

# **(K)ein Zugang zur freiwilligen Sterilisation?**

Eine qualitativ-rekonstruktive Studie von Geschlecht, Körper und Autonomie  
bei kinderfreien Frauen in Österreich

Vanessa Lara Riccarda BOCK, 11940979

Innsbruck, August 2025

Masterarbeit

eingereicht an der Universität Innsbruck, Fakultät für Soziale und Politische Wissenschaften  
zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Arts

**Masterstudium Soziologie: Soziale und politische Theorie**

Betreuer:

Assoz.-Prof. Mag. Dr. Bernhard Weicht

Institut für Soziologie

Fakultät für Soziale und Politische Wissenschaften

## DANKSAGUNG

An dieser Stelle möchte ich mich bei meinen Freund\*innen und meiner Familie bedanken, die mich während des Verfassens dieser Masterarbeit in jeder Hinsicht unterstützt haben und mir stets zur Seite gestanden haben. Ein großes Dankeschön gilt meinem Partner Tommaso, der mich während meiner gesamten Studienzeit und in dieser Arbeit sowohl emotional als auch durch inspirierende Anregungen, bereichernde Diskussionen und wertvolle Kommentare maßgeblich unterstützt hat. Ebenso möchte ich meiner Schwester Nicola danken, die nicht nur eine besonders wichtige Rolle in meinem Leben einnimmt, sondern mich auch in schwierigen Momenten während des Studiums aufgefangen hat und mehrere Arbeiten stets mit großer Sorgfalt korrekturgelesen hat. Ein herzliches Dankeschön geht auch an Lotte, Stephi, Ruby, Lena und Sophia. Eure Unterstützung durch Korrekturlesen, gemeinsame Austausche und produktive Schreibsitzungen in verschiedensten Cafés war ein unverzichtbarer Teil dieser Reise. Ebenso danke ich meinen anderen Freund\*innen, die mich während dieser Zeit auf vielfältige Weise unterstützt haben. Danke auch an meine Eltern, die mich während meines Soziologiestudiums finanziell unterstützt und mir damit ermöglicht haben, meinen Interessen nachzugehen – hoffentlich werde ich nun keine Taxifahrerin.

Mein besonderer Dank gilt meinem Betreuer Bernhard Weicht. Deine Perspektiven, wertvollen Anregungen und insgesamt herausragende Betreuung haben diese Arbeit maßgeblich geprägt. Der Austausch mit dir war für mich nicht nur äußerst bereichernd, sondern hat mir auch geholfen, die Masterarbeit wieder in die richtige Bahn zu lenken, wenn ich vom Weg abgekommen bin.

Zuletzt möchte ich mich herzlich bei meinen Interviewpartner\*innen bedanken. Mein Dank gilt den sterilisierten Frauen, die sich bei mir gemeldet und ihre Geschichten so transparent mit mir geteilt haben. Eure Offenheit und euer Vertrauen schätze ich sehr. Ebenso danke ich der Ärztin und dem Arzt, die mir ihre Zeit geschenkt haben und deren Antworten meinen Blick auf das Thema erweitert haben. Ohne euch wäre diese Arbeit in ihrer jetzigen Form nicht möglich gewesen.

Ich danke euch allen von Herzen.

## ZUSAMMENFASSUNG

Freiwillige Sterilisationen haben in den letzten Jahren im deutschsprachigen Raum zunehmend mediale und wissenschaftliche Aufmerksamkeit erhalten. Dennoch wurde das Thema bisher noch nicht aus einer soziologischen Perspektive untersucht. Diese Arbeit widmet sich daher erstmals dem Zugang zu freiwilligen Sterilisationen aus einer geschlechter- und körpersociologischen Perspektive, mit Fokus auf kinderfreie Frauen in Österreich. Zur Beantwortung der Forschungsfrage wurden im Rahmen eines qualitativ-rekonstruktiven Forschungsprozesses neun fokussierte Interviews durchgeführt. Zu den Interviewpartner\*innen zählen sieben sterilisierte Frauen sowie eine Gynäkologin und ein Gynäkologe, die selbst Sterilisationen durchführen. Auf Basis der Erfahrungen der befragten Frauen lassen sich drei idealtypische Zugänge zu einer Sterilisation identifizieren: der konforme, der reglementierte und der ausweichende Zugang. Weiterhin zeigen die Ergebnisse, wie soziale Konstruktionen von Geschlecht, Körper und Autonomie die Erfahrungen der Frauen prägen. Pronatalistische Werte, die Frausein mit Mutterschaft gleichsetzen, zwingen kinderfreie Frauen mit Sterilisationswunsch, ihre Entscheidung häufig rechtfertigen zu müssen. Der weibliche Körper wird dabei durch seine Reproduktionsfähigkeit normativ aufgeladen und fungiert als Ort sozialer Zuschreibungen. Zudem offenbaren die Ergebnisse eine Diskrepanz zwischen dem individualistischen Autonomieverständnis in der Medizin und der relationalen Autonomie, wie sie von Frauen mit Sterilisationswunsch erlebt wird. Es ist zu beobachten, dass der Zugang zu einer Sterilisation immer in soziale Beziehungen und Netzwerke eingebettet ist.

## ABSTRACT

Voluntary sterilisation has received increasing media and scientific attention in German-speaking countries in recent years. However, the topic has not yet been examined from a sociological perspective. This study is therefore the first to examine the access to a voluntary sterilisation from a gender and body sociology perspective, focusing on childfree women in Austria. To answer the research question, nine focused interviews were conducted as part of a qualitative-reconstructive research process. The interviewees included seven sterilised women and two gynaecologists who perform sterilisation procedures themselves. Based on the experiences of the women interviewed, three ideal-typical approaches to sterilisation can be identified: the conformist, the regulated and the evasive approach. Furthermore, the results show how social constructions of gender, body and autonomy shape women's experiences. Pronatalist values, which equate womanhood with motherhood, often force childfree women who wish to undergo sterilisation to justify their decision. The female body is normatively charged by its reproductive capacity and functions as a site of social attribution. In addition, the results reveal a discrepancy between the individualistic understanding of autonomy in medicine and the relational autonomy experienced by women who wish to undergo sterilisation. It can be observed that the access to a sterilisation is always embedded in social relationships and networks.

# Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
2	Historischer Hintergrund .....	4
3	Rechtslage in Österreich .....	8
4	Stand der Forschung .....	10
4.1	Kapitalistische Reproduktionspolitik.....	10
4.2	Pronatalismus .....	13
4.3	Kinderfreie Frauen .....	14
4.4	Freiwillige Sterilisationen .....	17
5	Theoretischer Rahmen .....	20
5.1	Der vergeschlechtlichte Körper.....	21
5.2	Autonomie.....	23
5.2.1	Reproduktive Autonomie .....	28
5.2.2	Autonomie und Alter.....	29
6	Methodik.....	30
6.1	Sampling.....	31
6.2	Datenerhebung .....	32
6.3	Datenauswertung.....	34
6.4	Gütekriterien.....	35
6.5	Reflexion des Forschungsprozesses .....	36
7	Darstellung der Ergebnisse .....	38
7.1	Medizinische Perspektiven.....	39
7.1.1	Bedeutung der Sterilisation .....	40
7.1.2	Kriterien für eine Sterilisation.....	43
7.2	Idealtypen.....	49
7.2.1	Bedeutung der Sterilisation .....	49
7.2.2	Soziales Umfeld .....	58
7.2.3	Zugang zur Sterilisation .....	68
8	Diskussion.....	83
8.1	Geschlecht.....	83
8.2	Körper und Körperlichkeit .....	86
8.3	Autonomie.....	90
9	Fazit.....	94

9.1	Implikationen für die Praxis .....	96
9.2	Limitationen und Implikationen für die Forschung .....	97
	Literaturverzeichnis.....	100
	Anhang .....	110

# 1 EINLEITUNG

In Österreich ist es einer jungen Frau mit Erreichen der Volljährigkeit, also ab dem 18. Lebensjahr, in der Regel möglich, sich einer medizinisch riskanten Schönheitsoperation zu unterziehen (Rendl, 2023; McQueen, 2017). Entscheidet sie sich hingegen dazu, sich sterilisieren zu lassen, weil sie keine Kinder möchte, wird ihr dieser Eingriff häufig verwehrt (z. B. Lemke et al., 2023; Herrmann, 2023; McQueen, 2020; Richie, 2013). Doch woran liegt das? Aus welchem Grund ist der Zugang zu einem irreversiblen Eingriff wie einer Schönheitsoperation für eine junge Frau leichter als der zu einer freiwilligen Sterilisation? Welche gesellschaftlichen Normen und Vorstellungen liegen hier zugrunde? Und warum wird die Entscheidung für eine Sterilisation bei Frauen oftmals als ungewöhnlich und irritierend wahrgenommen?

Während das reproduktive Recht, Kinder zu bekommen, rechtlich nicht reguliert ist, sehen sich viele Frauen, die keine Kinder haben möchten, bei dem Wunsch nach einer Sterilisation mit zahlreichen Hürden konfrontiert. In dieser Arbeit möchte ich mich daher der Frage widmen, wie der Zugang zu einer freiwilligen Sterilisation bei kinderfreien Frauen in Österreich gesellschaftlich konstruiert ist. In der Literatur wird zunehmend unterschieden zwischen den Begriffen „kinderlos“ und „kinderfrei“ (Shreffler et al., 2020). Während im allgemeinen Sprachgebrauch nach wie vor der Ausdruck „kinderlos“ bzw. „Kinderlosigkeit“ im Zusammenhang mit Frauen ohne Kinder verwendet wird, bevorzugen Personen, die bewusst auf Kinder verzichten, die Bezeichnung „kinderfrei“, um ihre Entscheidung, keine Kinder zu bekommen, als aktiv und selbstbestimmt hervorzuheben (Gillespie, 2003). Damit soll verdeutlicht werden, dass sie Elternschaft als gesellschaftliche Norm zurückweisen und ihr Leben nicht als defizitär betrachten (Bleisch & Büchler, 2020). Fokus dieser Arbeit sind Frauen, die sich bewusst gegen Kinder entschieden haben und aus freiem Willen ein Leben ohne Kinder führen. Aus diesem Grund wird im weiteren Verlauf vorwiegend von kinderfreien Frauen gesprochen.

Das Thema Sterilisation hat in den letzten Jahren sowohl in deutschsprachigen Medien (z. B. Reiß, 2025; Trumpp, 2025; Herrmann, 2023; Fuchs, 2023) als auch in wissenschaftlichen Debatten (z. B. Lemke et al., 2023; Shreffler et al., 2020; McQueen, 2020) zunehmend Aufmerksamkeit erhalten. Im Zentrum dieser Diskurse stehen nicht nur Fragen nach körperlicher Selbstbestimmung und reproduktiver Autonomie, sondern auch die Rolle von medizinischen Institutionen und ärztlicher Autorität. Die Auseinandersetzung mit freiwilligen

Sterilisationen berührt somit nicht nur individuelle Entscheidungsprozesse, sondern ist ebenfalls aus gesellschaftlicher Perspektive von Relevanz, da sie grundlegende Fragen zur Verteilung von Entscheidungsmacht über den weiblichen Körper aufwirft. Trotz ihrer gesellschaftspolitischen Kontroversität wurden freiwillige Sterilisationen in der soziologischen Forschung bisher kaum thematisiert. Eine solche Perspektive kann jedoch neue Einblicke ermöglichen, indem die individuellen Erfahrungen von Frauen mit gesellschaftlichen Strukturen und Vorstellungen verknüpft werden. Ausgehend davon soll in dieser Arbeit die folgende Forschungsfrage untersucht werden:

*Wie wird der Zugang kinderfreier Frauen zu einer freiwilligen Sterilisation in Österreich sozial hergestellt?*

Besonderer Fokus dieser Arbeit liegt auf den gesellschaftlich konstruierten Geschlechter- und Reproduktionsnormen, die auf den Zugang zu diesem Eingriff einwirken. Gerade im Kontext der Reproduktion spielt der Körper von Frauen als „Ort des Geschehens“ (Krüger-Kirn, 2015, S. 251) eine zentrale Rolle in der Aushandlung gesellschaftlicher Normen und individueller Entscheidungen. Dies zeigte sich auch erst kürzlich in einem Fall aus den USA, bei dem eine schwangere Frau für hirntot erklärt wurde, aber aufgrund des staatlichen Abtreibungsgesetzes weiterhin für mehrere Wochen am Leben gehalten wurde, um die Geburt des ungeborenen Kindes zu ermöglichen. Ihr Körper wurde dabei als Reproduktionsmittel instrumentalisiert und daher auch medial scharf kritisiert (Kekatos, 2025). Solche Fälle verdeutlichen, dass reproduktionsmedizinische Diskussionen keinesfalls im luftleeren Raum stattfinden, sondern immer von machtpolitischen Interessen und sozialen Normen geprägt sind (Bleisch & Büchler, 2020).

Mit dieser Arbeit möchte ich freiwillige Sterilisationen nicht nur als medizinische Praxis oder Verhütungsmethode verstehen, sondern auch als gesellschaftlich gerahmtes Phänomen. Dabei verfolge ich insgesamt vier Zielsetzungen:

1. Den Zugang zu freiwilligen Sterilisationen aus einer soziologischen Perspektive zu analysieren.
2. Ein bislang wenig beachtetes und sensibles Thema innerhalb der Reproduktionsdebatten in den Fokus soziologischer Betrachtung zu rücken.
3. Einen Beitrag zum soziologischen Verständnis von Körper und Autonomie zu leisten.
4. Sterilisationen als mehrdimensionales Phänomen zu analysieren, indem sowohl der historische Kontext als auch intersektionale Perspektiven einbezogen werden.

Sterilisationen sind dabei keinesfalls losgelöst von Machtverhältnissen zu verstehen. Ihre gesellschaftliche Bewertung, Regulation und Anwendung ist eng verbunden mit sozialen Einflussgrößen wie Geschlecht, Alter, Ethnie und Sexualität (Almeida & Da Silva, 2019; Edmeades et al., 2011; Arora et al., 2010; McQueen, 2017; Richie, 2013; Borrero et al., 2009). Aus praktischen Gründen ist diese Arbeit auf Österreich begrenzt und konzentriert sich auf weiße, kinderfreie Cis-Frauen, die sich freiwillig für eine Sterilisation entschieden haben. Ein intersektionaler Blick ist dennoch leitend für die Analyse, um die Verflechtung sozialer Ungleichheiten sichtbar zu machen.

Aufgrund des mehrfachen Missbrauchs von Sterilisationen in der Vergangenheit, werde ich im Folgenden zunächst den historischen Hintergrund beleuchten (Kapitel 2). Anschließend folgt eine Erläuterung der rechtlichen Lage in Österreich (Kapitel 3), die von zentraler Bedeutung ist, um den Zugang zu Sterilisationen nachvollziehen zu können. Daraufhin betrachte ich den aktuellen Stand der Forschung in Kapitel 4 näher. Dieses Kapitel ist in vier thematische Abschnitte gegliedert: Zunächst erläutere ich die kapitalistische Reproduktionspolitik (4.1) sowie den Begriff „Pronatalismus“ (4.2). Darauf aufbauend diskutiere ich die aktuelle Forschung zu kinderfreien Frauen (4.3), bevor abschließend der bisherige sozialwissenschaftliche Forschungsstand zu freiwilligen Sterilisationen dargestellt wird (4.4). Im Anschluss präsentiere ich den theoretischen Rahmen in Kapitel 5, welcher eine zentrale Grundlage für die spätere Analyse der Ergebnisse bildet. Dieser orientiert sich an Raewyn Connells feministisch-praxisbezogener Theorie zum vergeschlechtlichten Körper (5.1) sowie auf verschiedene Perspektiven des Autonomiebegriffs (5.2). Daraufhin erläutere ich das methodische Vorgehen in dieser Arbeit (Kapitel 6), welches als qualitativ-rekonstruktiver Forschungsprozess konzipiert war. Die insgesamt neun geführten Interviews wurden in Anlehnung an die dokumentarische Methode nach Ralf Bohnsack ausgewertet. Die Ergebnisse aus dieser Analyse präsentiere ich anschließend in Kapitel 7. Da unterschiedliche Personengruppen interviewt wurden, ist dieses Kapitel in zwei Teile gegliedert. Zunächst stelle ich daher die Ergebnisse der Interviews mit der befragten Ärztin und dem befragten Arzt vor (7.1). Anschließend erfolgt die Darstellung der gebildeten Idealtypen, welche auf den Gesprächen mit sterilisierten Frauen basieren (7.2). Nach einer ausführlichen Darstellung der Ergebnisse werden diese im Rahmen von Kapitel 8 diskutiert und mit der bestehenden Literatur in Verbindung gebracht, welche zuvor in Kapitel 4 und 5 behandelt wurden. Abschließend werden in Kapitel 9 die zentralen Erkenntnisse der Arbeit zusammengefasst. Dabei werde ich

ebenfalls Implikationen für die Praxis (9.1) und die Forschung aufzeigen sowie die Limitationen der Arbeit offenlegen (9.2).

## 2 HISTORISCHER HINTERGRUND

In diesem Kapitel wird die Geschichte von Sterilisationen mit besonderem Fokus auf Sterilisationen bei Frauen in Österreich dargestellt. Die Geschichte von Sterilisationen lässt sich bis in das 19. Jahrhundert zurückverfolgen. Bereits 1840 schlug der britische Geburtshelfer und Gynäkologe James Blundell das Konzept der Eileitersterilisation durch Entfernung eines Teils der Eileiter vor (Maila et al., 2025; Whittum et al., 2021). Die erste dokumentierte medizinische Sterilisation einer Frau wurde schließlich im Jahr 1880 von Dr. Samuel Smith Lungren in den USA durchgeführt. Anstatt die Eierstöcke der Patientin zu entfernen, band dieser die Eileiter mit Seidennähten ab, was zu einer erfolgreichen Unfruchtbarmachung führte. In den Folgejahren wurden weitere Techniken entwickelt, um die chirurgische Sterilisation zum Zeitpunkt des Kaiserschnitts oder unmittelbar nach einer vaginalen Entbindung durchführen zu können (Whittum et al., 2021). Anfang des 20. Jahrhunderts wurde auch erstmals eine Sterilisationsoperation beim Mann vollzogen. Allerdings diente der Eingriff „nicht zum Zwecke der Verhütung, sondern zur vermeintlichen Verkleinerung der Prostata bzw. zur Verbesserung der Beschwerden des unteren Harntrakts“ (Leiber-Caspers, 2024, 189f). Erst ab Mitte des 20. Jahrhunderts etablierte sich die Vasektomie zunehmend als Methode zur männlichen Empfängnisverhütung (Leiber-Caspers, 2024).

Gegen Ende des 19. Jahrhunderts und zu Beginn des 20. Jahrhunderts setzte in mehreren Teilen Europas sowie in den USA der Aufstieg einer eugenischen Bewegung ein, die auf die Regulierung der menschlichen Fortpflanzung abzielte. Im Zentrum dieser Ideologie stand die Vorstellung, dass bestimmte Bevölkerungsgruppen als „nicht fortpflanzungswürdig“ galten und daher von der Reproduktion ausgeschlossen werden sollten (Maila et al., 2025). Betroffen waren vor allem marginalisierte Gruppen wie Menschen mit Behinderungen oder psychischen Erkrankungen (Maila et al., 2025; Wolf, 2008). In den 1920er Jahren begannen anschließend mehrere Staaten, gesetzliche Regelungen einzuführen, welche die Zwangssterilisation von ausgewählten Gruppen rechtlich ermöglichten (Maila et al., 2025; Schickler et al., 2021). In Österreich wurde ab den 1920er Jahren gleichzeitig an der hormonellen Sterilisation von Frauen als Verhütungsmethode geforscht, wobei Wolf (2008) betont, dass „diese Forschung [...] stets

auch eugenisch motiviert“ (S. 600) war. Aufgrund der niedrigen Geburtenraten nach dem Ersten Weltkrieg wurden jedoch zunächst alle Verhütungsmethoden, einschließlich der Sterilisation, kritisch betrachtet (Wolf, 2008). Ob in Österreich während der Zwischenkriegszeit dennoch bereits systematische Zwangssterilisationen durchgeführt wurden, ist derzeit nicht bekannt (Dick, 2012).

Mit dem Aufstieg des Nationalsozialismus in Deutschland wurden Zwangssterilisationen systematisch als Instrument zur Reproduktionskontrolle bestimmter Bevölkerungsgruppen eingesetzt (Maila et al., 2025). Aufgrund der ursprünglichen Betrachtung der Sterilisation als schwere Körperverletzung wurde im Jahr 1933 mit dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ eine neue Rechtsgrundlage geschaffen, um Zwangssterilisationen zu legitimieren. Dieses Gesetz ist am 1. Januar 1940 auch in Österreich in Kraft getreten (Oberlerchner & Stromberger, 2014). Ziel war es, die „Gesundheit“ des „deutschen Volkes“ zu optimieren, indem die Fortpflanzung vermeintlich „minderwertiger“ Personen verhindert werden sollte (Link, 1999). Die nationalsozialistische Sterilisationspraxis war dabei eng mit „rassenhygienischen und eugenischen Ideologien“ (Oberlerchner & Stromberger, 2014, S. 33) verknüpft. Besonders davon betroffen waren Jüdinnen und Juden, Angehörige der Sinti und Roma (Maila et al., 2025) sowie Menschen mit geistiger Behinderung und psychischen Erkrankungen (Link, 1999). Es wird davon ausgegangen, dass ungefähr die Hälfte aller Zwangssterilisationen in Österreich aufgrund der Diagnose „Schwachsinn“ durchgeführt wurde (Oberlerchner & Stromberger, 2014). Zwischen 1934 und 1945 wurden im Dritten Reich insgesamt 350.000 bis 400.000 Zwangssterilisationen vorgenommen (Link, 1999), etwa die Hälfte davon an Frauen. Von allen Betroffenen, die infolge des Eingriffs starben, waren jedoch 90% Frauen (Wolf, 2008).

