die Motivation zur Refertilisierung bestätigt werden, während das Kriterium Alter und die Gleichzeitigkeit mit einem Abbruch oder einer Geburt einen untergeordneten Einfluß darauf zu haben scheinen.

Die zweite Vorannahme ging davon aus, daß eine Veränderung der Lebensumstände nach der Sterilisation einen entscheidenden Einfluß auf die Motivation zur Refertilisierung hat. Dies konnte anhand der vorliegenden Ergebnisse nicht bestätigt werden. Nach der Sterilisation sind Veränderungen im Leben der refertilisierten Frauen eingetreten, die zur Stabilisierung ihrer Lebenssituation beigetragen haben. Ihre Lebenszufriedenheit aber sehen die Frauen ausschließlich in Abhängigkeit von dem erwünschten Kind mit ihrem neuen Partner. Die Handlungs- und Deutungsmuster der Frauen blieben unverändert. Die Sterilisation sowie die Refertilisierung dienten der Konfliktlösung. Es zeigte sich, daß das Bedürfnis, die Partnerschaft aufrechtzuerhalten vermutlich sowohl ein Grund für die Sterilisation, als auch für die Refertilisierung war. Die hohe Bedeutung der Partnerschaft konnte bei den Frauen der Vergleichsgruppe nicht festgestellt werden. Der Einfluß der anderen Lebensumstände auf die Motivation zur Refertilisierung scheint gegenüber der Bedeutung der neuen Partnerschaft eine untergeordnete Bedeutung zu haben.

Die dritte Vorannahme, daß eine neue Partnerschaft Frauen motiviert, die Sterilisation

rückgängig zu machen, konnte bestätigt werden. Der Kinderwunsch wurde von den Frauen jeweils nach erst kurzem Bestehen der Partnerschaften geäußert und die Rückoperation erfolgte nach kurzer Zeit. Die Partnerschaften wurden tendenziell idealisiert und als symbiotisch eng beschrieben. Das erwünschte und in der Vorstellung häufig idealisierte Kind erwies sich als dominierendes Beziehungsthema. Lukesch (1986) vermutet dahinter den Versuch, von Konflikten in der Partnerschaft, abzulenken. Das Bestehen einer neuen Partnerschaft ist ein Kriterium, das im Kontext mit den bereits dargestellten Prognosefaktoren betrachtet werden muß, insbesondere mit dem der konflikthaften Partnerschaft zum Zeitpunkt der Sterilisation. In diesem Punkt besteht ein zentraler Unterschied zu den Frauen der Vergleichsgruppe. Im folgenden werden weitere Unterschiede zwischen den Gruppen beschrieben. Den refertilisierten Frauen war es bis zur Sterilisation nicht möglich, eine angemessene Kontrolle über ihre Fruchtbarkeit auszuüben. Aufgrund ungeplanter Schwangerschaften und der frühen Mutterschaft vollzogen die Frauen eine unbefriedigende Selbständigkeitsentwicklung. Es bestand entweder keine klare Berufsorientierung oder eine Konkurrenz zwischen den Lebenszielen Beruf und Mutterschaft. Die Paardynamik zum Zeitpunkt der Sterilisation war geprägt von dem wiederholt enttäuschten Bedürfnis der Frauen, über ihre Mutterschaft Zuwendung und Anerkennung der Partner zu erhalten. Die Frauen haben aus Hilflosigkeit gegenüber ihrer Lebenssituation mit der Sterilisation zunächst temporär ihre Fruchtbarkeit aufgehoben, aber ihren Kinderwunsch nicht wirklich abgeschlossen. Die Sterilisation wurde als eine Verhütungsmaßnahme gehandhabt, um zunächst für einen absehbaren Zeitraum weitere Schwangerschaften auszuschließen. Die Sterilisation diente in erster Linie der Aufrechterhaltung der Partnerschaft. Wie bereits geschildert, erlebten die refertilisierten Frauen die Mutterschaft sehr ambivalent. Während bei der Sterilisation auf der Bewußtseinssebene die Seite zum Tragen kam, zu diesem Zeitpunkt keine Kinder mehr bekommen zu wollen, wird zum Zeitpunkt der Refertilisierung die Mutterschaft als fast unabdingbar für die Lebenszufriedenheit dargestellt und die konflikthaften Seiten der Mutterschaft verdrängt (vgl. Davies-Osterkamp, Meyer, Kleinstein & Neubüser, 1983). Die Bedeutung der Fruchtbarkeit scheint eng mit dem hohen Stellenwert von Partnerschaft verknüpft zu sein. Dies deutet auf ein gering ausgeprägtes Selbstwertgefühl hin. Mit der Wiederherstellung der potentiellen Fruchtbarkeit in der neuen Partnerschaft geht vermutlich die Hoffnung auf Zuwendung von den neuen Partnern einher. Der Wunsch nach Anerkennung vom Partner scheint wichtiger als der Wunsch nach einem realen Kind zu sein. Das impliziert gleichzeitig die Hoffnung auf Stabilisierung des Selbstwertgefühls.