Nach dem Zweiten Weltkrieg begann in den 1950er Jahren in den USA eine neue Forschungswelle, die sich auf die hormonelle Sterilisierung von Frauen aus der „Dritten Welt“ konzentrierte. Bei allen hormonellen Sterilisationsmethoden wurden jedoch letztlich „iatrogene Schädigungen nachgewiesen“ (Wolf, 2008, S. 601). Währenddessen verschwand die Fruchtbarkeit des Mannes als Untersuchungsgegenstand zunehmend aus der Forschung (Wolf, 2008). Im Jahr 1962 führte der Pariser Gynäkologe Raoul Palmer schließlich die erste laparoskopische Sterilisation durch (Alkatout et al., 2022). Die Sterilisation als „fruchtbarkeitskontrollierende Reproduktionstechnik“ (Wolf, 2008, S. 606) war aufgrund der nationalsozialistischen Reproduktionsmedizin jedoch zunächst in Verruf geraten. Erst ab den 1970er Jahren, als neue hormonelle Sterilisationsmethoden entwickelt und zunehmend eingesetzt wurden, fand sie

wieder Anerkennung und wurde als Mittel für die Familienplanung in Fachartikeln diskutiert. Die Medizin lehnte jedoch die Festlegung eines Indikationskatalog für Sterilisationen ab und überließ damit die Entscheidung der individuellen Beurteilung den Fachärzt\*innen, welche sich an den sogenannten „guten Sitten“ orientieren sollten. Auch die Entscheidung über eine Sterilisation aus familienplanerischen Gründen lag ausschließlich bei Ärzt\*innen, wobei vor allem soziale Kriterien hier eine Rolle spielten. So galt eine Sterilisation insbesondere bei Frauen im höheren Alter, mit mehreren Kindern und einer stabilen Familiensituation als gerechtfertigt. Aus psychiatrischer Sicht wurden „die Erkrankung lebenswichtiger Organe und die Unzumutbarkeit weiterer Schwangerschaften als medizinische Indikation anerkannt“ (Wolf, 2008, S. 606). Diese Indikation konnte jedoch *alle* Frauen betreffen. Maria Dalla Costa (2005/2022) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass Sterilisationen häufig auf Anweisung des Ehemannes erfolgten und mit medizinischen Indikationen wie „allgemeine Überanstrengung, übermäßiger Appetit, Masturbation, Selbstmordversuche, erotische Neigungen, Verfolgungswahn, das Benutzen von ‚Schimpfworten‘ und Dysmenorrhoe“ (S. 210) begründet wurden. Auch für eine freiwillige Sterilisation benötigten verheiratete Frauen die schriftliche Einwilligung ihres Ehemannes, wodurch ihre eigenständige Entscheidungsfreiheit eingeschränkt war. Dies wurde mit der „potenziellen Gefahr für die Partnerschaft“ (Wolf, 2008, S. 606) begründet. Noch im Jahr 1987 wurde die weibliche Generativität in der Reproduktionsmedizin als eine Fähigkeit angesehen, auf welche der männliche Ehepartner ein Anspruchsrecht erheben konnte. Im Zuge einer Einwilligungserklärung waren die Unterzeichnenden verpflichtet, auf alle weiteren Ersatzansprüche gegenüber dem operierenden Arzt zu verzichten (Wolf, 2008).

Auf der anderen Seite konnte eine Sterilisation bei nicht entscheidungsfähigen Personen mit der Zustimmung vertretungsberechtigter Personen und einer medizinischen Indikation durchgeführt werden. Medizinisch wurden somit entscheidungsfähige und nicht entscheidungsfähige Frauen gleich behandelt. Entscheidend dabei war jedoch die eugenisch motivierte Indikation, bei der von gesunden Frauen eine bestimmte Kinderzahl erwartet wurde, während kranken Frauen die Fortpflanzung verwehrt blieb (Wolf, 2008). Untersuchungen zeigen, dass die Sterilisationspraxis an geistig behinderten Menschen bis zum Ende des 20. Jahrhunderts nahezu unverändert fortbestand, ähnlich wie in der Zeit des Nationalsozialismus (Maila et al., 2025; Wolf, 2008).

Heute hat sich die selbstgewählte Sterilisation bei Frauen zu einer gängigen Methode der Empfängnisverhütung entwickelt, wobei die Verbreitung auf globaler Ebene erhebliche

Unterschiede aufweist (Ndayishimye et al., 2023; Lawrie et al., 2016). Entgegen der in Europa weit verbreiteten Annahme ist nicht die Pille, sondern die Sterilisation die am häufigsten genutzte Verhütungsmethode weltweit (Fedeli et al., 2023; Lawrie et al., 2016; Wolf, 2008; Peterson, 2008). So verwendeten im Jahr 2019 219 Millionen Frauen die Sterilisation zur Verhütung (Maila et al., 2025; Ndayishimye et al., 2023). Auch im europäischen Raum hat sich die Sterilisation in den letzten Jahrzehnten zu einer populären Verhütungsmethode im Rahmen der Familienplanung etabliert (Mering et al., 2003; Freundl, 2003). Inzwischen existieren auch verschiedene operative Verfahren, um eine Sterilisation bei einer Frau durchzuführen. Am häufigsten erfolgt die Sterilisation bei einer Frau heutzutage mittels einer Laparoskopie, das heißt in Form einer minimalinvasiven Bauchspiegelung (Fedeli et al., 2023). Meistens werden bei der Sterilisation die Eileiter durchtrennt (Tubenligatur), verödet (Koagulation) oder gänzlich entfernt (Salpingektomie). Bei der Entfernung der Gebärmutter spricht man von einer Hysterektomie. Obwohl in den meisten Fällen eine Tubenligatur durchgeführt wird, hat sich in den letzten Jahren in der Medizin eine Tendenz entwickelt, die Entfernung der Eileiter bei einer Sterilisation zu empfehlen, um das Risiko für Eierstockkrebs zu senken (Committee on Practice Bulletins - Gynecology, 2019; van Lieshout et al., 2019; Falconer et al., 2015; Ely & Truong, 2017).

Trotz der weiten Verbreitung und Anwendung von Sterilisationen als Verhütungsmethode muss darauf hingewiesen werden, dass auch nach dem Zweiten Weltkrieg noch Zwangssterilisationen in verschiedenen Teilen der Welt praktiziert wurden (Maila et al., 2025). Auch heutzutage wird noch reproduktive Gewalt in Form von Zwangssterilisationen aufgrund eugenischer Logiken angewendet, um die Reproduktion bestimmter Personengruppen zu kontrollieren und einzuschränken. Das betrifft meist marginalisierte Gruppen wie beispielsweise Migrantinnen in den USA (Chaparro-Buitrago, 2024), indigene Frauen in Kanada (Clarke, 2021; Maila et al., 2025) oder an HIV erkrankte Frauen in Südafrika, Namibia und Chile (Bi & Klusty, 2015; Maila et al., 2025). Der Eingriff muss daher nach wie vor differenziert betrachtet werden.

Dieses Kapitel sollte veranschaulichen, dass Sterilisationen bereits in verschiedenen historischen und gesellschaftlichen Kontexten für unterschiedliche Zwecke eingesetzt wurden. Reproduktionstechniken wie die Sterilisation sind dabei „weder in ihrer Entwicklung noch in ihrer Anwendung geschlechtsneutral“ (Wolf, 2008, S. 604), sondern stets in patriarchale und sexistische Strukturen eingebettet. Daher müssen Sterilisationen immer im Zusammenhang mit intersektionalen Machtverhältnissen betrachtet werden. Während viele Frauen auch heute noch

gegen ihren Willen sterilisiert werden, stoßen andere bei dem Wunsch einer Sterilisation auf erhebliche Hürden (Schickler et al., 2021). Im nächsten Kapitel wird erläutert, wie der Zugang zu einer Sterilisation in Österreich rechtlich geregelt ist.

### 3 RECHTSLAGE IN ÖSTERREICH

Wie bereits im vorherigen Kapitel erläutert, ist die Sterilisation ab den 1970er Jahren wieder vermehrt aufgekommen und diskutiert worden. Im Jahr 1974 wurde der Begriff „Sterilisation“ schließlich erstmals in das österreichische Rechtssystem aufgenommen (StGB, 1974). Bis heute ist die freiwillige Sterilisation in Österreich im Strafgesetzbuch festgelegt. Die rechtliche Regelung zur Sterilisation wurde zuletzt 2019 überarbeitet und lautet seit dem 1. Januar 2020 wie folgt:

„Die von einem Arzt an einer Person mit deren Einwilligung vorgenommene Sterilisation ist nicht rechtswidrig, wenn entweder die Person bereits das fünfundzwanzigste Lebensjahr vollendet hat oder der Eingriff aus anderen Gründen nicht gegen die guten Sitten verstößt.“  
(StGB § 90 Abs. 2, 2020)

Im österreichischen Strafgesetzbuch erfolgt keine geschlechtsspezifische Differenzierung dieser Erlassung. Die oben genannte Regelung ist also gleichermaßen für alle Geschlechter rechtskräftig.

Allgemein ist in Österreich „jeder operative, chirurgische Eingriff eine an sich (vorsätzliche) Körperverletzung“ (Skrabl, 2015, S. 10) gemäß §§ 83 ff StGB und wird daher mit einer Freiheitsstrafe von ein bis fünf Jahren geahndet. Sollten schwerwiegende Spätfolgen eintreten, kann die Strafe auf bis zu zehn Jahre Freiheitsentzug erhöht werden (StGB, 2020). Damit ein solcher Eingriff nicht strafbar ist, müssen bestimmte gesetzlich definierte Voraussetzungen erfüllt sein, welche ich nun näher erläutern werde.

Eine zentrale Bedingung für die rechtmäßige Durchführung einer freiwilligen Sterilisation in Österreich ist die informierte Einwilligung der betreffenden Person. Die Einwilligung selbst wird dabei nicht von § 90 StGB geregelt, sondern „wird wie auch in anderen Bestimmungen [...] als anerkanntes Rechtsinstitut vorausgesetzt“ (Högler, 2012, S. 35). Solch eine Einwilligung ist laut Skrabl (2015) nur dann rechtswirksam, wenn zuvor „eine ausreichende und umfangreiche Aufklärung des Patienten durch den berechtigten Arzt“ (S. 24) erfolgt ist.

Als Bestandteil der ärztlichen Berufspflichten ist diese Aufklärung nicht an anderes medizinisches Personal delegierbar. Dabei muss das Aufklärungsgespräch in einer verständlichen Sprache erfolgen und darf nicht durch übermäßigen Gebrauch von medizinischen Fachbegriffen erschwert werden. Mit der Einwilligung verzichtet die betreffende Person bewusst auf rechtlichen Schutz (Skrabl, 2015). Allerdings stellt die Einwilligung bei der freiwilligen Sterilisation derzeit keinen Rechtfertigungsgrund im strafrechtlichen Sinne dar, sondern einen sogenannten „Tatbestandsausschlussgrund“ (Högler, 2012, S. 36). Eine Einwilligung wird vom Gesetzgeber in den meisten Fällen nur dann als Rechtfertigungsgrund anerkannt, wenn der Eingriff als „vernünftig“ gilt (Högler, 2012). Da dies bei der freiwilligen Sterilisation nicht der Fall ist, wird sie rechtlich nicht als vernünftig eingestuft. Im Strafgesetzbuch wird daher die Wirksamkeit einer Einwilligung durch das sogenannte „Sittenwidrigkeitskorrektiv“ gemäß § 90 Abs. 1 StGB begrenzt. Demnach ist eine Einwilligung unwirksam, wenn der Eingriff gegen die guten Sitten verstößt (Skrabl, 2015).

Die „guten Sitten“ sind ebenfalls eine rechtliche Voraussetzung bei einer freiwilligen Sterilisation in Österreich. Damit soll verhindert werden, dass „der freiwillige Rechtsschutzverzicht mit den Interessen der Allgemeinheit kollidiert“ (Högler, 2012, S. 43). Laut Högler (2012) ist das Sittenwidrigkeitskorrektiv jedoch auch Ausdruck dafür, dass über die körperliche Integrität nicht uneingeschränkt verfügt werden darf und die Rechtsordnung hier ein Mitspracherecht beansprucht. Das Sittenwidrigkeitskorrektiv dient somit als Kontrollmechanismus, welcher sicherstellen soll, dass Eingriffe wie die freiwillige Sterilisation nicht ausschließlich der Selbstbestimmung der betroffenen Person unterliegen, sondern auch gesellschaftlich bewertet werden können. Diese Regelung führt jedoch dazu, dass die individuelle Entscheidungsfreiheit über den eigenen Körper eingeschränkt wird. Bei den „guten Sitten“ handelt es sich somit um einen unbestimmten Rechtsbegriff, der durch Rechtsprechung, gesellschaftliche Normen und moralische Vorstellungen der jeweiligen Zeit geprägt ist.

Zusammenfassend erfordert die Anwendung von § 90 StGB bei einer freiwilligen Sterilisation stets eine zweistufige Prüfung. Zunächst ist zu klären, ob eine wirksame Einwilligung im Sinne eines freiwilligen Verzichts auf strafrechtlichen Schutz vorliegt. In einem zweiten Schritt muss beurteilt werden, ob der Eingriff mit den „guten Sitten“ vereinbar ist (Högler, 2012). Die vage und subjektive Auslegung dessen, was als sittenwidrig gilt, schafft in der Praxis jedoch nicht nur Unsicherheit für behandelnde Fachärzt\*innen, sondern kann auch den Zugang zu einer freiwilligen Sterilisation erheblich erschweren.

Allgemein spiegeln Gesetze und der Zugang zu reproduktiver Gesundheitsversorgung auch immer die Kultur, Werte und soziale Normen einer Gesellschaft wider (Tao, 2023). Entsprechend unterscheiden sich auch die rechtlichen Regelungen zur Sterilisation innerhalb Europas. Neben Österreich ist beispielsweise auch in Portugal das Mindestalter auf 25 Jahre festgelegt. Zudem wird in Ländern wie Deutschland, Frankreich und Italien eine Wartezeit zwischen dem Aufklärungsgespräch und der Operation empfohlen oder auch vorgeschrieben, damit Patient\*innen ihre Entscheidung gründlich überlegen. Darüber hinaus wird in manchen Ländern eine psychologische Beratung oder Begutachtung vor der Sterilisation vorausgesetzt (Fedeli et al., 2023).

## 4 STAND DER FORSCHUNG

Bisher hat sich die soziologische Forschung kaum mit freiwilligen Sterilisationen von Frauen auseinandergesetzt. In diesem Kapitel soll daher der aktuelle Forschungsstand diskutiert werden. Zunächst werde ich die kapitalistische Reproduktionspolitik sowie Pronatalismus als gesellschaftlicher und institutioneller Rahmen für Reproduktionsentscheidungen beleuchten. Diese Strukturen beeinflussen nicht nur die staatliche Politik und Gesetze, sondern auch Entscheidungsprozesse auf individueller Ebene. Im Anschluss wird die aktuelle Forschung zur Lebensrealität und gesellschaftlichen Wahrnehmung von kinderfreien Frauen behandelt. Dabei soll gezeigt werden, wie gesellschaftliche Normen und Stigmatisierungen auf kinderfreie Frauen einwirken. Am Ende des Kapitels werde ich darlegen, inwiefern freiwillige Sterilisationen aus sozialwissenschaftlicher Perspektive bereits untersucht wurden.

### 4.1 Kapitalistische Reproduktionspolitik

Zahlreiche feministische Sozialwissenschaftler\*innen haben sich bereits intensiv mit der „kapitalistischen Reproduktionspolitik“ (Federici, 2012, S. 111) auseinandergesetzt, die einen erheblichen Einfluss auf die gesellschaftlichen Erwartungen an Frauen ausübt. Insbesondere die Kontrolle über Fortpflanzung ist eng mit dem Entstehen des Kapitalismus verbunden. So standen Geburts- und Fertilitätsraten schon früh im Fokus staatlicher Interessen (Dalla Costa, 1974/2022). Silvia Federici (2012) beschreibt diese Entwicklung ausführlich in ihrem Werk *Caliban und die Hexe*. Demnach lässt sich der gesellschaftliche Umgang mit der reproduktiven

Funktion von Frauen bis in das 16. Jahrhundert zurückführen und hängt insbesondere mit der europäischen Bevölkerungskrise zusammen. Der Merkantilismus war die erste kapitalistische Politik, die sich mit der Reproduktion der Arbeiterschaft auseinandersetzte. Inspiriert von römischen Gesetzen wurden Maßnahmen ergriffen, um die Eheschließung zu fördern und Ehelosigkeit zu bestrafen. Der Staat begann, demographische Daten zu erfassen und überwachte Sexualität, Zeugung und Familienleben. Ziel war die Regulierung der Bevölkerung sowie die Kontrolle reproduktiver Handlungen, welche sich unter anderem in der Verfolgung von sogenannten „Hexen“ äußerte und Federici (2012) diese daher auch als einen „Krieg gegen die Frauen“ (S. 111) bezeichnet. Dabei wurden Verhütung und nicht-reproduktive Sexualität verurteilt und bestraft, indem Frauen beschuldigt wurden, dem Teufel Kinder zu opfern. Laut Maria Dalla Costa (2005/2022) hatte die „Hexenverfolgung“ das Ziel, den weiblichen Körper zu enteignen und die gesellschaftliche Rolle der Frau neu zu definieren, indem sie auf ihre Gebärfunktion reduziert wurde. So war es ein zentrales Anliegen, die Reproduktion der Arbeitskraft unter staatliche Kontrolle zu stellen. Besonders betroffen waren Hebammen und Heilerinnen, die nicht nur aufgrund ihrer geburtshilflichen Kenntnisse verdächtigt wurden, sondern auch über Wissen zu Abtreibung und Verhütung verfügten. Mit der systematischen Vernichtung dieser Frauen ging demzufolge gynäkologisches Wissen verloren, welches anschließend durch die Medizin männlicher Ärzte unter der Kontrolle von Staat und Kirche ersetzt wurde. Im Zuge der Etablierung der kapitalistischen Produktionsweise übernahmen somit staatliche und kirchliche Institutionen „die Aufgabe, Wissen über die menschliche Fortpflanzung zu produzieren, weiterzugeben und zu kontrollieren“ (Dalla Costa, 2005/2022, S. 205).

Im Zuge dessen erhielt auch die Familie eine neue Bedeutung. Während bis zum 18. Jahrhundert das „ganze Haus“, welches oft mehrere Generationen und auch familienfremde Personen unter einem Dach vereinte, das dominierende Familienideal war (Nave-Herz, 2013), entwickelte sich mit der Industrialisierung die „bürgerliche Kleinfamilie“, bestehend aus Mutter, Vater und Kindern, zum neuen Familienleitbild (Bleisch & Büchler, 2020). Dieses Familienmodell wurde als heterosexuelle Ehe mit leiblichen Kindern konstruiert, wobei der Mann die Rolle des Familiernährers übernahm und der Frau die Reproduktionsarbeit zugeschrieben wurde (Correll, 2009). Mit dieser Veränderung wurde ein Raum für die Intimisierung und Emotionalisierung familiärer Beziehungen geschaffen, wodurch sich die Kernfamilie zu einer „geschlossenen Gemeinschaft mit Exklusivcharakter“ (Nave-Herz, 2013,

S. 23) entwickelte. Diese Privatisierung führte zu einem neuen Verständnis von Familie, das auf Liebe, Ehe und Elternschaft basierte.

Mit der Entdeckung des Werts von Kindheit und der Erziehungsbedürftigkeit von Kindern wurde Mutterschaft zur zentralen Aufgabe der Frau erklärt und als „Essenz ihrer Natur“ (Textor, 2002, S. 28) betrachtet. Man erwartete nun von Müttern, ihren Kindern emotionale Zuwendung und Liebe zu schenken. Diese Entwicklung führte zu einer verstärkten Biologisierung der Frau, womit man sie auf ihre „weibliche Bestimmung“ des Gebärens und Aufziehens von Kindern reduzierte. Die emotionalen Komponenten der Beziehung zu den eigenen Kindern rückten in den Vordergrund und die Fähigkeit zur Mutterliebe wurde als eine natürliche Eigenschaft der Frau idealisiert (Bleisch & Böhler, 2020). Das bürgerliche Familienmodell etablierte sich schließlich zum allgemeinen Ideal und wurde von allen sozialen Schichten als erwünschte Lebensform angestrebt (Nave-Herz, 2013). Bis heute hat dieses Ideal eine normative Wirkung in der Gesellschaft (Nave-Herz, 2013) und Frauen wird ein natürlicher „Mutterinstinkt“ zugeschrieben (Bleisch & Böhler, 2020).