Zu diesem Ergebnis kamen auch Hermann, Anderer & Neeser (1985), die die psychologische Ausgangssituation zum Zeitpunkt der Entscheidung zur Sterilisation und die Beweggründe für die Refertilisierung untersuchten. Die Ergebnisse der Untersuchung von Neuhaus, Kusche & Wellmann-Barth (1992) deuten ebenfalls darauf hin, daß die Wiederherstellung der Fruchtbarkeit in einer neuen Partnerschaft auch ein Beweggrund für die Entscheidung zur Refertilisierung war. Meyer (1991) stellt die Vermutung auf, daß die potentielle Fertilität wichtiger sein kann als der Wunsch nach einem Kind, wenn bei der Entscheidung zur Sterilisation Sexualität nicht von der Fortpflanzungsfunktion getrennt werden konnte.

Als zentrales Ergebnis der vorliegenden Untersuchung kann folgende Hypothese aufgestellt werden: Die Motivation zur Refertilisierung kann mit der Verknüpfung der Bedeutung potentieller Fruchtbarkeit und der Partnerschaft der Frauen erklärt werden. Für die Frauen der Vergleichsgruppe ist die Anerkennung ihres Partners nicht an die Fruchtbarkeit gebunden.

Der Motivation zur Refertilisierung sind nur wenige Untersuchungen gewidmet. Der Schwerpunkt dieser Untersuchungen liegt jeweils auf der psychischen Dynamik von Sterilisation und Refertilisierung. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung stimmen weitgehend mit den Ergebnissen der zitierten Untersuchungen überein. Die medizinische Fachliteratur thematisiert hingegen operative Verfahren und Erfolge der Refertilisierung (Frantzen & Schlösser, 1983). Das Ziel der modernen Reproduktionsmedizin, wie es Hepp, Scheidel & Korell (1991) formulieren, ist es, „jeder Sterilitätspatientin das für sie individuell erfolgreichste und gleichzeitig wenig belastende Verfahren anzubieten“ (S. 410), um ihren Kinderwunsch zu erfüllen. Vor dem Hintergrund der Untersuchungsergebnisse der vorliegenden Untersuchung empfiehlt es sich, die Motivation des Kinderwunsches genauer zu betrachten. Es zeigte sich, daß die Refertilisierung Ausdruck eines unbewältigten Konflikts bezüglich der weiblichen Identität darstellte. Die Frage nach der psychischen Verarbeitung der Refertilisierung bleibt offen. Sie sollte durch katamnestische Untersuchungen einer Klärung näher gebracht werden. Um so deutlicher erscheint in diesem Zusammenhang die Wichtigkeit einer individuellen Beratung vor der Sterilisation. In der Beratung sollte hinsichtlich der Verarbeitung der Sterilisation auf die psychologische Problematik der Frau eingegangen werden (vgl. Meyer, Davies-Osterkamp, Kleinstein & Neubüser, 1984). Der Schwerpunkt der Beratung sollte dabei auf der Paardynamik und dem Stellenwert von potentieller Fruchtbarkeit liegen. Wie es auch



Herrmann, Anderer & Neeser (1985) fordern, sollte es in der Beratung vor einer Sterilisation nicht darum gehen, die Indikationskriterien enger zu fassen, sondern eingehende psychosoziale Beratung zu leisten. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung unterstützen die von Meyer (1991) formulierte Kritik an der gängigen medizinischen Praxis, in der Alter und Kinderzahl als Indikatoren für eine positive Verarbeitung der Sterilisation gelten. Die Ergebnisse bestätigen, daß die Verarbeitung der Sterilisation wesentlich komplizierter ist, als daß sie von diesen Kriterien allein abhängen könnte. Standardisierte Indikationskataloge als Entscheidungskriterium für eine Sterilisation heranzuziehen, erscheint unangemessen. Bork, Meyer & Brähler (1984) empfehlen, für eine Sterilitätsberatung die Gießen-Test-Paardiagnostik im Zusammenhang mit einem ausführlichen Gespräch anzuwenden. Die wenigen, einzelnen Empfehlungen sollten zu allgemein gültigen Richtlinien für eine psychosoziale oder psychologische Beratung ausgearbeitet werden.

Wenngleich die vergleichende Einzelfallanalyse der vorliegenden Arbeit sehr aufschlußreiche Ergebnisse hervorgebracht hat, muß kritisch bemerkt werden, daß aufgrund der geringen Stichprobengröße eine Generalisierung der Ergebnisse nicht möglich ist. Die Ergebnisse sollten an größeren Stichproben überprüft und erweitert werden, um die psychologische Dynamik der Motivation zur Refertilisierung differenzierter zu erfassen.

## 6 Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit untersucht die Motivation von Frauen zur Refertilisierung. Der Schwerpunkt liegt dabei zum einen auf der Analyse der Verarbeitung der Sterilisation. Zum anderen wird die Bedeutung der Partnerschaft hinsichtlich ihres Einflusses auf die Entscheidung zur Refertilisierung beleuchtet. Bisher existieren hierzu nur wenige empirische Untersuchungen. In der vorliegenden qualitativ explorativen Untersuchung wurde eine vergleichende Einzelfallanalyse durchgeführt. Die Untersuchungsgruppe bestand aus vier refertilisierten Frauen, die Vergleichsgruppe setzte sich aus drei sterilisierten Frauen zusammen. Als Erhebungsmethode wurde ein leitfadengestütztes Interview gewählt.

Die wichtigsten Ergebnisse lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Die aus der Literatur und aus Befunden anderer Untersuchungen bekannten Prognosefaktoren, die eine günstige oder ungünstige Verarbeitung der Sterilisation erwarten lassen, konnten weitgehend bestätigt werden. Sie bieten allerdings keine hinreichende Erklärung für die umfassende Motivlage zur Refertilisierung. Insgesamt erwies sich die Verarbeitung als ein sehr differenzierter Prozeß. So war die Motivation zur Refertilisierung eng verknüpft mit der Bedeutung der Partnerschaft und der Bedeutung potentieller Fertilität.

Es wird die Schlußfolgerung gezogen, daß allgemein gültige Leitlinien zu entwickeln sind, die die Grundlage für eine individuelle Beratung vor der Sterilisation bilden sollten. In der Beratung sollte auf die psychologische Situation der Frau und des Paares eingegangen werden, insbesondere im Hinblick auf die Motivation zu dieser Entscheidung.

## Literaturverzeichnis

- Bork, E., Meyer, A. & Brähler, E. (1984). Sterilisationswunsch und Partnerbeziehung. In J. W. Scheer & E. Brähler (Hrsg.). *Ärztliche Maßnahmen aus psychologischer Sicht. Beiträge zur medizinischen Psychologie*. Berlin: Springer. S. 101-112.
- Davies-Osterkamp, S., Meyer, A., Kleinstein, J. & Neubüser, D. (1983). Zur Psychodynamik des Refertilisierungswunsches bei sterilisierten Frauen. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 43, S. 313-320.
- De Parseval, G. D. & Janaud, A. (1985). *Ein Kind um jeden Preis. Ethik und Technik der künstlichen Zeugung*. Weinheim u.a.: Beltz.
- Deutscher Bundestag. (1980). Bericht der „Kommission zur Auswertung der Erfahrungen mit dem reformierten §218 des Strafgesetzbuches“. *Drucksache des Deutschen Bundestages* 8 / 3630. Bonn: Heger.
- Flick, U. (1989). Zugänge zum Un-Vertrauten. Qualitative Methoden der Analyse sozialer Repräsentationen. In E. H. Witte (Hrsg.). *Sozialpsychologie der Kognition*. Lengerich u. a.: Pabst Science Publishers. S. 48-74.
- Freud, S. (1893-1906). Sexualität in der Ätiologie der Neurosen. In Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre. (1952). *Gesammelte Werke, Band 1*. Frankfurt / M. [zitiert nach Klomann, A. & Nyssen, F. (1994). *Der Kinderwunsch. Gegenwart und Geschichte*. Frankfurt / M.: P. Lang.]
- Frick-Bruder, V. (1989). Das infertile Paar. In G. Bettendorf & M. Breckwoldt (Hrsg.). *Reproduktionsmedizin*. Stuttgart: G. Fischer. S. 399-406.
- Frantzen, Ch. & Schlösser, H. W. (1983). Welche Chancen bestehen für die Refertilisierung nach vorausgegangener operativer Sterilisation der Frau? In J. Zander (Hrsg.). (1991). *Die Sterilität. Fortschritte für das diagnostische und therapeutische Handeln*. München u. a.: Urban & Schwarzenberg. S. 91-94.
- Gloger-Tippelt, G., Grimmig, R., Gomille, B. (1993). *Der Kinderwunsch aus psychologischer Sicht*. Opladen: Leske und Budrich.
- Goebel, P. (1984). *Abbruch der ungewollten Schwangerschaft. Ein Konfliktlösungsversuch?* Berlin: Springer.