Für das Aufkommen des Kapitalismus war die Reproduktionsfähigkeit und unbezahlte Reproduktionsarbeit der Frau besonders wertvoll (Dalla Costa, 1974/2022). So wurde im kapitalistischen System der weibliche Körper als Mittel zur Reproduktion der Arbeitskraft und Aufrechterhaltung des Arbeitskräfteangebots instrumentalisiert. Frauen galten demnach als reproduktive Ressourcen und wurden als natürliche Gebärmaschinen behandelt (Federici, 2012). Diese kapitalistische Funktion des Uterus, neue Arbeitskräfte zu produzieren, und die damit verbundene Reproduktionsverantwortung von Frauen bezeichnet Dalla Costa (1973) auch als einen „Zwang zum Gebären“ (S. 37), der Frauen auferlegt wurde und ihre physische Integrität verstümmelt habe. Auch wenn Frauen in westlichen Gesellschaften heutzutage nicht mehr ausschließlich auf ihre Funktion des Gebärens und Kindererziehens reduziert werden, wird die „Kinderfrage“ nach wie vor in erster Linie an Frauen herangetragen (Bleisch & Böhler, 2020; Correll, 2009). So übt auch die aktuelle Reproduktionspolitik weiterhin starken Druck auf Frauen aus, Mutter zu werden. Das zeigt sich insbesondere in Ländern, in denen die Geburts- und Fertilitätsraten aus staatlicher Sicht zu niedrig ausfallen (Dalla Costa, 1974/2022). Dabei werden Frauen von politischer Seite gezielt dazu aufgefordert, ihrer vermeintlichen Reproduktionsverantwortung nachzukommen. Orna Donath (2016) führt diesbezüglich das Beispiel des australischen Finanzministers Peter Costello aus dem Jahr 2004 an, der Frauen in einer Rede dazu aufrief, zum Wohle des Landes mehr Kinder zu bekommen. Solche Botschaften implizieren, dass der weibliche Körper in erster Linie dem Wohlstand der Nation

dienen solle, wodurch Frauen jedoch als bloße Objekte der staatlichen Wirtschaftsplanung degradiert werden. Die staatliche Kontrolle über Geburts- und Fertilitätsraten zielt somit letztlich auf eine Kontrolle über den Körper und das Leben von Frauen ab (Dalla Costa, 1974/2022).

Insgesamt ist festzuhalten, dass sich auch in der heutigen Reproduktionspolitik noch kapitalistische Interessen in gesetzlichen Regelungen und sozialen Normen widerspiegeln. Ein zugrundeliegendes Ideal der kapitalistischen Reproduktionspolitik ist der Pronatalismus, welchen ich im nächsten Kapitel näher ausführen werde.

## 4.2 Pronatalismus

Pronatalistische Werte sind ein zentraler Bestandteil der kapitalistischen Reproduktionspolitik. Unter Pronatalismus wird ein dominanter Diskurs in westlichen Gesellschaften (Graham & Rich, 2014; Gillespie, 2003) bzw. eine Einstellung verstanden, die das Kinderkriegen begünstigt und ermutigt (Gotlib, 2016). Ausschlaggebend ist dabei insbesondere die Vorstellung, dass das Frausein mit Mutterschaft gleichgesetzt wird und Mutterschaft essenziell für ein glückliches und erfülltes Leben von Frauen ist (McQueen, 2020). Charakteristisch für pronatalistische Werte ist die Vorstellung, dass Frauen von Natur aus fürsorglich, pflegend und selbstlos sind. Der gesellschaftliche Wert einer Frau hängt folglich auch mit ihrer Fähigkeit, Kinder zu gebären, zusammen (Fikslin, 2021). Im pronatalistischen Diskurs wird Elternschaft somit als gesellschaftliche Norm dargestellt, während Kinderlosigkeit als normabweichend gilt (McQueen, 2017). Laut Heitlinger (1991) findet Pronatalismus auf kultureller, ideologischer, psychologischer und populationspolitischer Ebene statt.

Allerdings sind pronatalistische Vorstellungen auch mit dem Narrativ einer „doppelt differenzierten Fertilität“ (Etzemüller, 2009, S. 66) verbunden. Demnach bekommen die „falschen“ Frauen zu viele Kinder, während die „richtigen“ Frauen zu wenige gebären (Mesner, 2010). Pronatalistische Normen schreiben somit nicht nur vor, *dass* Frauen sich fortpflanzen sollen, sondern auch, *welche* Frauen dies tun sollten. Besonders stark richten sich pronatalistische Erwartungen an Frauen, die einen hohen sozialen Status besitzen, der Mittel- oder Oberschicht angehören, einen gesunden Körper haben, weiß, heterosexuell, verheiratet und neurotypisch sind sowie monogam leben. Frauen, die von dieser hegemonialen Vorstellung

einer prototypischen Mutter abweichen, sehen sich hingegen häufig mit antinatalistischen Erwartungen konfrontiert (Fikslin, 2021).

Der Einfluss von Pronatalismus zeigt sich auch in der Reproduktionsmedizin. In Bezug auf freiwillige Sterilisationen bei Frauen stellt McQueen (2020) fest, dass pronatalistische Ideale einen Einfluss darauf haben, wie diese von Ärzt\*innen wahrgenommen und behandelt werden. So führen pronatalistische Vorstellungen häufig zu der Befürchtung, Frauen könnten ihre Entscheidung zur Sterilisation später bereuen (Lalonde, 2018). Frauen, die sich freiwillig sterilisieren lassen möchten, stellen somit eine Herausforderung für pronatalistische Werte und Praktiken dar. Pronatalismus wirkt jedoch nicht nur informell durch soziale Normen, sondern auch formell über das Rechtssystem, beispielsweise in Form von Gesetzen (Fikslin, 2021). Dies zeigt sich beispielsweise in der rechtlichen Regulierung von Abtreibungen oder freiwilligen Sterilisationen.

Zusammenfassend äußert sich Pronatalismus in Form von sozialen Normen (Tanturri & Mencarini, 2008; Park, 2002; Lemke et al., 2023; Fikslin, 2021), Rechten (Fikslin, 2021), Moral (Graham & Rich, 2014), sozialen Praktiken (McQueen, 2020) sowie in den Medien (Graham & Rich, 2014). Die Effekte von pronatalistischen Vorstellungen zeichnen sich dabei insbesondere bei dem gesellschaftlichen Umgang mit kinderfreien Frauen ab. Pronatalistische Ideale erschweren es vor allem Frauen, sich gegen Kinder zu entscheiden (Lemke et al., 2023). Darauf soll im nächsten Kapitel näher eingegangen werden.

### **4.3 Kinderfreie Frauen**

Wie bereits im vorherigen Kapitel erläutert, sind pronatalistische Vorstellungen in der Gesellschaft tief verankert. Dies äußert sich insbesondere in der gesellschaftlichen Erwartungshaltung gegenüber Frauen, Mutter zu werden (Szekeres et al., 2023). Correll (2009) beschreibt dies als einen „vorherrschenden Subjektivierungsmodus“ (S. 272), in dem Elternschaft, vor allem Mutterschaft, als gesellschaftlich normativer Lebensweg konstruiert wird. Wer dem folgt und Kinder bekommt, muss diesen Schritt nicht rechtfertigen. Im Gegensatz dazu sind Frauen ohne Kinder sowohl auf individueller als auch auf kollektiver Ebene einem Begründungszwang ausgesetzt. Während ethische und moralische Begründungen tendenziell als legitim anerkannt werden, wird das fehlende individuelle Bedürfnis kaum als akzeptable Begründung betrachtet (Correll, 2009). So zeigen auch Szekeres et al. (2023), dass

Frauen, die freiwillig keine Kinder bekommen *möchten*, negativer beurteilt werden als Frauen, die keine Kinder haben *können*. Keine Kinder zu bekommen ist somit nicht nur eine individuelle und private Entscheidung, sondern erfordert auch immer eine gesellschaftlich anerkannte Rechtfertigung (Correll, 2009). Ashburn-Nardo (2017) bezeichnet Elternschaft daher auch als „moralische Verpflichtung“. Obwohl sowohl Männer als auch Frauen für ihre Entscheidung, keine Kinder zu bekommen, stigmatisiert werden (Ashburn-Nardo, 2017), betrifft diese gesellschaftliche Erwartungshaltung zum größeren Teil Frauen (Hummer, 2024; McQueen, 2020; Lalonde, 2018; Krüger-Kirn, 2015; Correll, 2009). Mutterschaft und Frausein stellen zwar separate Identitäten dar, aber das gesellschaftliche Verständnis von Frausein ist eng mit der Mutterrolle und dem reproduktiven Potenzial von Frauen verknüpft (Hummer, 2024). Dabei wird Mutterschaft als ein fester Bestandteil der weiblichen Identität gesehen (Neyer & Bernardi, 2011), wodurch „richtige Weiblichkeit“ auch oft mit der Annahme verbunden wird, nur mit einem Kinderwunsch weiblich zu sein (Krüger-Kirn, 2015). Das ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass Frauen ein natürlicher „Mutterinstinkt“ zugeschrieben wird, mit dem auch eine natürliche Begabung für Care-Arbeit in Verbindung steht (Bleisch & Büchler, 2020). Im gesellschaftlichen Diskurs wird davon ausgegangen, dass Mutterschaft erfüllend ist und eine unbeschreibliche Liebe hervorruft. So stellt die eigene Reproduktion für viele nicht nur ein bedeutendes Ziel, sondern auch den „Sinn“ des Lebens dar (Hummer, 2024).

Da Mutterschaft als zentraler Lebenssinn einer Frau definiert wird, werden Frauen, die sich bewusst gegen Mutterschaft entscheiden, oft als unvollständig, unglücklich, unerfüllt, verbittert oder egoistisch wahrgenommen und dargestellt (McQueen, 2020). Laut Park (2002) halten Personen ohne Kinder ihre Entscheidung daher oft privat und schweigen über Diskriminierung, aus Angst, als „familienfeindlich“ stigmatisiert zu werden. Ein Lebensentwurf ohne eigene Kinder wird dabei „als ein Entwurf, dem etwas fehlt, konstruiert“ (Correll, 2009, S. 271). Dies gilt insbesondere für heterosexuelle, arbeitsfähige und verheiratete Frauen, bei denen es „sozial erwünscht“ ist, dass sie Mutter werden (Graham & Rich, 2014).

Die Verbindung von Frauen mit Mutterschaft wird zudem „als ein biologisch-körperlicher Prozess konstruiert“ (Correll, 2009, S. 270). Dies verdeutlicht beispielsweise das weit verbreitete Bild der „biologischen Uhr“, das Frauen immer wieder vor Augen geführt wird, um sie an ihre vermeintliche Reproduktionsverantwortung zu erinnern. Der Körper von Frauen nimmt in diesem Zusammenhang eine zentrale Rolle ein, da „der Kinderwunsch den Bezug zum eigenen Körper als einen weiblichen in besonderer Weise [mobilisiert]“ (Krüger-Kirn,

2015, S. 251). Szekeres et al. (2023) argumentieren, dass Mutterschaft als soziale Norm aufgrund des biologischen Elements des Gebärens bedeutender ist als jede andere Geschlechternorm. Männer sind daher von der gesellschaftlichen Erwartungshaltung in Bezug auf einen Kinderwunsch weit weniger betroffen (Correll, 2009).

Auch in bevölkerungspolitischen Diskursen und amtlichen Statistiken zur „Kinderfrage“ stehen bis heute fast ausschließlich Frauen im Zentrum der Debatte (Bleisch & Büchler, 2020; Correll, 2009; Etzemüller, 2009). Indem Geburten als zentrale Kennzahl erhoben werden, wird Kinderlosigkeit fast ausschließlich mit Frauen assoziiert, während Vaterschaft oft nicht systematisch erfasst wird (Correll, 2009). Dabei werden laut Etzemüller (2009) auch Diagnosen, warum Ehepaare keine Kinder mehr bekommen, überwiegend auf Frauen zurückgeführt. Gründe wie die Emanzipation von Frauen, der Wunsch nach einer Karriere, die hohen Kosten für Kinder in wirtschaftlich schwierigen Zeiten, die Priorisierung von Konsum über Kindererziehung oder die sinkende Zahl an Heiraten werden dabei häufig angeführt. Auch sozialpolitische Maßnahmen wie Kinderbetreuung oder finanzielle Unterstützung richten sich nahezu ausschließlich an Frauen, um ihnen die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu erleichtern. So sind es Frauen, denen durch Gleitzeit, Kindergärten oder die Aufwertung von Mutterschaft das Kinderkriegen ermöglicht werden soll. Ziel ist es dabei nicht, Männern die Entscheidung für Kinder zu erleichtern, sondern die Belastung der Frauen zu reduzieren (Etzemüller, 2009). Diese Fokussierung auf Frauen in gesellschaftspolitischen und wissenschaftlichen Diskursen verdeutlicht, dass der Ruf nach Elternschaft eigentlich ein Ruf nach Mutterschaft darstellt (Correll, 2009). Frauen stellen dabei in demographischen Diskursen sowohl die Ursache als auch die Lösung des Problems dar (Etzemüller, 2009), wodurch letztlich die Last und Verantwortung auf Frauen liegt, sich aktiv mit der Option eigener Kinder auseinanderzusetzen (Bleisch & Büchler, 2020).

Der gesellschaftliche Umgang von Frauen ohne Kinder sowie deren Wahrnehmung veranschaulicht, wie der weibliche Körper „dem hegemonialen Körper- und Reproduktionsdiskurs unterworfen“ (Krüger-Kirn, 2015, S. 322) ist und für dessen Gebärfunktion funktionalisiert wird. So sind es vor allem Frauen, die sich für ein kinderfreies Leben rechtfertigen müssen und stigmatisiert werden. Das „Spannungsverhältnis zwischen pronatalistischen Leitbildern familienpolitischer Diskurse und dem subjektiven Wissen von gewollt kinderlosen Frauen“ (Correll, 2009, S. 260) zeigt sich besonders an dem Beispiel freiwilliger Sterilisationen. So haben in vielen Teilen der Welt Frauen keinen oder einen erschwerten Zugang zu reproduktiven Technologien wie der Sterilisation, die es ihnen

ermöglichen, kinderfrei zu bleiben (Gillespie, 2003). Im nächsten Kapitel wird der aktuelle Forschungsstand zu Sterilisationen präsentiert.

#### 4.4 Freiwillige Sterilisationen

Seitdem die Sterilisation als Verhütungsmethode in den 1970er Jahren vermehrt an Beliebtheit gewonnen hat, ist sie auch zunehmend Gegenstand medizinischer und medizinethischer Debatten geworden (Wolf, 2008). Auch in den letzten Jahrzehnten sind Sterilisationen ein umstrittenes Thema geblieben, wobei insbesondere die Beweggründe von Frauen, die sich für eine freiwillige Sterilisation entscheiden, ein Diskussionspunkt darstellen. Richie (2013) differenziert dabei zwischen medizinischen und persönlichen Motiven. Zu den medizinischen Gründen zählt beispielsweise die Notwendigkeit, eine Schwangerschaft oder Geburt aus gesundheitlichen Risiken zu vermeiden. Dies schließt jedoch nicht zwangsläufig einen Kinderwunsch aus, da Alternativen wie eine Adoption weiterhin offenstehen. Persönliche Beweggründe hingegen umfassen unter anderem die bewusste Entscheidung für ein kinderfreies Leben sowie soziale oder finanzielle Aspekte. Dass nicht nur die Erfahrungen, sondern auch die Beweggründe für eine Sterilisation bei Frauen sehr heterogen sein können, zeigen auch Shreffler et al. (2020). Weitere Erkenntnisse zu den Motiven für eine freiwillige Sterilisation bei Frauen bieten Borrero et al. (2009), die US-amerikanische Frauen befragt haben. Dabei identifizieren sie insbesondere kulturelle Faktoren als zentrale Einflussgrößen, wobei sich die Beweggründe Schwarzer Frauen von denen weißer Frauen unterscheiden. Sterilisationsentscheidungen sind demnach nicht ausschließlich sozioökonomisch motiviert, sondern auch häufig in kulturelle Kontexte eingebettet. So berichten viele afroamerikanische Frauen, dass sie bereits seit ihrer Kindheit mit Sterilisationen vertraut sind, da Familienangehörige den Eingriff durchführen haben lassen. Zudem tritt bei ihnen im Vergleich zu weißen Frauen eine höhere Rate ungewollter Schwangerschaften sowie unehelicher Geburten auf und sie bekommen Kinder im Durchschnitt in einem jüngeren Alter. Das erhöhte Aufkommen von freiwilligen Sterilisationen bei Schwarzen Frauen lässt sich daher unter anderem auf diese kulturellen und familiären Einflüsse zurückführen (Borrero et al., 2009).

Ein weiterer Diskussionsaspekt in der Medizin stellt die Verweigerung von freiwilligen Sterilisationen durch Ärzt\*innen dar. Aus medizinethischer Perspektive kritisiert McQueen (2020) diese Behandlungspraxis als Einschränkung der reproduktiven Kontrolle von Frauen, wodurch in deren körperliche Autonomie eingegriffen wird. Wenn Ärzt\*innen eine Sterilisation

mit der Begründung ablehnen, die Patientin könnte ihre Entscheidung später bereuen, projizieren sie dabei ihre eigenen Vorstellungen davon, was für die Patientin das Beste sei, auf diese (Benn & Lupton, 2005). Dieses Verhalten wird als „medizinischer Paternalismus“ (McQueen, 2020, S. 251) bezeichnet. Auch Richie (2013) stellt fest, dass Ärzt\*innen die Sterilisation bei Frauen häufiger verweigern aufgrund der Befürchtung, die Frau könnte den Eingriff später bereuen und doch einen Kinderwunsch haben. Reue stellt dabei laut Lalonde (2018) ein soziales Konstrukt dar, welches insbesondere bei Frauen herangezogen wird, um eine Sterilisation zu verwehren. Interessanterweise ist gesellschaftlich die Sorge, eine Frau könnte sich gegen Kinder entscheiden und dies später bereuen, deutlich präsenter als die Vorstellung, eine Frau könnte Mutterschaft bereuen. Die israelische Soziologin Orna Donath (2016) diskutiert Reue ebenfalls als ein soziales Phänomen und zeigt im Rahmen ihrer Analyse zu „Regretting Motherhood“, dass Reue in Bezug auf Mutterschaft gesellschaftlich tabuisiert ist. Zugleich beschreibt sie die „Geburtenpolitik und Reue als gesellschaftliches Machtinstrument“ (Donath, 2016, S. 84). Dies äußert sich nicht nur in dem sowohl politischen als auch gesellschaftlichen Umgang mit Schwangerschaftsabbrüchen, sondern auch mit der gesellschaftlichen Stigmatisierung von Frauen, die keine Mutter werden wollen. Dabei wird „Nichtmutterschaft“ als ein gefährlicher und bedauernswerter Zustand angesehen und somit die Entscheidung von Frauen, nicht Mutter zu werden als eine „unmögliche Möglichkeit“ (Donath, 2016, S. 88) konstruiert. Auf der anderen Seite sind Studien zu männlicher Kinderlosigkeit und den damit verbundenen Reuegefühlen schwer zu finden. Wenn Bedauern im Zusammenhang mit einer Vasektomie thematisiert wird, wird dieses häufig nicht als Bedauern des Mannes, sondern als Bedauern seiner Partnerin dargestellt (Richie, 2013).

Auch Fiala und Arthur (2015) kritisieren die Verweigerung von medizinischen Behandlungen im Bereich der reproduktiven Gesundheit. Dabei weisen sie insbesondere auf das Machtungleichgewicht zwischen Ärzt\*innen und Patient\*innen hin. Besonders kritisch sehen sie die „Behandlungsverweigerung aus Gewissensgründen“ (Fiala & Arthur, 2015, S. 311), da medizinische Fachkräfte dabei ihre Vertrauens- und Machtposition missbrauchen, um den von ihnen abhängigen Patient\*innen persönliche Überzeugungen aufzuzwingen. Da reproduktive Gesundheitsleistungen überwiegend Frauen betreffen, handelt es sich bei solchen Verweigerungen zugleich um eine Form von geschlechtsspezifischer Diskriminierung. In vielen Ländern erschwert dies den Zugang zu medizinischen Behandlungen, obwohl diese gesetzlich erlaubt sind (Fiala & Arthur, 2015). Auch im Kontext von freiwilligen Sterilisationen zeigt sich ein geschlechtsspezifisches Ungleichgewicht, da Frauen der Eingriff deutlich

häufiger verwehrt wird als Männern (Lalonde, 2018; McQueen, 2017). McQueen (2017) begründet dies mit gesellschaftlichen Geschlechternormen, die Frauen die Rolle von Mutterschaft und Reproduktion zuschreiben. Allgemein wird aus der bisherigen Forschung deutlich, dass medizinisches Fachpersonal Frauen vor allem eine Sterilisation verwehrt, wenn sie jünger sind und weniger oder keine Kinder haben (McQueen, 2020; Lemke et al., 2023). Medizinethische Diskussionen kommen jedoch mehrheitlich zu dem Schluss, dass die Behandlungsverweigerung bei Frauen aufgrund eigener Vorbehalte nicht zu rechtfertigen ist (Fiala & Arthur, 2015; Benn & Lupton, 2005; McQueen, 2020; McQueen, 2017).

Zu den Auswirkungen von Sterilisationen auf Frauen gibt es jedoch bisher widersprüchliche Ergebnisse in der Forschung. So deuten die Ergebnisse von Costello et al. (2002) auf positive Effekte hinsichtlich des sexuellen Interesses und Lust hin. Im Gegensatz dazu implizieren Kunker et al. (2017) sexuelle Funktionsstörungen im Bereich Orgasmus, Erregung und Verlangen nach dem Eingriff. Neben diesen medizinischen Perspektiven richten Lemke et al. (2023) ihren Blick auf psychische Auswirkungen. In ihrer Studie untersuchten sie sowohl Frauen, die sterilisiert wurden, als auch jene, denen der Eingriff verweigert wurde. Die Resultate zeigen, dass sterilisierte Frauen über ein höheres Selbstwertgefühl, eine gesteigerte sexuelle Lebensqualität sowie ein insgesamt besseres psychisches Wohlbefinden verfügen als jene Frauen, denen der Zugang zur Sterilisation verwehrt wurde.

Abgesehen von Untersuchungen aus den USA und europäischen Ländern liegen auch mehrere Studien zu freiwilligen Sterilisationen in anderen Weltregionen vor. So zeigen Almeida und Silva (2019), dass die reproduktiven Rechte von Frauen in Brasilien eingeschränkt sind, da verheiratete Frauen dort die Zustimmung ihres Ehemannes benötigen, um eine Sterilisation vornehmen lassen zu können. In Indien hingegen stellt die Sterilisation die am häufigsten angewandte Verhütungsmethode bei verheirateten Frauen dar (Arora et al., 2010). Einflussfaktoren für die Entscheidung zur Sterilisation sind dabei unter anderem die Anzahl der Kinder, insbesondere der Söhne, sowie der Wunsch nach einer kleinen Familie. So waren in der Stichprobe von Edmeades et al. (2011) fast ein Viertel der befragten jungen Frauen bis zum Alter von 25 Jahren sterilisiert. Dies deutet darauf hin, dass viele Frauen nach der Geburt einer bestimmten Anzahl von Kindern ihre Familienplanung als abgeschlossen betrachten und auf eine dauerhafte Verhütung setzen, anstatt die Abstände zwischen den Geburten zu vergrößern. Arora et al. (2010) weisen jedoch darauf hin, dass jede dritte befragte Frau in Indien keine Kenntnis über reversible Verhütungsmethoden hat. Viele Frauen stehen in diesem Land zudem unter erheblichen Druck, sich sterilisieren zu lassen. Dies hängt unter anderem auch damit

zusammen, dass der Eingriff sowie andere irreversible Verhütungsmethoden von der indischen Regierung gefördert werden, um das Bevölkerungswachstum zu limitieren. Diese strukturellen Bedingungen tragen wesentlich dazu bei, dass Sterilisationen von indischen Frauen häufig bereit werden („*post-sterilisation regret*“, Arora et al., 2010, S. 175).

Aus den genannten Studien wird deutlich, dass Sterilisationen als Reproduktionstechnologie je nach gesellschaftlichem und politischem Kontext unterschiedlich reguliert sind und staatlich instrumentalisiert werden. Seit dem 19. Jahrhundert ist die Regulierung von Fruchtbarkeit eng mit bevölkerungspolitischen Interessen verknüpft. Dabei zeigt sich besonders deutlich das Narrativ einer „doppelt differenzierten Fertilität“ (Etzemüller, 2009, S. 66). Die Vorstellung, dass die „Falschen“, meist nicht-weiße Frauen, zu viele Kinder bekommen, während die „Richtigen“, in der Regel gebildete, weiße Frauen, sich zu wenig reproduzieren, prägt bis heute Diskurse und politische Maßnahmen zur Reproduktionskontrolle.

Zusammenfassend hat die bisherige Forschung Sterilisationen insbesondere aus einer medizinischen bzw. medizinethischen und psychologischen Perspektive betrachtet (Lemke et al., 2023). Währenddessen sind soziologische Studien zu freiwilligen Sterilisationen weitgehend nicht zu finden. Damit bleiben wissenschaftliche Sichtweisen unberücksichtigt, die Sterilisationen im Zusammenhang mit sozialen Normen, institutionellen Strukturen und Machtverhältnissen in den Blick nehmen könnten. Vor diesem Hintergrund erscheint eine soziologische Auseinandersetzung mit dem Thema nicht nur überfällig, sondern auch erkenntnisreich. Diese Arbeit nähert sich freiwilligen Sterilisationen erstmals aus einer körper- und geschlechtersoziologischen Perspektive an, um die Thematik in den soziologischen Wissenschaftsdiskurs zu rücken. Der theoretische Rahmen hierzu wird im nächsten Kapitel weiter ausgeführt.

## 5 THEORETISCHER RAHMEN

Ein zentraler Fokus dieser Arbeit ist nicht nur Geschlecht, sondern auch der Körper. Aus diesem Grund ist es von zentraler Bedeutung, den Begriff „Körper“ für die weitere Analyse zu definieren. Zudem sind medizinische Eingriffe und reproduktive Technologien wie die Sterilisation auch immer eng mit Autonomie verknüpft. Im Folgenden werde ich daher zunächst das hier zugrundeliegende Verständnis von Körper in Zusammenhang mit Geschlecht

vorstellen und anschließend verschiedene Aspekte von Autonomie näher erläutern, die für diese Arbeit ausschlaggebend sind.

## 5.1 Der vergeschlechtlichte Körper

In der klassischen Soziologie herrschte lange Zeit ein Dualismus zwischen Natur und Gesellschaft, bei dem der Körper als „prä-soziales Phänomen“ (Shilling, 1993, S. 25) betrachtet wurde. In diesem reduktionistischen Verständnis wurde der Körper der Biologie zugeordnet, als passive Hülle angesehen und somit weitgehend ignoriert (Connell, 1987/1998; Shilling, 1993). Feministische Perspektiven wie die von Connell (2007; 1987/1998) kritisierten diese eurozentristische Auffassung des Körpers und betonten den Zusammenhang zwischen der Unterdrückung körperlicher Erfahrungen und der westlichen Konstruktion der „Anderen“ (Adelman & Ruggi, 2016). Im Gegensatz zu dem naturalistischen Ansatz sehen sozialkonstruktivistische Theorien den Körper daher als ein soziales Produkt (Shilling, 1993). In dieser Arbeit soll der Körper jedoch weder als ein rein biologisches noch als ein rein soziales Phänomen verstanden werden. Stattdessen berücksichtige ich die „Materialität des Körpers“ (Krüger-Kirn, 2015, S. 87), womit ich auch die *Körperlichkeit* im Kontext von Sterilisationen einbeziehe (Alkemeyer, 2015). Gleichzeitig ist der Körper in soziale Beziehungen eingebettet (Adelman & Ruggi, 2016) und sowohl der Umgang mit ihm als auch die Diskurse und Normen, die ihn umgeben, sind das Ergebnis sozialer Prozesse. Der weibliche Körper unterliegt dabei in besonderem Maße sozialen Strukturen, da die patriarchale Gesellschaft Frauen als Objekte definiert und ihre Körper objektifiziert. Frauen erleben daher ihren Körper zugleich als Subjekt und als Objekt (Young, 1980). Dabei wird der weibliche Körper vor allem durch seine Reproduktionsfunktion charakterisiert (Butler, 2007). Die Psychologin Helga Krüger-Kirn definiert in ihrer psychoanalytischen und sozialwissenschaftlichen Studie zu Schönheitsidealen und Mutterschaft den Körper daher wie folgt:

„Der Körper wird [...] strukturologisch als Ort geschlechtlicher Identifizierung und Symbolisierungen verstanden, der bis in die kleinsten körperlichen und seelischen Verästelungen hinein bewusst und unbewusst sozial strukturiert ist. [...] Der Körper wird als der Ort, an dem und mit dem sich die geschlechtlichen Erfahrungen vollziehen, in den Mittelpunkt gestellt und als solcher bildet er die Grundlage für die symbolischen und psychischen Transformationen.“ (S. 123)

Im Mittelpunkt dieser Arbeit steht jedoch nicht die Analyse, wie der weibliche Körper sozial konstruiert wird, sondern wie der Zugang zu freiwilligen Sterilisationen als Ergebnis sozialer Konstruktionen rund um den weiblichen Körper verstanden werden kann. Um aufzuzeigen, wie Biologie, verstanden als der Körper, durch soziale Praktiken transformiert wird, führte Raewyn Connell (1987/1998) den Begriff der „Transzendenz“ ein. Dieser Ausdruck beschreibt, wie der Körper durch soziale Prozesse verändert und geformt wird. So beschreibt Connell (1987/1998) das Soziale als „radikal unnatürlich“ (S. 78), weswegen soziale Strukturen nicht von natürlichen Strukturen abgeleitet werden können, sondern transformiert werden. Diese Transformation ist historisch und geschieht durch soziale Praktiken. Durch das Konzept von Transzendenz wird verdeutlicht, dass der Körper ein „Objekt der Arbeit“ (Shilling, 1993, S. 110) darstellt, welches von Menschen bearbeitet wird, ebenso wie andere Aspekte der natürlichen und sozialen Welt. Bei der Konstruktion von vergeschlechtlichten Körpern schaffen Prozesse der Transzendenz körperliche Unterschiede, die vorher nicht existierten (Connell, 1987/1998). Connell (2013) betrachtet den Körper daher gleichzeitig als biologisch und sozial. Geschlecht versteht sie dabei als „eine spezifische Form der sozialen Verkörperung“ (Connell, 2013, S. 99), bei der durch den vergeschlechtlichten Körper Unterschiede zwischen „Mann“ und „Frau“ hervorgebracht werden. Diese soziale Verkörperung beschränkt sich jedoch nicht nur auf das Verhalten einzelner Personen, sondern umfasst auch Gruppen und Institutionen (Connell, 2013). Medizinische Einrichtungen und Fachkräfte sind somit ebenfalls in soziale Strukturen eingebettet, die durch Geschlechterverhältnisse geprägt sind und diese reproduzieren können.

Aus Sicht des Körpers lässt sich dies laut Connell (2013) auch als „körperreflexive Praxis“ (S. 99) bezeichnen. Durch diese Praktiken entstehen Strukturen, innerhalb derer Körper definiert und geformt werden. So formen körperreflexive Praktiken nicht nur individuelles Leben, sondern gestalten auch die soziale Welt. Sie beeinflussen somit nicht nur gesellschaftliche Strukturen, sondern werden auch umgekehrt von diesen beeinflusst. Körperreflexive Praktiken betreffen daher soziale Beziehungen, Symbole und Institutionen. Dabei sind sie auch immer in einen gesellschaftlichen Kontext eingebettet, der bestimmte Handlungsspielräume eröffnet, jedoch andere auch einschränken kann.

Ein weiterer zentraler Begriff in dieser Theorie ist die „reproduktive Arena“ (Connell, 2013, S. 29), welche als ein Ort definiert wird, an dem körperliche und soziale Prozesse aufeinander-treffen. So sind biologische Funktionen des menschlichen Körpers, wie zum Beispiel Fortpflanzung, Geburt und Stillen, in soziale Prozesse eingebunden. Die reproduktive Arena ist dabei nicht statisch, sondern kann auch verändert werden. Beispielsweise hat die weibliche

Fruchtbarkeit in Gesellschaften mit effektiver Verhütung und geplanter Familiengröße eine andere Bedeutung als in Gesellschaften, in denen Frauen auf die traditionelle Rolle des Kindergebärens und -versorgens reduziert werden.

Die praxisbezogene Körpertheorie von Raewyn Connell ist für diese Arbeit von zentraler Bedeutung, um neben Geschlecht auch körperliche Aspekte im Kontext von Sterilisationen analysieren zu können. So bietet Connells (2013) Konzept des „vergeschlechtlichten Körpers“ eine theoretische Grundlage, um den Zugang zu freiwilligen Sterilisationen als körperreflexive Praxis zu verstehen und dessen Einbettung in soziale Strukturen und Vorstellungen zu untersuchen. Ihre Perspektive erlaubt es somit, die Wechselwirkungen zwischen Körper, Geschlecht und Gesellschaft im Hinblick auf freiwillige Sterilisationen differenziert zu betrachten. Obwohl Connell (2007) in ihrer postkolonialen Kritik den Körper nicht nur als vergeschlechtlicht, sondern auch als rassifiziert beschreibt (Adelman & Ruggi, 2016), kann aufgrund begrenzter Kapazitäten dieser Aspekt ihrer Theorie hier nicht berücksichtigt werden.

## 5.2 Autonomie

Eine weitere theoretische Grundlage, die für mich in dieser Arbeit besonders wichtig ist, ist der Autonomiebegriff. Autonomie war bereits in der kantischen Moralphilosophie ein zentraler Grundsatz. So ist nach Kant Autonomie Ausdruck des Willens des Menschen, der zu rationaler Überlegung fähig ist (Akhtar et al., 2025). Dabei bildet sie die Grundlage für Gerechtigkeit und gilt als Voraussetzung für die aktive Teilnahme an kollektiven Entscheidungsprozessen (Christman, 2004). Bis heute wird das Konzept der Autonomie vor allem in der Philosophie und Ethik vielfach diskutiert, aber spielt auch in anderen Disziplinen wie beispielsweise der Soziologie, Psychologie und Biologie eine zentrale Rolle. Dabei existiert kein einheitliches, universelles Verständnis von Autonomie, sondern eine Vielzahl von Konzepten, die sich an den spezifischen Fragestellungen des jeweiligen Fachgebiets orientieren (Đerić, 2020).

Auch im medizinischen Kontext ist der Autonomiebegriff von großer Bedeutung. Eine zentrale Grundlage vieler ethischer und rechtlicher Regelungen im Gesundheitswesen bildet ein individualistisches bzw. normatives Verständnis von Autonomie, welches autonome Patient\*innen als kognitiv fähige und rationale Akteur\*innen versteht (Lewis & Holm, 2022; Mackenzie, 2008) und auf liberalen Prinzipien beruht (Christman, 2004). Laut Mackenzie (2008) gibt es verschiedene Definitionen von normativer Autonomie, die jedoch alle die

gemeinsame Grundlage haben, dass Autonomie die normative Autorität autonomer Akteur\*innen in Bezug auf ihre Entscheidungen umfasst. Diese Autorität ergibt sich aus der Verbindung zwischen Autonomie und der praktischen Identität der handelnden Person. Autonome Individuen werden dabei als fähig, berechtigt und verantwortlich angesehen, diese Autorität eigenständig auszuüben. Mackenzie (2008) sieht in der starken Fokussierung auf die Ich-Perspektive der Handelnden eine besondere Stärke darin, dass sie die grundlegende Menschlichkeit jeder Person anerkennt. Dies ist insbesondere im Gesundheitskontext wichtig, wenn beispielsweise Patient\*innen schwer behindert sind oder durch Krankheit(en) körperlich eingeschränkt werden und Behandlungen ihre körperliche Integrität verletzen könnten. Mit der Fokussierung auf das Individuum allein bleiben jedoch soziale Strukturen und Einflüsse aus dem Umfeld unberücksichtigt, die die Entwicklung von Werten und Wünschen einer Person prägen, wie Christman (2004) betont. Für Mackenzie (2008) ist zudem die Anerkennung der Menschlichkeit einer Person von der Achtung ihrer Autonomie zu unterscheiden. So ist es möglich, die Menschlichkeit einer Person anzuerkennen und ihre subjektive Perspektive zu verstehen, während gleichzeitig ihre normative Autorität über ihren Willen, ihre Handlungen und ihr Urteil aufgrund von Faktoren wie psychischen Erkrankungen, posttraumatischen Stress oder internalisierter Unterdrückung eingeschränkt sein kann. Ein weiteres Problem des individualistischen Ansatzes besteht laut Mackenzie (2008) darin, dass die Erfahrungen einer Person innerlich widersprüchlich sein können, wodurch unklar wird, welche ihrer Motive, Wünsche und Werte als normative Gründe für ihren Willen gelten sollten. Zuletzt merkt die Autorin an, dass die Identität oder bestimmte Aspekte der Identität einer Person häufig durch unterdrückende soziale Beziehungen, Konditionierungen sowie durch Normen, Überzeugungen und Werte geprägt sind, die aus ungerechten sozialen Praktiken und politischen Institutionen entstanden sind. Dabei besteht auch immer die Gefahr, dass paternalistische Haltungen die individuelle Autonomie von Patient\*innen einschränken (Mackenzie, 2008).

Auch feministische Perspektiven kritisierten das individualistische Modell dafür, dass es die relationale Natur von Motivationen sowie den sozialen Charakter menschlicher Handlungen vernachlässigt (Christman, 2004). Dabei sehen feministische Theorien Autonomie als ein maskulinistisches Konzept, das mit männlichen Charakteridealen verbunden und in politischen Traditionen verankert ist, die historisch den Interessen und der Freiheit von Frauen entgegenstanden (Mackenzie & Stoljar, 2000). Insbesondere im Kontext von reproduktiven Entscheidungen von Frauen weist der individualistische Autonomiebegriff mit der Betonung auf das individuelle Subjekt und auf die Einwilligung Grenzen auf, da auch Informationen für

Patient\*innen niemals objektiv sind, sondern immer auf weiblichen Stereotypen beruhen und die objektive Autorität des medizinischen Personals im Vordergrund steht (Laufer-Ukeles, 2011).

Als Gegenentwurf zu der individualistischen Definition von Autonomie wurde daher das Konzept der relationalen Autonomie entwickelt. Es handelt sich dabei jedoch nicht um ein einheitliches Modell, sondern umfasst alle Perspektiven und Ansätze, die die soziale Einbettung und wechselseitigen Abhängigkeiten von autonomen Akteur\*innen hervorheben (Christman, 2004). Demnach werden die Identitäten von Individuen durch soziale Beziehungen konstruiert sowie durch soziale Faktoren wie Klasse, Geschlecht und ethnischer Zugehörigkeit geformt (Mackenzie & Stoljar, 2000). Viele relationale Ansätze gehen daher davon aus, dass Autonomie eine gesellschaftlich konstituierte Fähigkeit ist (z. B. Mackenzie, 2008). Dabei stellt die relationale Perspektive soziale Dynamiken und Machtstrukturen in den Vordergrund, welche sowohl die Entstehung als auch die Wahrnehmung und Ausübung von Autonomie maßgeblich beeinflussen. So sind die Interessen und Beweggründe von Individuen immer in ihrem Bezug zu anderen Menschen, Gruppen, Institutionen, historischen Kontexten und gesellschaftlichen Narrativen zu betrachten (Christman, 2004). Die Rechts- und Gesundheitsforscherin Pamela Laufer-Ukeles (2011) argumentiert, dass besonders bei reproduktiven Entscheidungen eine relationale Perspektive auf Autonomie von zentraler Bedeutung ist, um den sozialen Kontext miteinbeziehen zu können. Auch der Philosoph John Christman (2004) betont, dass je nach sozialem Kontext unterschiedliche Aspekte des Selbst im Vordergrund stehen. So spielen beispielsweise vor allem in biologischen und medizinischen Kontexten Verkörperung und Körperlichkeit eine große Rolle, während in anderen Bereichen diese Aspekte weniger relevant sind. Allerdings besteht auch bei relationalen Ansätzen die Gefahr, paternalistische Haltungen zu legitimieren, die die Autonomie von Akteur\*innen untergraben, indem bestimmte Personen als nicht autonom eingestuft werden (Mackenzie, 2008; Christman, 2004).