- Hepp, H., Scheidel, P. & Korell, M. (1991). Operative Eingriffe zur Therapie der weiblichen Sterilität unter Einschluß der mikrochirurgischen Verfahren. In J. Zander & H. Graeff (Hrsg.). *Gynäkologische Operationen*. (Dritte neubearbeitete und erweiterte Auflage). Berlin: Springer. S. 407-410.
- Herrmann, H., Anderer, M. & Neeser, E. (1985). Psychologische Überlegungen zum Wunsch nach Refertilisierung. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 45, S. 170-175.
- Hertz, D.-G., Molinski, H. (1986). *Psychosomatik der Frau* (3. Auflage). Berlin: Springer.
- Jüttemann, G. (1981). Komparative Kasuistik als Strategie psychologischer Forschung. In G. Jüttemann (1990). (Hrsg.). *Komparative Kasuistik*. Heidelberg: Asanger. S. 21-42.
- Jüttemann, G. (1990). (Hrsg.). *Komparative Kasuistik*. Heidelberg: Asanger.
- Kiefl, W. & Schmid, J. (1985). Empirische Studien zum generativen Verhalten. Erklärungsbefunde und theoretische Relevanz. *Schriftenreihe des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung, Band 15*. Boppard am Rhein: Boldt.
- Klomann, A. & Nyssen, F. (1994). *Der Kinderwunsch. Gegenwart und Geschichte*. Frankfurt / M.: P. Lang.
- Lukesch, H. (1981). *Schwangerschafts- und Geburtsängste*. Stuttgart: Enke.
- Lukesch, H. (1986). Psychosoziale Aspekte der extrakorporalen Befruchtung und des Embryotransfers beim Menschen. *Psychosozial*, 30, S. 59-76.
- Mayring, P. (1988). *Qualitative Inhaltsanalyse*. Weinheim: Deutscher Studien Verlag.
- Meyer, A. (1991). Psychologische Aspekte gynäkologischer Eingriffe. In S. Davies-Osterkamp (Hrsg.). *Psychologie und Gynäkologie*. Weinheim: Edition Medizin. S. 115-126.
- Meyer, A., Davies-Osterkamp, S., Kleinstein, J. & Neubüser, D. (1984). Zur Problematik der Refertilisierung bei sterilisierten Frauen. In J. W. Scheer & E. Brähler (Hrsg.). *Ärztliche Maßnahmen aus psychologischer Sicht. Beiträge zur medizinischen Psychologie*. Berlin: Springer. S. 113-118.

- Meyer, A. & Davies-Osterkamp, S. (1984). Zur Paardynamik von Refertilisierungspatientinnen und ihren Partnern. In U. Tewes (Hrsg.). *Angewandte Medizinpsychologie*. Heidelberg: Asanger. S. 421-428.
- Mittag, O., Jagenow, A. (1984). Weiblicher Kinderwunsch und Sexualität. *Psychosozial*, 30, 7. Jahrgang, S. 7-25.
- Mittag, O., Jagenow, A. (1985). Motive zu Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft. *Sexualmedizin*, 8, S.431-437.
- Molinski, H. (1989). Psychologische Aspekte der Sterilität. In G. Bettendorf & M. Breckwoldt. (Hrsg.). *Reproduktionsmedizin*. Stuttgart: G. Fischer. S. 279-286.
- Neuhaus, W., Kusche, M., & Wellmann-Barth, M., (1992). Motive für den Wunsch nach Refertilisierung. *Sexualmedizin*, 21, S. 564-570.
- Oeter, K. & Wilken, M. (1981). Psychosoziale Entstehungsbedingungen unerwünschter Schwangerschaften. Eine medizin-soziologische Untersuchung zum kontrazeptiven Verhalten. *Schriftenreihe des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit, Band 75*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Petersen, P. (1983). Seelische Folgen der Sterilisation. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 43, S. 253-258.
- Rosenstiel, L. v., Spieß, E. Stengel, M. & Nerdinger, F. W. (1984). Lust auf Kinder? Höchstens eins. *Psychologie Heute*, 11 (5), S. 20-31.
- Schlösser, H. W., Frantzen, Ch., Mansour, N. & Verhoeven, H. C. (1983). Sterilisation und Refertilisierung. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 43, S. 213-216.
- Taubert, H. D. & Möslein, S. (1989). Sterilisation. In G. Bettendorf & M. Breckwoldt (Hrsg.). *Reproduktionsmedizin*. Stuttgart: G. Fischer. S. 655-659.
- Wille, R. (1996). Sexualität nach Abortio und Sterilisation. In H. P. G. Schneider (Hrsg.). *Endokrinologie und Reproduktionsmedizin II*. München: Urban & Schwarzenberg, S. 56-58.
- Witzel. A. (1989). Das problemzentrierte Interview. In G. Jüttemann (Hrsg.). *Qualitative Forschung in der Psychologie*. Heidelberg: Asanger. S. 227-255.

Ziebell, L., Schmerl, C. & Queisser, H. (1992). *Lebensplan ohne Kinder*. Frankfurt / M.: S. Fischer.