Grundsätzlich können die Bedingungen, die für Autonomie erforderlich sind, entweder prozedural (engl.: *procedural*) oder substanziell (engl.: *substantive*) verstanden werden (Mackenzie, 2008, S. 519). Erstere finden sich häufig in individualistischen Ansätzen und gehen davon aus, dass Autonomie dann gegeben ist, wenn die Prozesse, durch die Wünsche, Werte und Präferenzen entwickelt werden, unabhängig von ihrem Inhalt, von der „richtigen Art“ sind. Zweitere fordern hingegen, dass bestimmte Werte oder Verpflichtungen Teil des Werte- oder Glaubenskorpus von autonomen Akteur\*innen sein müssen. An prozeduralen Ansichten wird häufig kritisiert, dass sie nicht in der Lage sind, autonome Akteur\*innen

angemessen zu identifizieren. So könnten unterdrückte oder beherrschte Individuen viele ihrer unmittelbaren Verpflichtungen und Beziehungen, die ihnen durch unterdrückerische Umstände auferlegt wurden, weiterhin aufrechterhalten, ohne dass ihre Autonomie infragegestellt wird. Befürworter\*innen von prozeduralen Ansätzen verteidigen ihre Position jedoch mit dem Argument, dass der Autonomiebegriff für ein möglichst breites Wertespektrum verwendet werden kann. Da diese Perspektive Autonomie unabhängig von dem Inhalt der Wertesysteme versteht, die Akteur\*innen prägen und motivieren, wird sie auch häufig als „wertneutral“ bezeichnet. Während relationale Theorien häufig im Gegensatz zu prozeduralen Sichtweisen stehen, werden sie hingegen oft mit substanziellen Perspektiven in Verbindung gebracht (Christman, 2004). So versucht beispielsweise Catriona Mackenzie (2008) einen „*weak substantive, relational approach to autonomy*“ (S. 512) zu definieren. John Christman (2004) sieht darin jedoch die Gefahr, dass für Autonomie die Einbettung in „angemessene“ soziale Beziehungen zu anderen sowie innerhalb sozialer Praktiken und Institutionen vorausgesetzt wird. Das führt dazu, dass, ähnlich wie bei der individualistischen Definition von Autonomie, normative Elemente in den Vordergrund rücken. Wenn man diese Position einnimmt, wird das Konzept der Autonomie zu einer perfektionistischen Idee verwandelt, wodurch bestimmte Individuen und soziale Gruppen ausgeschlossen und paternalistische Haltungen legitimiert werden könnten. Für Christman (2004) stehen perfektionistische Ausrichtungen von relationalen Theorien daher im Widerspruch zu ihrem eigentlichen Anspruch auf Anti-Individualismus. Er plädiert daher für eine anti-perfektionistische Konzeption von relationaler Autonomie, die die menschliche Handlungsfähigkeit und die Fähigkeit zu authentischen Entscheidungen betont. Diese bilden seiner Ansicht nach die Grundlage für den Respekt gegenüber uns selbst und anderen. Selbst wenn also eine Person die aus unserer Sicht unterdrückenden sozialen Rollen akzeptiert hat, verdient sie Respekt, solange ihr Urteil über diese Rollen die gleichen formalen Merkmale aufweist wie unser eigenes Urteil über unser Leben. Dementsprechend muss Autonomie auch dann respektiert werden, wenn Entscheidungen für andere als nicht nachvollziehbar erscheinen. Christman (2004) unterstreicht somit ebenfalls die Bedeutung von sozialen Beziehungen für die Definition von Autonomie. Allerdings distanziert er sich von relationalen Ansätzen, die Autonomie an eine idealisierte oder spezifische Form sozialer Beziehungen binden. Grundsätzlich unterscheiden sich relationale Theorien somit in der Frage, ob Autonomie als soziale Fähigkeit zu verstehen ist, die durch soziale Beziehungen geprägt ist, oder ob Autonomie im konstitutiven Sinne als inhärent sozial betrachtet werden sollte (Mackenzie, 2008; Lewis & Holm, 2022).

Von Lewis und Holm (2022) wird, ähnlich wie von Christman (2004), kritisiert, dass viele relationale Herangehensweisen zwar die Idee des unabhängigen und autarken Individuums ablehnen, aber dennoch wie die individualistische Perspektive weiterhin davon ausgehen, dass Selbstreflexion ein zentraler Bestandteil von autonomen Handeln ist. So basiert den Autoren zufolge ein Großteil der relationalen Theorien auf der Annahme, dass Autonomie nur unter der Voraussetzung bestimmte kognitiver Vernunftfähigkeiten ausgeübt werden kann. Diese starke Fokussierung auf kognitive Fähigkeiten und rationale Reflexion halten sie sowohl konzeptionell als auch in der praktischen Anwendung für problematisch, da dadurch die Autonomie bestimmter Individuen und Gruppen in der medizinischen Praxis nicht angemessen erfasst werden kann, auch wenn diese die Standards für mentale Entscheidungsfähigkeit erfüllen. Als Alternative schlagen Lewis und Holm (2022) daher mit dem Hintergrund der „phänomenologischen Reduktion“ eine neue Definition von Autonomie vor. Im Gegensatz zu den vorherigen Auffassungen von Autonomie gehen sie davon aus, dass die Erfahrungen der Individuen bereits inhärent bedeutsam sind. Demzufolge wird die Bedeutung nicht durch kognitive Handlungen vermittelt, sondern durch verkörperte und affektive intentionale Erfahrungen. Mit einem phänomenologischen Verständnis von Autonomie der Patient\*innen liegt somit der Fokus nicht auf den kognitiven Voraussetzungen für die Ausübung von Handlungen, sondern wie Menschen ihre Werte, Wünsche und Motivationen, die ihre Autonomie bestimmen, auf einer vorreflexiven Ebene wahrnehmen und erleben. Für Lewis und Holm (2022) ist dabei die phänomenologische Definition von Autonomie unvereinbar mit dem relationalen Verständnis von Autonomie, da letztere zwischenmenschliche und soziale Beziehungen als konstitutive Bedingungen für Autonomie betrachtet.

Unabhängig von der genauen Autonomiedefinition weisen mehrere Autor\*innen im medizinischen Kontext darauf hin, dass die Autonomie von Patient\*innen von medizinischem Fachpersonal respektiert werden muss (McQueen, 2020). Das schließt das Recht ein, medizinische Eingriffe wie die Sterilisation auswählen, akzeptieren, aber auch ablehnen zu dürfen (Maila et al., 2025; Bi & Klusty, 2015). Eine zentrale Rolle spielt dabei die informierte Einwilligung, die sicherstellt, dass Patient\*innen fundierte Entscheidungen treffen können (Maila et al., 2025; Lewis & Holm, 2022). Besonders wichtig hierfür ist zudem, dass Patient\*innen bei klinischen Entscheidungen als autonome Akteur\*innen wahrgenommen werden, um sie vor paternalistischen Interventionen zu schützen (Lewis & Holm, 2022). Dies erfordert von medizinischem Personal, sich empathisch mit der Perspektive der Patient\*innen auseinanderzusetzen. Um die Perspektive der betroffenen Personen nachvollziehen zu können,

sollten sie daher versuchen, die Situation, Werte und Prioritäten aus Sicht der Patient\*innen zu verstehen. Besonders in pluralistischen Gesellschaften und medizinischen Situationen können jedoch widersprüchliche Werte ein erhebliches Hindernis für die Ausübung von Autonomie darstellen (Mackenzie, 2008).

Zusammenfassend ist Autonomie als ein komplexes Konzept zu verstehen, das je nach Kontext und theoretischer Perspektive unterschiedlich verstanden wird. Diese Arbeit konzentriert sich jedoch weniger auf die ethischen und philosophischen Aspekte von Autonomie oder die Frage, unter welchen Bedingungen eine Person als autonomes Subjekt gilt. Stattdessen liegt der Fokus auf der Fähigkeit, im medizinischen Kontext autonom zu handeln, als autonomes Subjekt wahrgenommen zu werden und sich selbst als solches zu verstehen, sowie auf den Einflüssen des sozialen Umfelds auf die Ausübung von Autonomie. Besonders im Mittelpunkt stehen dabei zwei zentrale Aspekte: die reproduktive Autonomie und die körperliche Autonomie im Kontext des Alters. Darauf soll in den nächsten beiden Kapiteln noch näher eingegangen werden.

### 5.2.1 *Reproduktive Autonomie*

Der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zufolge hat jeder Mensch das Recht, über seine Gesundheit und seinen Körper selbst zu bestimmen. Dieses Recht umfasst auch sexuelle und reproduktive Rechte sowie den Schutz vor Eingriffen wie medizinische Behandlungen oder Experimente, denen keine Zustimmung erteilt wurde (Maila et al., 2025). Dabei sind reproduktive Rechte auch immer mit Autonomie verbunden (Almeida & Da Silva, 2019). Unter *reproduktiver Autonomie* verstehen Barbara Bleisch und Andrea Büchler (2020) „das Recht jeder einzelnen Person, über Fragen des Kinderwollens selbstbestimmt entscheiden zu können, also darüber, ob, wann und mit wem jemand Kinder haben möchte“ (S. 261). So kann ungewollte Kinderlosigkeit für viele Menschen mit Gefühlen von Unglück, Schmerz, Verlust und Trauer verbunden sein. Umgekehrt kann es für Personen, die keine Kinder haben wollten, äußerst belastend sein, dennoch Eltern zu werden (Bleisch & Büchler, 2020). Unabhängig von sozioökonomischem Status, Geschlecht, Alter, Ethnizität und sexueller Orientierung hat somit jede Person das Recht, Entscheidungen über ihre Fertilität zu treffen (Tan, 2024; McQueen, 2020).

Der Körper stellt dabei nicht nur ein „Ort des Selbst und der Selbstbestimmung“ (Krüger-Kirn, 2015, S. 230) dar, sondern ist auch eng mit dem Gefühl von Autonomie verbunden. Fragen der

reproduktiven Autonomie betreffen dabei insbesondere Frauen, da reproduktive Prozesse überwiegend am oder im weiblichen Körper stattfinden. So sind es größtenteils weibliche Körper, in denen Schwangerschaften verlaufen, Eizellen entnommen oder eingesetzt werden. Im Gegensatz dazu sind die Körper von Männern in diesen Prozessen deutlich weniger involviert. Frauen und Männer sind daher in Bezug auf reproduktive Autonomie ungleich betroffen (Bleisch & Büchler, 2020).

Reproduktive Technologien, die vor allem am weiblichen Körper angewendet werden, stehen dabei ebenfalls in engem Zusammenhang mit reproduktiver Autonomie. Dazu gehören Themen wie Kinderwunsch, Abtreibung und Verhütung (Bleisch & Büchler, 2020). Wie Almeida und Figueiredo da Silva (2019) betonen, inkludiert dies sowohl die Möglichkeit zu einer freiwilligen Sterilisation als auch der Schutz vor erzwungenen Sterilisationen. Wenn reproduktive Autonomie auch als ein Recht und nicht nur als ein Privileg für wohlhabende Gruppen bestehen soll, ist zudem ein gerechter Zugang zu reproduktionsmedizinischen Leistungen, einschließlich der Bereitstellung von Informationen, erforderlich (Bleisch & Büchler, 2020). Trotz der definierten Rechte, führen paternalistische Haltungen in der Medizin sowie pronatalistische Vorstellungen dazu, die reproduktive Autonomie von Frauen einzuschränken (Lemke et al., 2023).

### 5.2.2 *Autonomie und Alter*

Auch in alterssoziologischen Debatten ist Autonomie ein zentraler Begriff. So wird insbesondere in Pflegekontexten häufig davon ausgegangen, dass ein höheres Alter mit einem Verlust von Selbstbestimmung und Autonomie einhergeht (van Dyk, 2020). Während Ageismus als bedeutendes Hindernis für das Wohlergehen älterer Menschen anerkannt wird, bleibt die Diskriminierung jüngerer Menschen aufgrund ihres Alters in der sozialwissenschaftlichen Forschung jedoch vorwiegend unberücksichtigt (Bratt et al., 2018).

Der Begriff Ageismus wurde erstmals im Jahr 1969 von Robert N. Butler vorgestellt. Obwohl dieser betonte, dass Altersdiskriminierung nicht ausschließlich Personen in hohem Alter betrifft, wird Ageismus dennoch vorwiegend als negative Haltung gegenüber älteren Menschen verstanden (Bratt et al., 2018). In dieser Arbeit wird jedoch die Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verwendet, welche Ageismus als Stereotypisierung, Vorurteile und Diskriminierung von Menschen aufgrund ihres Alters versteht. Diese Diskriminierung kann sowohl darauf beruhen, dass eine Person als „zu alt“ oder „zu jung“ wahrgenommen wird, um

etwas zu sein oder zu tun (Officer & La Fuente-Núñez, 2018). Dabei ist Ageismus auch immer in intersektionale Machtverhältnisse eingebettet (Nash et al., 2020). Ebenso wie es auch die Kritische Gerontologie betont, ist es daher von zentraler Bedeutung, die Intersektion von Alter und Geschlecht in die Analyse einzubeziehen (van Dyk, 2020). Diese Verflechtung zeigt sich auch bei freiwilligen Sterilisationen. So wurde bereits mehrfach festgestellt, dass Alter eine entscheidende Rolle beim Zugang zu einer freiwilligen Sterilisation spielt. Allerdings scheint bei Sterilisationen das Alter einen umgekehrten Einfluss zu haben, da Frauen der Eingriff aufgrund ihres zu jungen Alters verwehrt wird (McQueen, 2017; Benn & Lupton, 2005).

Bei reproduktiven Technologien wie der Sterilisation können intersektionale Verhältnisse nicht ignoriert werden. In dieser Arbeit liegt der Fokus vor allem auf der Verflechtung von Geschlecht und Alter als zentrale Einflussfaktoren für den Zugang zu einer freiwilligen Sterilisation und damit auch für die körperliche sowie reproduktive Autonomie.

## 6 METHODIK

In diesem Kapitel wird das methodische Vorgehen näher erläutert. Der Forschungsprozess folgte einem qualitativ-rekonstruktiven Ansatz (Bohnsack, 2021 ; Kubandt, 2016), welcher auf einer „spezifischen Haltung gegenüber Wirklichkeit und Erkenntnisprozessen“ (Kruse, 2015, S. 145) basiert. So bezeichnet Kruse (2015) die rekonstruktive Sozialforschung als empirisch angewandten Konstruktivismus. Dabei wird davon ausgegangen, dass „Wirklichkeit niemals objektive Wirklichkeit ist, sondern stets interaktiv bzw. sozial hergestellte, also konstruierte Wirklichkeit“ (Kruse, 2015, S. 145) ist. Das bedeutet jedoch nicht, dass Wirklichkeit willkürlich oder zufällig ist, sondern sie folgt immer „spezifischen Regeln und Relevanzen, die rekonstruiert werden können“ (Kruse, 2015, S. 146). Ralf Bohnsack (2021) weist in seiner Definition von rekonstruktiver Sozialforschung zudem darauf hin, dass diese keinen radikalen Konstruktivismus darstellt. So sieht er die „Rekonstruktion der sozialen Konstruktion der Wirklichkeit“ (Bohnsack, 2021, S. 70) stattdessen als einen Teil der phänomenologischen Wissenssoziologie. Allgemein beruhen „alle rekonstruktiven Verfahren [...] auf dem interpretativen Paradigma“ (Kruse, 2015, S. 40), weswegen vorwiegend qualitative Erhebungsmethoden zum Einsatz kommen.

In dieser Arbeit wurde ein qualitativ-rekonstruktives Forschungsdesign für die Beantwortung der Forschungsfrage entwickelt. Dieses soll in den folgenden Kapiteln näher erläutert werden.

Zunächst werden das Sample sowie der Prozess der Datenerhebung vorgestellt. Im Anschluss erläutere ich näher mein Vorgehen in der Datenauswertung. Daraufhin werden die für diese Arbeit definierten Gütekriterien dargelegt. Abschließend werde ich den Forschungsprozess im Gesamten rückblickend reflektieren.

## 6.1 Sampling

Zur Beantwortung der Forschungsfrage habe ich sowohl sterilisierte Frauen ohne Kinder als auch einen Facharzt und eine Fachärztin aus der Gynäkologie in Österreich interviewt. Eine der befragten Frauen ist jedoch zum Zeitpunkt des Interviews noch nicht sterilisiert gewesen, sondern hatte ihren Sterilisationstermin für Juli 2025 vereinbart. Ende Juli 2025 meldete sich die Interviewpartnerin wieder bei mir mit der Mitteilung, dass sie den Termin in Deutschland wahrgenommen hatte und inzwischen sterilisiert ist. Von den insgesamt sieben befragten Frauen haben lediglich drei Frauen ihre Sterilisation in Österreich durchführen lassen. Die anderen Frauen wurden in Deutschland sterilisiert. Einen Überblick zu den Daten der interviewten Frauen bietet Tabelle 1.

**Tabelle 1**

*Daten der interviewten Frauen*

Pseudonym	Alter bei Interview	Status	Alter bei Sterilisation	Ort der Operation	Monetäre Kosten
Alina	30	Sterilisiert	28	Österreich	EUR 900,-
Belinda	27	Sterilisiert	26	Österreich	EUR 870,-
Clara	24	Sterilisiert	23	Deutschland	EUR 1.000,-
Denise	20	Sterilisiert	19	Deutschland	EUR 1.800,-
Emily	24	Sterilisiert	22	Deutschland	EUR 1.140,-
Felicitas	40	Sterilisiert	39	Österreich	-
Gabriella	31	Sterilisationstermin	31	Deutschland	EUR 1.755,-

Anmerkung: Die Angaben beziehen sich auf den Stand zum Zeitpunkt der Interviews. Gabriella ist die einzige Interviewpartnerin, die zu diesem Zeitpunkt noch nicht sterilisiert war. Ihre Operation war im Juli 2025, weswegen ihre Angaben nachträglich ergänzt wurden. Alle Interviewteilnehmerinnen sind Cis-Frauen ohne Kinder aus Österreich. Die hier verwendeten Namen sind Pseudonyme und entsprechen nicht den tatsächlichen Namen der Befragten. Die angegebenen Kosten beziehen sich auf jene Beträge, die die Frauen selbst tragen mussten und nicht erstattet wurden. Die Beträge wurden von den Interviewpartnerinnen selbst genannt und sind vermutlich gerundet.

Quelle: Eigene Darstellung.

Die Kontaktaufnahme der sterilisierten Frauen erfolgte mithilfe des ehrenamtlichen Vereins „Selbstbestimmt steril e.V.“, welcher für mich auf den Plattformen Instagram und Facebook vom 31. März 2025 bis zum 16. April 2025 einen Interviewaufruf teilte. Obwohl dieser Verein in Deutschland ansässig ist, leistet er auch Aufklärungsarbeit für andere deutschsprachige Länder. Davon angesprochene Frauen haben sich daraufhin für ein Interview bei mir per E-Mail gemeldet. Die Interviewpartnerin Felicitas wurde jedoch durch die befragte Clara vermittelt, da sie sich persönlich kennen und Clara meine Kontaktdaten an Felicitas weiterleitete, um mir eine E-Mail zu schreiben. Alle Frauen, die mich kontaktiert haben, wurden letztlich befragt.

Weiterhin habe ich mit einem Arzt sowie einer Ärztin aus zwei verschiedenen Krankenhäusern in Tirol ein Interview geführt. Dabei ist anzumerken, dass der befragte Arzt auch gleichzeitig der Leiter der gynäkologischen Abteilung ist. Beide sind im Bereich der Gynäkologie bzw. Geburtshilfe tätig. Insgesamt wurden 15 Gynäkolog\*innen sowie 6 gynäkologische Abteilungen von Krankenhäusern in Tirol kontaktiert, wobei 13 nicht geantwortet und 3 mir eine Absage gesendet haben. Von den übrig gebliebenen sechs Gynäkolog\*innen, die sich für ein Gespräch bereit erklärt haben, führten nur zwei davon tatsächlich Sterilisationen selbst durch. Diese beiden Fachärzt\*innen wurden letztlich interviewt.

## **6.2 Datenerhebung**

Die Erhebung der Daten erfolgte von April bis Mai 2025. Von den insgesamt neun geführten Interviews wurden aus Kapazitätsgründen sechs davon online über die Pro-Version von Zoom durchgeführt. Die Interviews mit den Ärzt\*innen fanden persönlich in den jeweiligen Krankenhäusern in Tirol statt sowie eins der Interviews mit den sterilisierten Frauen in Innsbruck. Die Dauer der Interviews mit den Frauen reichte von 30 Minuten bis zu 1 Stunde 46 Minuten, wobei die durchschnittliche Gesprächsdauer bei circa einer Stunde lag. Die Interviews mit den Ärzt\*innen sind hingegen kürzer ausgefallen. So dauerte das Interview mit der Ärztin circa 25 Minuten, während das Interview mit dem Arzt rund 31 Minuten umfasste.

Bei der Erhebungsmethode handelte es sich um fokussierte Interviews in Form von semi-strukturierten Leitfadeninterviews (Eckardt, 2014). Diese Interviewform ermöglicht eine gezielte Steuerung auf ein spezifisches Thema. Der thematische Fokus wird dabei „durch die Wiederaufnahme von impliziten und expliziten Aussagen“ (Eckardt, 2014, S.172) der

Interviewpartner\*innen im Gesprächsverlauf hergestellt. Auch die Auswahl der befragten Personen erfolgt entsprechend der geplanten Fokussierung. Im Gegensatz zu Expert\*inneninterviews geben die Befragten nicht nur fachliche Einschätzungen wieder, sondern sind auch durch ihre persönlichen Erfahrungen in das Thema involviert. Bei problemzentrierten Interviews konzentriert sich das Gespräch in der Regel auf ein Problem (Eckardt, 2014). Diese Interviewform erschien nicht geeignet, da ich den Zugang zu einer Sterilisation nicht bereits im Vorfeld als ein „Problem“ konstruieren wollte, sondern den Gesprächspartner\*innen ein offener Erzählfluss ohne externe Beeinflussung meinerseits ermöglicht werden sollte. Dabei waren die Fragen für die sterilisierten Frauen eher offen und erzählgenerierend gestaltet, während der Leitfaden für die Ärzt\*innen strukturierter aufgebaut war. Die vollständigen Leitfäden sind in Anhang C abgebildet.

Vor dem Interview gaben alle Befragten mit einer schriftlichen Einwilligungserklärung ihr Einverständnis zur Aufzeichnung und Verschriftlichung des Gesprächs (siehe Anhang B). Die Einwilligung wurde außerdem auch vor Beginn der Aufnahmen mündlich bestätigt. Aufgezeichnet wurde mithilfe der Aufnahmefunktion von Zoom sowie mit der kostenfreien Version der mobilen App „Recorder Pro“. Die Aufnahmegeräte habe ich den Befragten vorher gezeigt und erklärt. Alle Aufnahmen werden, wie in der Einwilligungserklärung vereinbart, spätestens im September 2025 von allen Geräten entfernt. Die Interviews habe ich anschließend in Anlehnung an Rädiker und Kuckartz (2019) wörtlich transkribiert, wobei gesprochene Dialekte zur besseren Verständlichkeit ins Hochdeutsche übersetzt wurden. Alle personenbezogenen Daten sowie potenzielle Hinweise auf die Identität der sterilisierten Frauen und der Ärzt\*innen wurden anonymisiert, sodass keine Rückschlüsse auf einzelne Personen möglich sind. Die hier verwendeten Namen der Interviewpartner\*innen sind frei erfunden.

Mithilfe von qualitativen Interviews sollte ein tiefgehender Einblick in den sozialen Herstellungsprozess ermöglicht werden, der mit anderen Erhebungsmethoden nur schwer zu erfassen wäre. Ziel war es, durch die Einbeziehung unterschiedlicher Personengruppen und Perspektiven die interaktiven Dynamiken des Sterilisationsprozesses anhand konkreter Fallbeispiele analysieren zu können. Die individuellen Erfahrungen und Perspektiven der Befragten dienten dabei als Grundlage, um die Mechanismen dieses Herstellungsprozesses identifizieren zu können.

### 6.3 Datenauswertung

Zur Auswertung der Interviews verwendete ich die Software MAXQDA (Version 24.10.0). Für die Analyse wurde die von Ralf Bohnsack entwickelte „dokumentarische Methode“ herangezogen, welche das Ziel verfolgt, die Handlungspraxis und das handlungsleitende Wissen der Akteur\*innen zu rekonstruieren (Bohnsack, 2021). Dabei differenziert Bohnsack in Anlehnung an Karl Mannheims Wissenssoziologie zwischen dem immanenten und dokumentarischen Sinngehalt. Ersterer beschreibt den inhaltlich wörtlichen Sinn, der sich aus dem Text selbst ergibt, während zweiterer die konjunktive Erfahrung meint, welche rekonstruiert werden muss (Bohnsack et al., 2013). Außerdem wird bei der dokumentarischen Methode zwischen dem kommunikativen Wissen bzw. „Orientierungsschemata“ und dem konjunktiven Wissen bzw. dem „Orientierungsrahmen“ unterschieden. Das kommunikative Wissen umfasst das Wissen, das Akteur\*innen benötigen, um ihr institutionalisiertes und rollenförmiges Handeln ausüben zu können. Das konjunktive Wissen stellt hingegen das Erfahrungswissen dar, welches nicht für alle zugänglich ist, sondern nur für diejenigen, die den gleichen Orientierungsrahmen teilen. Das konjunktive Wissen bzw. der Orientierungsrahmen wird daher auch häufig synonym mit dem Begriff „Habitus“ verwendet (Bohnsack et al., 2018). Mithilfe der dokumentarischen Methode soll der „Wechsel von der Frage, *was* die gesellschaftliche Realität in der Perspektive der Akteur[\*innen] ist, zur Frage danach, *wie* diese in der Praxis hergestellt wird“ (Bohnsack et al., 2013, S. 13), ermöglicht werden. Obwohl diese Analysemethode ursprünglich für die Auswertung von Gruppendiskussionen konzipiert wurde, findet sie mittlerweile auch Anwendung bei anderen Erhebungsformen wie beispielsweise qualitative Interviews (Nohl, 2013).

Das methodische Vorgehen ist in drei Schritten aufgebaut. Zunächst werden in der Phase der „formulierenden Interpretation“ das Datenmaterial deskriptiv betrachtet und zentrale Themen herausgearbeitet. Im ersten Schritt war also das Ziel, eine Übersicht zu gewinnen und das, was von den Befragten selbst interpretiert bzw. begrifflich expliziert wurde, zusammenfassend zu „formulieren“ (Bohnsack et al., 2018; Bohnsack et al., 2013). Es handelt sich jedoch in dieser Phase auch schon um eine Art von Interpretation, da Themen in Form von Codes bereits begrifflich-theoretisch expliziert wurden, welche im Text noch implizit waren (Bohnsack et al., 2013).

Im nächsten Schritt erfolgt die „reflektierende Interpretation“. Dabei steht im Vordergrund, wie ein Thema behandelt wird bzw. in welchem Orientierungsrahmen (Nohl, 2013; Bohnsack et al., 2013). Besonders im Fokus war nun somit, wie die befragten Frauen und Ärzt\*innen ihre

Erfahrungen und Erlebnisse im Zusammenhang mit der Sterilisation ausgedrückt haben. Der Übergang von der formulierenden Interpretation zur reflektierenden Interpretation stellt daher auch den Wechsel von der „Was“-Frage zur „Wie“-Frage dar (Bohnsack, 2021). In dieser Auswertungsphase erfolgt zudem die komparative Analyse, welche zentral bei der dokumentarischen Methode ist. So kann sich das konjunktive Wissen bzw. der Orientierungsrahmen erst mithilfe von Vergleichen der verschiedenen Fälle herauskristallisieren. Die verschiedenen Erfahrungen aus den Interviews wurden somit gegenübergestellt, um sowohl Unterschiede, aber auch Gemeinsamkeiten rekonstruieren zu können (Bohnsack et al., 2018; Nohl, 2013).

Abschließend sieht die dokumentarische Methode es vor, auf Basis der komparativen Analyse Typen zu bilden (Bohnsack et al., 2018; Bohnsack, 2013; Nohl, 2013). Im letzten Schritt wurden entlang der in der formulierenden Interpretation identifizierten Themen Idealtypen gebildet. Diese werden in Kapitel 7 präsentiert. Die Codes und Sub-Codes aus der Datenauswertung sind in Anhang E graphisch veranschaulicht.

## 6.4 Gütekriterien

Mithilfe von Gütekriterien soll die Qualität der Forschungsergebnisse sichergestellt werden (Reinders et al., 2022), da „empirische Sozialforschung immer selektiv und subjektiv ist“ (Kruse, 2015, S. 54). Für diese Arbeit wurden zu Beginn fünf Gütekriterien definiert, welche im Laufe des Forschungsprozesses eingehalten werden sollten.

Als erstes Gütekriterium wurde *Offenheit* definiert, welches sich sowohl auf den Forschungsgegenstand als auch auf die Forschungsmethode bezieht (Kruse, 2015). Dabei ist mit Offenheit gemeint, bei dem Forschungsprozess sowie den Forschungsergebnissen möglichst offen für neue und unerwartete Erkenntnisse zu sein sowie unvoreingenommen zu bleiben (Reichertz, 2016). Wenn möglich sollten also Grundannahmen vermieden werden, und diejenigen, welche existieren, zurückgehalten oder transparent kommuniziert werden (Kruse, 2015).

Weiterhin ist das Kriterium *Transparenz* in dieser Arbeit von Bedeutung, wobei der Fokus hier vor allem auf den methodischen Vorgehensweisen liegt. Der Forschungsprozess und methodische Entscheidungen sollen hier klar und nachvollziehbar dargelegt werden (Flick, 2022). Zur Sicherstellung dieses Gütekriteriums sollte die Verwendung eines

Forschungstagebuchs dienen, in dem Gedanken und Entscheidungsprozesse dokumentiert wurden, um den Forschungsprozess im Nachhinein transparent darstellen zu können.

Ein weiteres Gütekriterium für diese Arbeit stellt die *reflektierte Subjektivität* dar. Da Subjektivität stets Teil von qualitativen Forschungsprozessen ist, ist es entscheidend, den eigenen Standpunkt sowie die eigene Positionierung im Forschungsprozess reflexiv zu kontrollieren und offenzulegen (Kruse, 2015). Aus diesem Grund wird in Kapitel 6.5 der Forschungsprozess sowie die eigene Positionierung reflektiert.

Das Gütekriterium *Vertrauenswürdigkeit* nimmt ebenfalls eine entscheidende Rolle in dieser Arbeit ein. Angesichts der Sensibilität und Tabuisierung dieses Themas war es von großer Bedeutung, sensibel mit den erhobenen Daten umzugehen. Wie in der unterschriebenen Einwilligungserklärung formuliert (siehe Anhang B), waren die Aufzeichnungen sowie Transkripte ausschließlich in meinem Besitz. Zudem war es wichtig, während der Datenerhebung Vertrauen zu schaffen, damit sich die Befragten während des Interviews öffnen können. Dies wurde in Form der schriftlichen Einwilligungserklärung ebenfalls sichergestellt. Um eine vertrauensvolle Atmosphäre zu schaffen, wurde soweit wie möglich, auf die Präferenzen der Befragten eingegangen. So haben manche der befragten Frauen es bevorzugt, ihre Kamera während dem Interview ausgeschaltet zu lassen. Präferenzen wie diesen wurde in der Datenerhebung nachgegangen, um meine Vertrauenswürdigkeit sicherzustellen.

Zuletzt sollte *Originalität* ein weiteres Gütekriterium für diesen Forschungsprozess bilden. Das bedeutet, dass diese Arbeit dazu beitragen soll, neue und bedeutsame Erkenntnisse für aktuelle und zukünftige Forschung zu generieren (Strübing et al., 2018). Wie bereits zuvor erwähnt, sind freiwillige Sterilisation in der deutschsprachigen Soziologie bisher unberücksichtigt geblieben. Mit dieser Arbeit sollen neue Forschungsfragen eröffnet werden, damit sich die soziologische Forschung vermehrt diesem Thema widmen kann.

## **6.5 Reflexion des Forschungsprozesses**

Im Rahmen dieser Arbeit wurden freiwillige Sterilisationen von Frauen in Österreich erstmals aus einer soziologischen Perspektive untersucht. Wie Kapitel 4.4 zum Forschungsstand von Sterilisationen zeigt, liegen hierzu bisher nur begrenzt Daten vor. Die durchgeführten Interviews konnten daher zahlreiche neue Erkenntnisse hervorbringen, wobei diese auch kritisch reflektiert werden müssen. Im Folgenden soll der Forschungsprozess sowie meine

Position als Forscherin reflektiert werden, um den zuvor definierten Gütekriterien *Transparenz* und *reflektierte Subjektivität* gerecht zu werden.

Die Wahl dieses Themas erfolgte eher zufällig, als ich auf einen Medienbeitrag über die mir zuvor unbekannte Influencerin Julia Brandner und ihre Erfahrungen mit einer Sterilisation in Österreich aufmerksam wurde. Die Auseinandersetzung mit Themen wie reproduktiver Autonomie, Körperpolitiken und Geschlechternormen war für mich jedoch bereits zuvor sowohl forschungspraktisch als auch persönlich von Bedeutung. Als Forscherin verorte ich mich innerhalb einer feministischen und machtkritischen Perspektive, die davon ausgeht, dass Wissenschaft und Wissen nicht neutral, sondern auch immer gesellschaftlich eingebettet sind (Haraway, 1995). Meine soziologische Positionierung basiert auf einer dekonstruktivistischen und kapitalismuskritischen Perspektive (Mertlitsch, 2023). Diese Haltung prägte sowohl die Entwicklung der Fragestellung als auch die methodische Herangehensweise dieser Arbeit.

Bereits während der Themenfindung und vor Beginn der Datenerhebung existierten zudem aufgrund von Medienberichten und verschiedener Literatur zu Reproduktionsthemen bestimmte Vorannahmen meinerseits, die ich an dieser Stelle offenlegen möchte. So bin ich von Beginn an davon ausgegangen, dass Frauen, die eine freiwillige Sterilisation anstreben, im Rahmen einer kapitalistisch geprägten Reproduktionspolitik, wie sie unter anderem Silvia Federici (2012) beschreibt, auf verschiedene Hürden stoßen. Dabei nahm ich an, dass diese Hindernisse insbesondere Frauen betreffen, da diese im Gegensatz zu Cis-Männern in der Regel die Möglichkeit haben, Kinder zu gebären. Vor diesem Hintergrund erwartete ich zudem auf Grundlage des Forschungsstands, dass Frauen ohne Kinder mit zusätzlichen Herausforderungen konfrontiert sein könnten, da sie im Widerspruch mit gesellschaftlichen Normen und Erwartungen an die Frau stehen. Trotz dieser Vorannahmen bemühte ich mich, im Forschungsprozess offen zu bleiben und den Fokus nicht ausschließlich auf negativen Erfahrungen zu legen. Bereits das erste Interview zeigte entgegen meinen Erwartungen, dass der Weg zu einer freiwilligen Sterilisation nicht zwangsläufig von zahlreichen Hindernissen geprägt sein muss. Die facettenreichen Erfahrungen der befragten Frauen spiegeln sich in der Darstellung der Ergebnisse wider.

Außerdem möchte ich an dieser Stelle auch noch meine geführten Interviews reflektieren. Bei den Gesprächen mit sterilisierten Frauen war es essenziell, eine sichere und vertrauensvolle Atmosphäre herzustellen, um eine möglichst offene Erzählung zu ermöglichen. Obwohl die Gesprächsbereitschaft der Interviewpartnerinnen unterschiedlich ausgefallen ist, ist dies

insgesamt dennoch gelungen. Ausschlaggebend war dabei auch die Entscheidung, die Interviews online durchzuführen. Obwohl dies ursprünglich aus Kapazitätsgründen erfolgte, hat sich diese Interviewgestaltung als äußerst positiv erwiesen. Der dadurch gegebene Grad an Anonymität trug dazu bei, dass sich die Frauen wohler fühlten und im Gespräch öffnen konnten. Dies wurde mir auch als Feedback von einer der interviewten Frauen nach dem Interview bestätigt.

Die Interviews mit den Ärzt\*innen fanden hingegen vor Ort statt. Wie in Kapitel 6.2 beschrieben, reagierte ein Großteil der kontaktierten Ärzt\*innen nicht auf meine Interviewanfrage. Angesichts der begrenzten zeitlichen Ressourcen von medizinischem Personal, insbesondere in Krankenhäusern, habe ich mich dazu entschieden, die Interviews persönlich zu führen. Online-Interviews hätten für die Ärzt\*innen einen zusätzlichen organisatorischen Aufwand bedeutet, den ich vermeiden wollte. Die persönliche Anreise zu den befragten Ärzt\*innen erwies sich als eine sinnvolle Investition, um die Bereitschaft zur Teilnahme zu erhöhen und ihre Zeit für das Interview wertzuschätzen.

Im Vergleich zu den Interviews mit sterilisierten Frauen war der Leitfaden für die Gespräche mit den Ärzt\*innen weniger offen gestaltet. Im Nachhinein ist mir jedoch klar geworden, dass eine noch stärkere Strukturierung erforderlich gewesen wäre. Während die sterilisierten Frauen von sich aus ausführlich über ihre Erfahrungen berichteten, erwarteten die Ärzt\*innen präzise und klar formulierte Fragen. Einige der Interviewfragen waren jedoch zu offen gehalten und hätten rückblickend konkreter sowie umfangreicher vorbereitet werden müssen.

Trotz einzelner Schwächen im Forschungsprozess konnten insgesamt ausreichend Daten generiert werden, die für die Beantwortung der Forschungsfrage relevant sind. Die aufschlussreichen Ergebnisse aus den Interviews werden im nächsten Kapitel präsentiert.

## **7 DARSTELLUNG DER ERGEBNISSE**

Für diese Arbeit wurden neben Interviews mit sterilisierten Frauen auch Gespräche mit einem Arzt und einer Ärztin aus dem gynäkologischen Bereich in zwei verschiedenen Krankenhäusern geführt. Im Folgenden werden daher zunächst die zentralen Erkenntnisse aus den Interviews mit den gynäkologischen Fachkräften erläutert. Anschließend werden die herausgearbeiteten Idealtypen auf Basis der Interviews mit den sterilisierten Frauen entlang von drei thematischen Schwerpunkten präsentiert.

## 7.1 Medizinische Perspektiven

Im Folgenden werden medizinische Perspektiven auf die Sterilisation vorgestellt. Dabei ist zu betonen, dass die beiden Interviews keinesfalls repräsentativ für die Gesamtheit der behandelnden Gynäkolog\*innen in Österreich sind. Stattdessen sollen sie einen exemplarischen Einblick in ärztliches Denken und medizinische Sichtweisen auf das Thema bieten.

Die befragten Ärzt\*innen unterscheiden grundsätzlich zwischen zwei Fällen von Sterilisationen. Entweder wird die Sterilisation bei Frauen im Rahmen eines Kaiserschnitts nach der Geburt durchgeführt und ist medizinisch indiziert, oder sie erfolgt auf ausdrücklichem Wunsch der Frau. Nach dem zweiten oder dritten Kaiserschnitt wird von ärztlicher Seite eine Sterilisation aufgrund zukünftiger Risiken empfohlen. Beide Ärzt\*innen berichten, dass bei ihnen die Sterilisation am häufigsten nach einem Kaiserschnitt durchgeführt wird. Ohne medizinische Indikation führen die befragten Ärzt\*innen jährlich ungefähr fünf bis zehn Sterilisationen durch. Aus ihren Erfahrungen waren in den meisten Fällen die Frauen zuvor bei ihrer Frauenärztin oder ihrem Frauenarzt und wurden anschließend in ein Krankenhaus überwiesen, da niedergelassene Gynäkolog\*innen diese Operation häufig nicht selbst vornehmen. Laut Aussage der Ärztin gibt es nur „sehr wenig Frauen, die ohne Überweisung kommen“ (Interview 9, Z. 258).

Die Sterilisationsoperation selbst wird von dem befragten Arzt als „einfacher Eingriff“ (Interview 8, Z. 98) bezeichnet, der technisch wenig anspruchsvoll ist und daher oft von Ausbildungsassistent\*innen durchgeführt wird. Dabei erfolgt die Operation bei den Befragten in der Regel laparoskopisch in Form einer Bauchspiegelung, wobei die Eileiter entfernt werden. Diese Methode wird von ärztlicher Seite empfohlen, da sie „schon seit mehreren Jahren wissen, dass der Eierstockkrebs von den Eileitern entsteht“ (Interview 9, Z. 62-63). Die Sterilisation ist jedoch „eine Leistung, die die Krankenkasse nicht übernimmt“ (Interview 9, Z. 15). Die Kosten für den Eingriff liegen nach Angaben der Befragten zwischen 700 und 1.000 Euro, wobei die genaue Höhe je nach Krankenhaus und Bundesland variiert. Auf welche Gründe diese Kostenunterschiede zurückzuführen sind, können die Ärztin und der Arzt jedoch nicht genau beantworten.

In den nächsten beiden Kapiteln wird näher darauf eingegangen, welche Bedeutung die Sterilisation für die befragten Ärzt\*innen hat und welche Kriterien sie hierzu anlegen, um eine nicht medizinisch indizierte Sterilisation bei einer Frau durchzuführen.

### 7.1.1 Bedeutung der Sterilisation

Aus medizinischer Perspektive wird die freiwillige Sterilisation als „Wunscheingriff“ (Interview 9, Z. 171) bezeichnet und primär als eine Methode der Verhütung verstanden, die in Betracht gezogen wird, „wenn kein Kinderwunsch da ist“ (Interview 9, Z. 245). Dabei interpretieren die befragte Ärztin und der befragte Arzt die Beweggründe der Frauen so, dass die Sterilisation für sie ein Mittel sei, um auf hormonelle Verhütungsmethoden verzichten zu können. Dies wird in folgendem Zitat der Ärztin deutlich:

*„Die wollen einfach nicht verhüten. Das ist ja der Hauptgrund, dass ja mittlerweile viele Frauen einfach sich wünschen keine hormonelle Verhütung. Dass es so natürlich ist, wie es geht.“*  
(Transkript 9, Z. 225-226)

Die Aussage der Ärztin spiegelt hier eine Interpretation der Beweggründe wider, die Frauen zu einer Sterilisation bewegen. So interpretiert sie die Sterilisation als pragmatische Lösung für Frauen, die keine anderen Verhütungsmethoden mehr nutzen möchten. Gleichzeitig wird hier auch eine Vereinfachung der komplexen Entscheidungsprozesse der Frauen angedeutet, indem deren Beweggründe auf den Verzicht auf hormonelle Verhütung reduziert wird. Dass aus ärztlicher Perspektive die Sterilisation vorwiegend als Verhütungsmethode verstanden wird, zeigt sich auch in der folgenden Aussage der Ärztin:

*„Obwohl das versteht man ja auch nicht, weil letztendlich, wenn die lesbisch sind, dann kann man auch nicht schwanger werden.“* (Interview 9, Z. 186-187)

In dieser Aussage wird verdeutlicht, dass aus medizinischer Perspektive die Entscheidung für eine Sterilisation vor allem aufgrund der Vermeidung einer ungewollten Schwangerschaft getroffen wird. Andere mögliche Beweggründe der Frauen bleiben dabei jedoch unberücksichtigt. Eine detaillierte Beschreibung der idealtypischen Bedeutungszuschreibungen einer Sterilisation für Frauen erfolgt in Kapitel 7.2.1.

Ein zentraler Aspekt, der von den Befragten immer wieder hervorgehoben wird, ist die Irreversibilität des Eingriffs. So weist beispielsweise der befragte Arzt darauf hin, dass es „erwähnt werden und festgehalten werden und mehrmals wiederholt werden [muss], es gibt keinen Weg zurück“ (Interview 8, Z. 63-64). Auch die Ärztin betont mehrmals die Endgültigkeit, verbunden mit der Gefahr, die Sterilisation zu bereuen:

*„Das sagen wir auch immer. Dass es irreversibel ist. Und wenn sie das bereut, das können wir dann wieder nicht gut machen. Also sie kann dann nicht mehr aufwachen und schwanger sein.“*  
(Interview 9, Z. 334-335)

In diesem Interviewausschnitt zeigt sich, dass die Ärztin sich in der Verantwortung sieht, die Irreversibilität des Eingriffs den Patientinnen eindringlich zu vermitteln. So könnten die Frauen es bereuen, nicht mehr „einfach auf die normale Art und Weise [...] Kinder kriegen [zu können]“ (Interview 9, Z. 110). Dabei impliziert sie, dass die aus der Sterilisation resultierende Unfähigkeit, ohne externe Unterstützung schwanger zu werden, von Frauen bereut werden könne. Die Aussage deutet an, dass die Ärztin hier von einem pronatalistischen Bild der Frau ausgeht, das Weiblichkeit mit Mutterschaft verknüpft (McQueen, 2020). So legt ihre Formulierung nahe, dass der Verlust dieser Möglichkeit als bedauernd betrachtet wird, was wiederum gesellschaftliche Normen und Erwartungen an die Frau reflektiert. Ihre Darstellung lässt außerdem vermuten, dass Frauen die Irreversibilität der Sterilisation nicht bewusst seien, womit deren rationales und autonomes Handeln hinterfragt wird.

Im Hinblick auf die Irreversibilität der Sterilisation wird die Bedeutung des Aufklärungsgesprächs besonders hervorgehoben, wie folgender Ausschnitt des Arztes verdeutlicht:

*„Ja die kommen zu uns in die Ambulanz mit diesem Wunsch und ähm das ist so, dass wir sie halt darüber aufklären, wie das geht technisch und dass es wichtig ist dann, dass es [...] die wichtigste Information ist, dass es keinen Weg zurück gibt. Und dass sie sich das gut überlegt haben müssen. Das ist wichtig.“* (Interview 8, Z. 12-15)

Aus ärztlicher Perspektive wird somit nicht nur die Aufklärung über das technische Vorgehen, sondern auch über die Endgültigkeit der Sterilisation als zentraler Bestandteil des ärztlichen Gesprächs betrachtet. Dabei deutet das Zitat darauf hin, dass der Arzt eine besondere Verantwortung darin sieht, die Patientinnen vor möglichen Reuegefühlen im Nachhinein zu schützen. Die wiederholte Betonung der Irreversibilität von ärztlicher Seite suggeriert, dass die Entscheidung gegen Kinder als außergewöhnlich und unnatürlich wahrgenommen wird und daher besonders gut durchdacht sein sollte. Dabei stehen jedoch nicht nur potenzielle Gefühle der Reue im Mittelpunkt, sondern auch das Reproduktionspotenzial der Frau. So sagt beispielsweise der befragte Arzt, „dass die Frau, wenn sie jetzt 25 ist, [...] ja mindestens noch 15 Jahre Kinder kriegen kann“ (Interview 8, Z. 64-65). Gleichzeitig bestehen von ärztlicher Seite keine Befürchtungen, sobald die Patientin aufgeklärt wurde:

*„Sobald eine Aufklärung da ist und [...] darauf aufgeschrieben ist, dass die Patientin über alles aufgeklärt wurde, über ihre Senilität, dann ihre Unterschrift vorliegt, dann haben wir als Ärzte keine Befürchtungen.“ (Interview 9, Z. 111-114)*

Nach einem umfassenden Aufklärungsgespräch mit den Patientinnen können sich die Ärzt\*innen also sicher sein, dass die Frau die Konsequenzen ihrer Entscheidung versteht und tragen kann. Die Aufklärung dient hier somit nicht nur als ein Mittel zur Informierung, sondern gilt auch als Absicherung für die Ärzt\*innen, um ihre Verantwortung zu begrenzen und mögliche Befürchtungen aus dem Weg zu räumen. Diese besondere Bedeutung der Aufklärung könnte auch darauf zurückzuführen sein, dass in der Vergangenheit mit der Sterilisation „sehr viel Missbrauch [...] getrieben worden ist“ (Interview 8, Z. 400), was zu mehr Vorsicht bei der Durchführung des Eingriffs führt.

Obwohl die Irreversibilität der Sterilisation mehrfach betont wird, weist die befragte Ärztin gleichzeitig darauf hin, dass die Möglichkeit einer Schwangerschaft weiterhin besteht, da die „Gebärmutter [...] doch nicht raus [ist]“ (Interview 9, Z. 172). Dies äußert sie auch im folgenden Ausschnitt:

*„Der Vorteil, also dieser Vorteil von dem Steri ist, dass trotzdem, wenn der Kinderwunsch weiterhin besteht, [...] das doch stattfinden kann, weil die Eierstöcke funktionieren ja. Und es gibt ja die künstliche Befruchtung.“ (Interview 9, Z. 46-50)*

Die zuvor stark betonte Endgültigkeit des Eingriffs wird hier relativiert, da sterilisierte Frauen weiterhin die Möglichkeit haben, mithilfe einer künstlichen Befruchtung schwanger zu werden. Das Reproduktionspotenzial der Frauen bleibt somit erhalten, auch wenn die natürliche Empfängnis nicht mehr möglich ist. Damit wird jedoch auch impliziert, dass ein zukünftiger Kinderwunsch bei den Patientinnen nicht ausgeschlossen ist. Dies spiegelt eine pronatalistische Perspektive wider, die die Fähigkeit, Kinder zu bekommen, als zentralen Bestandteil in der Lebensplanung einer Frau betrachtet (Correll, 2009). Somit stellt die Möglichkeit der künstlichen Befruchtung eine Art „Sicherheitsnetz“ dar, das die Entscheidung für eine Sterilisation als weniger endgültig erscheinen lässt.

Allgemein wird die Sterilisation aus ärztlicher Perspektive aus einer rationalistischen Perspektive betrachtet, bei der Kosten und Aufwand gegeneinander abgewogen werden, wie folgendes Zitat des Arztes verdeutlicht:

*„Und dann ist immer im Gespräch die Alternative, dass man den Partner unterbinden könnte. Das wäre günstiger und einfacher. Technisch viel einfacher, weil die Samenstränge liegen ja*

*außen. Es geht in örtlicher Betäubung, während eine Frau, die Frau, die sterilisiert werden muss, braucht man Vollnarkose und man muss in den Bauchraum rein. Das heißt, technisch ist das schon viel aufwendiger. Und das ist immer auch Teil des Gesprächs. Und wichtig ist dann auch, im Gespräch zu erfahren, gibt's irgendwelche Risiken, Voroperationen, so. Machen das Risiko natürlich größer.“ (Interview 8, Z. 18-24)*

Hier wird deutlich, dass der Arzt die Sterilisation vor allem als eine Verhütungsmethode betrachtet, bei der praktische und technische Aspekte wie Aufwand, Risiken und Kosten im Vordergrund stehen. Die Sterilisation des Mannes wird dabei als die einfachere und kostengünstigere Alternative dargestellt, da sie weniger invasiv ist und in örtlicher Betäubung durchgeführt werden kann. Auch die befragte Ärztin hebt hervor, dass „der Eingriff [beim Mann] deutlich weniger, also deutlich, deutlich kürzer ist“ (Interview 9, Z. 189-190), während „für die Frau ist [es] doch eine Operation“ (Interview 9, Z. 192). Diese Sichtweise deutet darauf hin, dass die Sterilisation nicht ausschließlich als individuelle Entscheidung der Frau betrachtet wird, sondern auch als Verhütungsmethode, die Paare gemeinsam abwägen sollten. Aus der ärztlichen Perspektive werden dabei die Rationalität und Effizienz der Entscheidung hervorgehoben, indem die technischen und finanziellen Unterschiede zwischen Mann und Frau bei einer Sterilisation in den Vordergrund gestellt werden. Allerdings spiegelt sich auch ein traditionelles Familienbild und patriarchale Strukturen wider, da die Entscheidung für eine Sterilisation bei Frauen in Abhängigkeit von dem Partner konstruiert wird.

### *7.1.2 Kriterien für eine Sterilisation*

Bei den Kriterien für eine Sterilisation bei Frauen richtet sich das medizinische Personal grundsätzlich an die gesetzlichen Vorgaben in Österreich, wie der befragte Arzt verdeutlicht:

*„Naja, die Kriterien sind, sie müssen, sie muss über 25 sein. Das ist, glaube ich sogar, das ist gesetzlich. [...] Und natürlich, das Kriterium ist, sie muss (.) geschäftsfähig sein.“ (Interview 8, Z. 44-47)*

Demnach muss die Frau mindestens 25 Jahre alt und geschäftsfähig sein. Mit „geschäftsfähig“ ist hier gemeint, dass die Frau in der Lage sein muss, eigenständig und bewusst Entscheidungen zu treffen. Außerdem wird von beiden Befragten, wie auch rechtlich vorgeschrieben, die Bedeutung der Einwilligung der Patientin hervorgehoben. Dies äußert beispielsweise die Ärztin in folgenden Gesprächsauszügen:

*„Also mit einer Steril macht sich der Arzt nicht strafbar, SOBALD diese Aufklärung vorliegt und die Patientin gut aufgeklärt worden ist.“ (Interview 9, Z. 121-122)*

*„Es ist, diese Person, meine Verantwortung, weil ich den Eingriff mache. Aber sie hat unterschrieben und ich habe sie gut aufgeklärt. Deshalb ist mir auch wichtig, dass ich die Patientinnen, die ich operiere, selber, also mit den, selber geredet habe.“ (Interview 9, Z. 337-339)*

Die rechtliche Absicherung des medizinischen Personals erfolgt somit durch eine umfassende Aufklärung und die schriftliche Einwilligung der Patientin. Doch die Aufklärung ist für die Ärzt\*innen nicht nur auf rechtlicher Ebene wichtig, sondern wird auch als zentraler Bestandteil der ärztlichen Verantwortung wahrgenommen. So legt die befragte Ärztin großen Wert darauf, vor der Operation selbst mit den Patientinnen gesprochen zu haben.

Allerdings spielt neben diesen formalen Kriterien auch das Alter der Frau eine zentrale Rolle. Dies zeigt sich insbesondere in folgendem Ausschnitt aus dem Gespräch mit der befragten Ärztin:

*„Also es hängt ja immer mehr oder weniger vom Alter ab. Das Vorgehen ist ja komplett anders bei einer Frau, die ja zum Beispiel Mitte 20 ist und noch keine Kinder hat und bei einer Frau, die Mitte 40 ist, bereits drei Kinder hat. Bei einer Frau, die Mitte 40 ist und drei Kinder hat, ist ja natürlich, das ist ja die Frau, [muss] die sowieso selber entscheiden und wir führen die Sterilisation sowieso durch.“ (Interview 9, Z. 11-14)*

Hier wird deutlich, dass das Alter sowie die Anzahl der Kinder das medizinische Verfahren maßgeblich beeinflussen. Während bei jüngeren Frauen ohne Kinder eine intensive Abwägung stattfindet, wird bei älteren Frauen mit Kindern die Entscheidung für eine Sterilisation weitgehend akzeptiert und erscheint auch nachvollziehbar. Inwiefern das Alter im Zugang zu einer Sterilisation eine Rolle spielt, wird anbei genauer erläutert:

*„Natürlich müssen wir immer aufklären, dass diese Entscheidung tatsächlich endgültig ist. Und wir müssen uns einfach. Da ist immer die Frage ‚Sind Sie sich absolut sicher?‘. Aber die Frauen sind dann in dem Fall so, weil sie da bei uns in der Ambulanz sind, dann tatsächlich sicher. Mit 25 ist das schon so eine andere Sache, weil letztendlich man als Arzt doch ziemlich deutlich aufklären soll. Okay, jetzt, die Zeiten ändern sich. Vielleicht ist [sie] jetzt Mitte 20 und hat keinen Kinderwunsch, aber vielleicht trifft sie jemanden mit Mitte 30 und hat doch einen Kinderwunsch. Da sind wir ziemlich streng und da sagen wir auch was, wenn und so weiter. Wenn sie aber dann trotzdem den Eindruck macht, dass sie entscheidungsfähig ist, dann wird die Sterilisation auch durchgeführt. Und es wird aber tatsächlich ausdrücklich auch auf dem*

*Aufklärungsblatt aufgeschrieben, dass die über alles Mögliche aufgeklärt worden ist. Genauso mit Mitte 40 oder 40, wenn wir sagen, ‚Okay, Sie haben jetzt drei gesunde Kinder, aber was ist, wenn zwei von denen verunglücken und Sie wollen doch ein zweites, drittes, [...] viertes Kind?‘. Dann sagt sie auch wieder ‚Ich bin mir sicher.‘, und dann. Also es geht. Wir spielen schon mit den verschiedenen Szenarios.“ (Interview 9, Z. 33-46)*

In diesem Zitat erscheint es so, als ob die Entscheidungsfähigkeit einer Frau an ihr Alter geknüpft ist. Dabei wird impliziert, dass jüngeren Frauen die „Tragweite des Eingriffs [...] nicht bewusst ist“ (Interview 8, Z. 137). Im Gegensatz dazu wird bei älteren Frauen mit Kindern die Entscheidung für eine Sterilisation als weniger problematisch angesehen. Hier scheint die Annahme zu bestehen, dass die Frauen aufgrund ihrer Lebenssituation ihre Entscheidung sicherer und bewusster treffen können. Die befragte Ärztin spielt dabei hypothetische Szenarien durch, um die Entschlossenheit der Patientinnen zu testen. In diesen Überlegungen lassen sich jedoch pronatalistische Narrative erkennen, die die Möglichkeit eines zukünftigen Kinderwunsches und die Bedeutung von Kindern für die Lebensgestaltung der Frauen besonders betonen. Dass neben dem Alter auch die Anzahl der Kinder von zentraler Bedeutung ist, wird ebenfalls in folgendem Interviewausschnitt deutlich:

*„Wenn [es] zum Beispiel eine junge Patientin ist, dann hole ich immer den Primar dazu. Letztendlich ist dann die Entscheidung, die letzte Entscheidung, seine, wenn die Patientin keine Kinder hatte und wirklich jung ist. [...] Auch eine mit Mitte 30, auch wenn die keine Kinder hat. Und dann. Und dann ist es meistens aber so, dass sobald er mit ihr geredet hat und er den Eindruck auch hatte, okay, es passt, dann passt es.“ (Interview 9, Z. 159-164)*

Bei Frauen ohne Kinder liegt die Entscheidung für eine Sterilisation laut der Aussage der Ärztin somit nicht allein bei der Patientin, sondern hängt auch von der Einschätzung des medizinischen Personals ab. So wird sowohl bei jüngeren als auch bei älteren Frauen ohne Kinder der Leiter der gynäkologischen Abteilung hinzugezogen, um die Durchführung der Operation zu ermöglichen. Dies deutet darauf hin, dass Frauen ohne Kinder als „außergewöhnlich“ oder „abweichend“ wahrgenommen werden, wodurch die Entscheidung für die behandelnde Ärztin nicht eindeutig erscheint. In diesen Fällen wird die Verantwortung an den Vorgesetzten weitergegeben, welcher hier als Einzelperson eine besondere Entscheidungsmacht für die gesamte Abteilung innehat. So gelten auch nach Aussage des befragten Arztes die vom Chefarzt oder Chefärztin festgelegten Kriterien verbindlich für die gesamte Abteilung.

Trotz dieser Differenzierung zwischen verschiedenen Gruppen von Frauen werden die Autonomie und Entscheidungsfreiheit der Frauen hervorgehoben. So betont die befragte Ärztin an anderer Stelle auch den freien Willen der Patientinnen:

*„Also im Prinzip ist das ihre Entscheidung und jeder darf selber entscheiden und über den eigenen Körper mehr oder weniger verfügen. Das ist einfach so.“* (Interview 9, Z. 116-117)

In diesem Ausschnitt unterstreicht die Ärztin, dass die Sterilisation als eine persönliche Entscheidung betrachtet wird, die von den Frauen selbst getroffen wird. Die Formulierung „mehr oder weniger“ impliziert jedoch, dass die Sterilisation von Frauen in bestimmten Fällen, wie zum Beispiel bei jüngeren Frauen ohne Kinder, zusätzliche Anforderungen oder Hürden von dem medizinischen Personal voraussetzt. Diese Ambivalenz zwischen der theoretischen Betonung der Autonomie und der praktischen Einschränkung durch zusätzliche Kriterien wirft die Frage auf, inwiefern der Zugang zur freiwilligen Sterilisation tatsächlich autonom ist. So wird hier einerseits ein Ideal der Selbstbestimmung konstruiert, während andererseits dieses Ideal in der Praxis nicht immer uneingeschränkt umgesetzt wird. Auch der befragte Arzt betont die Entscheidungsfreiheit und Autonomie der Frau:

*„Naja, das geht uns nichts an. (...) Weiß nicht, wird Mann gefragt, wenn er sich sterilisieren lässt, wie viele Kinder er schon gezeugt hat? (.) Ich glaube nicht.“* (Interview 8, Z. 132-133)

Der befragte Arzt sieht es also nicht in seiner Verantwortung, die Entscheidung der Frau zu hinterfragen. Indem er Frauen direkt mit Männern vergleicht, stellt er hier auch gesellschaftliche Normen und die unterschiedliche Behandlung aufgrund des Geschlechts infrage.

Ob nun eine freiwillige Sterilisation bei einer Frau durchgeführt wird, hängt von der individuellen Einschätzung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes ab. Wie diese Einschätzung erfolgt, erläutert die befragte Ärztin anbei näher:

*„Ja, das ist im Prinzip mehr oder weniger Bilddiagnose und das Empfinden von dem Arzt gegenüber der Patientin ist nicht, nicht viel mehr. Also es gibt jetzt keine psychiatrische Konsiliaruntersuchung, dass die uns dann sagen, ‚Okay, die ist absolut zurechnungsfähig und das darf sie entscheiden‘. Nein. Also das ist allein unsere Einschätzung.“* (Interview 9, Z. 71-74)

Die Gynäkolog\*innen im Krankenhaus sind somit nicht nur für die Durchführung der Operation zuständig, sondern treffen auch die Entscheidung, ob eine Sterilisation vorgenommen wird oder nicht. Diese Entscheidung beruht dabei allein auf der subjektiven Einschätzung der

behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes. Dabei spiegelt sich in dem Zitat auch eine paternalistische Haltung wider. So werden die Patientinnen nicht als autonome Subjekte anerkannt, sondern deren Zurechnungsfähigkeit muss erst beurteilt werden. Wie die Beurteilung hierzu erfolgt, wird im Folgenden von der befragten Ärztin näher beschrieben:

*„Zum Beispiel mit diesen Fragen nach, wie sicher sie sich ist. Dann kann man relativ schnell einordnen, wie sicher sie sich wirklich ist. Und dann fragen wir auch nach den Gründen, wieso sie jetzt mit Mitte 20, keine. Wenn sie uns dann eine gute Antwort gibt, [...] dann stimmen wir auch zu. Meistens stimmen wir ja zu. [...] Schlechte Antworten wären ja zum Beispiel, wenn sie sich. Ja zu dem Zeitpunkt kann sie sich jetzt nicht vorstellen, dass sie ein Kind hat. Dann ist es natürlich so, dass sie dann drauf und dran denken, okay, zu dem Zeitpunkt kann sie sich das nicht vorstellen, aber in fünf Jahren, zu dem Zeitpunkt ist es gut, wenn sie das nicht sagt. Also sie soll tatsächlich sagen, dass sie das wirklich sehr gut überlegt und der Kinderwunsch ist absolut für sie abgeschlossen. Und selbst wenn sie dann in zehn Jahren jemanden trifft, will sie das wirklich nicht.“ (Interview 9, Z. 77-95)*

Die Entscheidung, ob eine Sterilisation durchgeführt wird, hängt demnach stark von der Überzeugungskraft der Patientin ab. Die behandelnden Ärzt\*innen stellen dafür gezielte Fragen, um die Sicherheit und Entschlossenheit der Frau zu beurteilen. Dabei wird erwartet, dass die Patientin versichern kann, dass sich in Zukunft auch unter veränderten Lebensumständen, wie beispielsweise einer neuen Beziehung, kein Kinderwunsch entwickeln wird. Die Beurteilung erfolgt somit nicht nur auf Grundlage der geäußerten Gründe, sondern auch anhand der Art und Weise, *wie* die Patientin ihre Entscheidung präsentiert. Antworten, die Unsicherheit oder eine mögliche Veränderung der Einstellung in der Zukunft andeuten, werden als „schlecht“ bewertet und können dazu führen, dass die Sterilisation abgelehnt wird. Der Zugang zu einer Sterilisation hängt somit auch erheblich von der subjektiven Wahrnehmung und Interpretation der Ärzt\*innen ab. Der befragte Arzt würde eine Sterilisation jedoch nur dann verweigern, wenn „das Operationsrisiko zu hoch ist zum Beispiel [und] wenn eine Frau mehrfach voroperiert ist“ (Interview 8, Z. 183-185). Als weiteren Grund nennt er die begrenzten Operationskapazitäten, die jedoch auf strukturelle Herausforderungen im Krankenhaus zurückzuführen sind. Für ihn gab es in der Vergangenheit bei Frauen mit Sterilisationswunsch kaum Anlass, die Entscheidung infrage zu stellen:

*„Das ist die Kunst zu erkennen, als Operateur oder als Chef einer Abteilung. Zu erkennen, wann du nicht operieren sollst. Aber das ist doch ganz was anderes. Bei der Sterilisation ist das ganz was anderes, weil die Frauen kommen mit einer klaren Vorstellung. Die sind strukturiert. Das kann man wirklich verallgemeinern, was ich selten, ich tue ja nicht gern verallgemeinern, aber*

*bei diesen Frauen, die, die haben sich das [überlegt]. Ja, ich kann mich jetzt wirklich nicht erinnern, dass wir mal bei irgendeinem Fall in den letzten Jahren. (...) Wahrscheinlich kann ich mich eben nicht an alles erinnern. Bin auch schon ein bisschen verkalkt, aber es ist jetzt nicht so, dass das, dass das jetzt so ein Thema wäre.“ (Interview 9, Z. 152-159)*

Der befragte Arzt nimmt Frauen, die eine Sterilisation wünschen, in der Regel als gut vorbereitet und entschlossen wahr. So beschreibt er diese als strukturiert und klar in ihrer Entscheidung. Während die Aussagen der befragten Ärztin darauf hindeuten, dass sie den Patientinnen eher kritisch entgegentritt, scheint der befragte Arzt die Autonomie der Frauen aufgrund ihres sicheren Auftretens weitgehend anzuerkennen. Zwar äußert er eine gewisse Unsicherheit hinsichtlich der Entscheidung der Frauen, da „kein Mensch weiß, ob sie mit dem Partner in zehn Jahren noch beieinander ist“ (Interview 8, Z. 67), aber betont im Gespräch auch mehrfach: „Die [Beweggründe] gehen mich nichts an“ (Interview 8, Z. 61). Auch die befragte Ärztin hebt im Interview wiederholt hervor, dass „die Entscheidung [...] die Frau [trifft]“ (Interview 9, Z. 136) bzw. „das entscheidet die Familie selber“ (Interview 9, Z. 193). Gleichzeitig äußert sie, dass sie bestimmte Beweggründe für eine Sterilisation besser nachvollziehen kann als andere:

*„Und die meisten Frauen sind schon so, dass sie wirklich abgeschlossenen Kinderwunsch haben. Und das kann, das können wir natürlich auch verstehen. Das verstehe ich ja auch als Frau. Wenn ich keine Kinder mehr will, dann verhütet man sowieso mit Spirale oder mit Hormone. Und wenn sie dann sagt, okay, sie verträgt die Hormone nicht und dann, dann passt es ja. [...] Manche können es natürlich nicht verstehen, wenn die jung sind. Das verstehe ich ja selber auch nicht. Ich weiß selber, wie schön es ist, ein Kind zu haben. Aber trotzdem. Das, das entscheiden die halt selber und du kannst das. Man kann das nicht ändern.“ (Interview 9, Z. 348-357)*

Hier wird deutlich, dass bei Frauen mit einem abgeschlossenen Kinderwunsch Verständnis für deren Entscheidung für eine Sterilisation gezeigt wird. Umgekehrt kann die befragte Ärztin aufgrund ihrer eigenen Lebenssituation es weniger nachvollziehen, wenn junge Frauen ohne Kinder den Wunsch nach einer Sterilisation äußern. Dabei fließt ihre eigene Perspektive als Frau und Mutter in die Bewertung der Beweggründe mit ein. Dennoch erkennt sie an, dass die Entscheidung letztlich bei den Patientinnen selbst liegt und von ihr nicht verändert werden kann.

Zusammenfassend zeigt sich in beiden Interviews eine gewisse Ambivalenz. Während sowohl die befragte Ärztin als auch der befragte Arzt die Entscheidungsautonomie der Frauen mehrfach

betonen, zeigen sich gleichzeitig auch paternalistische Haltungen, da die Entscheidungs- und Zurechnungsfähigkeit zunächst geprüft und bewertet werden muss. Die Kriterien für eine Sterilisation bei Frauen sind somit nicht nur an rechtliche Vorgaben gebunden, sondern werden auch erheblich von persönlichen Werten und dem Einschätzungsvermögen der behandelnden Ärzt\*innen beeinflusst. Der Zugang zu einer freiwilligen Sterilisation basiert somit nicht ausschließlich auf der Selbstbestimmung der Patientinnen, sondern ist auch abhängig von deren Überzeugungskraft, Alter sowie familiären Situation. Auf deren Perspektiven und Erfahrungen wird im nächsten Kapitel näher eingegangen.

## 7.2 Idealtypen

Obwohl die Realität der interviewten Frauen äußerst komplex und vielschichtig ist, wie sich in den kommenden Interviewausschnitten zeigen wird, ließen sich dennoch zentrale Themen identifizieren, die alle Frauen in ihrem Prozess zur Sterilisation begleitet haben. Auf Basis der Interviews wurden für die jeweiligen Themen Idealtypen entwickelt. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass sich die idealtypischen Zuschreibungen bei einer Person auch überschneiden können. Eine Interviewpartnerin kann demnach mehreren Typen innerhalb eines Themengebiets zugeordnet werden. Im Folgenden werden nun die rekonstruierten Idealtypen entlang der Themen Bedeutung der Sterilisation, soziales Umfeld und zuletzt Zugang zur Sterilisation vorgestellt.

### 7.2.1 *Bedeutung der Sterilisation*

Der Sterilisation wurde von den Interviewpartnerinnen unterschiedliche Bedeutungen beigemessen. Es haben sich aus den Interviews drei idealtypische Bedeutungszuschreibungen identifizieren lassen, welche im Folgenden näher erläutert werden.

#### **Sterilisation als pragmatische Verhütungsmethode**

Für viele der Interviewpartnerinnen stellt die Sterilisation eine kosteneffiziente und dauerhafte Verhütungsmethode dar. Dies zeigt sich beispielsweise in folgender Aussage von Alina:

*„Und eigentlich, also so ich sage mal Preis-Leistung, wo man weiß, dass man keine Kinder haben will, ist Sterilisation ziemlich unschlagbar. Ich meine, natürlich hat eine Operation Risiken, aber (...) die haben die anderen Verhütungsmethoden auch.“ (Interview 1, Z. 56-59)*

In diesem Interviewausschnitt wird deutlich, dass für Alina die Vorteile einer Sterilisation überwiegen, da sie langfristig keine weiteren Kosten oder Risiken durch andere Verhütungsmethoden tragen muss. Sie sieht den Eingriff als eine einmalige Investition, der ihr nicht nur finanzielle, sondern auch praktische Vorteile bietet. Diese Bedeutungszuschreibung ist somit vor allem durch eine rationale Abwägung von Kosten und Nutzen geprägt. Dabei steht insbesondere die funktionale Dimension im Vordergrund.

Auch Clara beschreibt die Sterilisation als eine praktische Verhütungsmethode, da sie sich bereits in jungen Jahren sicher war, dass sie keine Kinder bekommen möchte und andere Verhütungsmethoden nicht gut vertragen hatte. Die Sterilisation war für sie daher ein sinnvoller Ausweg, um auf andere Verhütungsmethoden verzichten zu können:

*„Ich wollte halt einfach nie Kinder haben und dachte, okay, hab mit 15 halt normal mit der Pille angefangen. Und ich habe mir halt immer relativ schwergetan, weil ich ja sowieso mit der Psyche Probleme hab, und da halt auch nie wirklich stabil war [...] und dann die Pille dann noch dazu zu nehmen. Es war halt nicht so cool. [...] Ich habe dann irgendwann mal eine gefunden, die dann ganz gut funktioniert hat. Aber das, jeden Tag dran denken und Spirale war halt, also Hormonspirale war sowieso nie ein Thema. Und Kupfer. Da war meine Frauenärztin immer ein bisschen vorsichtig. Und ich hab dann eh schon mal bei ihr gesagt so, ja, keine Ahnung, da war ich 19 oder so, „Ja, eigentlich könnte man das ja gleich durchschneiden, weil brauche ich ja nicht mehr.“ (Interview 3, Z. 49-59)*

In diesem Auszug erläutert Clara, dass sie in der Vergangenheit insbesondere Schwierigkeiten mit der Pille hatte. Da andere Verhütungsmethoden wie die Hormon- oder Kupferspirale keine Option für sie darstellten, war die Sterilisation für sie eine sinnvolle Alternative, um auf temporäre Verhütungsmethoden verzichten zu können. Dass die Sterilisation eine verlässliche Alternative zu hormonellen Verhütungsmethoden bedeutet, äußert auch Denise im folgenden Ausschnitt:

*„Und ich hab mich dann eigentlich wirklich dazu entschieden, ziemlich bald, ja Sterilisation ist eigentlich das Richtige für mich, weil das halt nichts Hormonelles ist und ich mag, wollte nichts Hormonelles. Keine hormonelle Verhütungsmethode. Und weil das einfach wirklich fix ist.“ (Interview 4, Z. 55-58)*

Dieser Idealtyp zeichnet sich also zusammenfassend dadurch aus, dass die Sterilisation als pragmatische Verhütungsmethode betrachtet wird. Frauen, die der Sterilisation diese idealtypische Bedeutung zuschreiben, sehen in der Sterilisation eine langfristige und effektive Lösung, um eine ungewollte Schwangerschaft dauerhaft zu vermeiden. Diese Sichtweise ist vor allem durch eine funktionale und rationale Herangehensweise charakterisiert, bei der die Sterilisation als praktische und zuverlässige Option im Vergleich zu anderen Verhütungsmethoden hervorgehoben wird.

### **Sterilisation als Befreiung vom reproduktiven Risiko**

Eine weitere Bedeutungszuschreibung der Sterilisation bildet die Befreiung vom reproduktiven Risiko, ungewollt schwanger zu werden. Frauen berichten hier, dass sie vor der Sterilisation von einer ständigen Sorge begleitet wurden, die ihr Leben stark belastete und „die Lebensplanung in so vielen Aspekten eingeschränkt [hat]“ (Interview 5, Z. 177-178). So beschreibt zum Beispiel Denise, dass sie vor der Sterilisation eine große „Angst [...] davor, schwanger zu werden“ (Interview 4, Z. 234) empfand. Auch Emily betont, dass „die Angst vor einer Schwangerschaft wirklich Angstzustände“ (Interview 5, Z. 456-457) ausgelöst hat und sie daher „wollte, dass es vorbei ist“ (Interview 5, Z. 87). Dies äußert Clara in folgendem Erzählausschnitt auch ausführlicher:

*„Ich habe mich eigentlich mehr gefreut drauf, wenn ich dann den Termin habe und es hinter mir habe. [...] Ich hab IMMER extreme Angst gehabt, schwanger zu werden. Also wenn [...] meine Tage zwei Tage zu spät waren, dann bin ich schon durchgedreht und hab mir fünf Schwangerschaftstests gekauft und die alle gemacht, weil einfach [...] die Vorstellung, schwanger zu werden für mich so schlimm war [...]. Und deswegen habe ich mich eigentlich auf den Termin gefreut und mir gedacht, endlich ist das Thema, schwanger zu werden, vorbei und ich muss mir nicht mehr, wenn meine Periode einen Tag zu spät ist, voll Drama machen. [...] Dass dann ein Kind da ist. [...]. Ich hab dann halt auch immer Angst gehabt, weil klar, abtreiben geht ja. Aber ich hab dann immer Angst gehabt so, scheiße und was passiert, wenn ich jetzt meine eigene Schwangerschaft erst so spät checke, dass ich nicht mehr abtreiben KANN? [...] Und dann dasitze mit einem Kind, das ich NICHT will. Das war für mich das Schlimmste, dass ich, keine Ahnung, in der Situation gefangen bin, die ich halt einfach nicht haben möchte. [...]“ (Interview 3, Z. 404-421)*

Hier kommen Claras langanhaltende Panikzustände vor der Sterilisation sehr deutlich zum Vorschein, welche auch von anderen befragten Frauen erlebt wurden. Ihre größte Angst war es,

in eine Situation zu geraten, in der sie ungewollt schwanger wird und eventuell keine Möglichkeit mehr hat, die Schwangerschaft abzubrechen. Diese Angst teilt auch Emily:

*„dann reagiere ich völlig über für drei Tage, für eine Woche, solange sich meine Periode verzögert, die sich stressbedingt dann halt noch weiter verzögert. [...] Mal jetzt von der intuitiven Angst, schwanger zu sein, gar nicht zu sprechen. [...] Die [...] Schwangerschaft selbst, wenn ich jetzt rausgefunden hätte, ich wäre schwanger, hätte für mich immer in einem Schwangerschaftsabbruch geendet. Der eigentliche Schwangerschaftsabbruch wär für mich überhaupt kein Thema gewesen. Es ist der Weg dahin. Es ist zu welcher Anlaufstelle gehe ich? Bei welcher Frauenärztin melde ich mich? Was, wenn meine Frauenärztin gegen Schwangerschaftsabbrüche ist? Was ist, wenn die oder der Rezeptionist hinter der Theke von der Klinik gegen Schwangerschaftsabbrüche ist? Was ist, wenn mir Informationen absichtlich enthalten werden? Was ist, wenn ich an jemanden gerate, dessen Mission es nicht ist, mich aufzuklären, sondern dessen Mission es ist, mir zu sagen, dass ein Schwangerschaftsabbruch nichts Gutes für mich ist, weil die persönlich diese Entscheidung nicht befürworten? Was ist, wenn ich aufgrund meiner unregelmäßigen Periode das Fenster vermisste, wo ich einen Schwangerschaftsabbruch noch durchführen lassen kann? Und dieser ganze Aufbau der Angst davon, dass mein Leben wegen einem unregelmäßigen Zyklus auf einmal in eine ganz, ganz andere Richtung geht, die ist es, die mich zur Sterilisation bewegt hat und nicht eben diese Bequemlichkeit, dass ich [...] nicht mehr anders verhüten muss.“ (Interview 5, Z. 175-192)*

Hier grenzt sich Emily besonders von der Bedeutungszuschreibung der Sterilisation als reine Verhütungsmethode ab, die aus „Bequemlichkeitsgründen“ gewählt wurde. Stattdessen waren die Frauen hier von einer langanhaltenden Angst begleitet, die eine große Belastung im Alltag darstellte. Während bei Clara vor allem die Angst vor einer ungewollten Schwangerschaft und einem daraus resultierenden ungewollten Kind im Vordergrund steht, sind für Emily und Denise „auch die Schwangerschaft generell“ (Interview 4, Z. 235-236) eine angsterfüllte Vorstellung gewesen. Die Frauen teilen jedoch die Sorge, ihre reproduktive Autonomie nicht vollständig ausüben zu können. So sehen sie die Möglichkeiten für eine Abtreibung als begrenzt an, wobei Denise darüber hinaus befürchtet, dass man aufgrund der politischen Lage „sich [in Zukunft] dann gar nicht mehr sterilisieren lassen [darf]“ (Interview 4, Z. 159). Diese Angst teilt auch Emily, die aufgrund von „derzeitigen politischen Entwicklungen [...] sehr erleichtert [ist]“ (Interview 5, Z. 64-66), bereits sterilisiert zu sein.

Für Frauen, die der Sterilisation diese Bedeutung zuschreiben, war die Gefahr einer ungewollten Schwangerschaft mit großer Angst und Belastung verbunden. Das Gefühl nach der Sterilisation wird daher als „befreiend“ (Interview 5, Z. 856) beschrieben. Mit dem

wiederholten Betonen ihrer Vorfreude auf den Operationstermin verdeutlicht auch Clara, dass die Sterilisation für sie eine Befreiung von dieser anhaltenden Belastung darstellt. Ebenso bei Emily hat sich die Vorfreude besonders geäußert, wie sie im Folgenden beschreibt:

*„Und ich kann mich noch erinnern, als sie mich, ich bin auf dem Krankenbett gelegen und sie haben mich in diesen Saal reingeführt. Und ich musste einfach nur lachen vor lauter Erleichterung, vor lauter Vorfreude. Und weil ich gewusst habe, ich schlafe jetzt ein, ich wache auf und es ist für immer erledigt.“* (Interview 5, Z. 132-135)

Das Lachen vor ihrem Operationstermin verdeutlicht die große Erleichterung, die Emily durch ihre Sterilisation verspürt hat. Dabei bringt sie auch die bisherige Diskrepanz zwischen ihrer biologischen Reproduktionsfähigkeit und ihrer persönlichen Lebensvorstellung zum Ausdruck, welche sie mithilfe der Sterilisation überwinden konnte.

Bei dieser idealtypischen Bedeutungszuschreibung symbolisiert die Sterilisation somit nicht nur eine Verhütungsmethode zur Vermeidung einer ungewollten Schwangerschaft, sondern auch ein entscheidender Schritt, um ein Gefühl von Kontrolle und Selbstbestimmung über den eigenen Körper und das eigene Leben zurückzugewinnen. Die Frauen haben vor ihrer Sterilisation unter Angst- und Panikzuständen gelitten, weswegen der Eingriff für sie eine Erleichterung darstellt. Zudem berichten Frauen wie Emily und Felicitas auch von körperlichen Entlastungen wie beispielsweise geringere Periodenschmerzen. Die Sterilisation ist somit nicht nur eine Erleichterung auf psychischer, sondern auch auf körperlicher Ebene.

### **Sterilisation als identitätsstiftende Abgrenzung von normativer Weiblichkeit**

Eine weitere idealtypische Bedeutungszuschreibung, die in der Datenauswertung identifiziert wurde, ist die Sterilisation als identitätsstiftende Abgrenzung von normativer Weiblichkeit. Dies zeigt sich besonders deutlich bei Emily, welche sich bewusst von der gesellschaftlichen Erwartung distanziert, dass Frausein untrennbar mit Mutterschaft verbunden sei. Dabei grenzt sie sich sehr klar von denjenigen ab, die die Sterilisation lediglich als eine Verhütungsmethode betrachten:

*„Die Sterilisation ist bestimmt bei vielen der Wunsch einer permanenten Verhütung. Bei mir war der erste Grund wirklich Selbstbestimmung. Ich identifiziere mich nicht mit dem Muttersein. Ich bin das Leid, das mir an sehr vielen Ecken des Lebens aufgedrückt wird, du wirst deine Meinung eines Tages ändern, was ja immer noch geschieht, weil ich habe kein Aushängeschild mit ‚Hey, ich bin steril‘.“* (Interview 5, Z. 166-169)

Für Emily stellt die Sterilisation eine Abwehr gegen die gesellschaftliche Verknüpfung von Frausein und Mutterschaft dar. Sie beschreibt, wie sie in ihrem Leben immer wieder mit der Erwartung konfrontiert wurde, Mutter zu werden. Die Sterilisation bedeutet für sie ein Ausweg, sich von dieser normativen Erwartungshaltung zu lösen und ihre Identität als Frau unabhängig von der Mutterrolle zu definieren. So beschreibt auch Gabriella, dass sie „diese Tür [zum Mutter sein] schließen [möchte], die [sie] nie haben wollte“ (Interview 7, Z. 103). Dabei ist die Sterilisation für Emily nicht nur auf symbolischer Ebene identitätsstiftend, sondern auch auf körperlicher Ebene, wie sie anbei erläutert:

*„Es war eine grundlegende Abwehr nicht nur dem Muttersein gegenüber, sondern auch dem Gefühl, dass ich ein Kind austrage, dass ich eine Schwangerschaft durchgehe, dass etwas in mir wächst, löst Unwohlsein in mir aus. [...] also ich weiß, dass Sterilisation als Verhütungsmethode betrachtet wird in sehr, sehr vielen Fällen. Gibt natürlich auch medizinische Gründe. Bei mir war aber wirklich der Hauptgrund einfach, ich will steril sein und nicht, dass ich es als Verhütungsmethode oder Sonstiges benutze. Ich will die Fähigkeit nicht haben, Kinder auszutragen.“* (Interview 5, Z. 56-62)

Mit der Sterilisation distanziert sich Emily somit nicht nur von gesellschaftlichen Normen und Erwartungen an sie als Frau, sondern lehnt auch ihre körperliche Funktion des Gebärens ab. So wünscht sie sich einen sterilen Körper, der nicht in der Lage ist, ein Kind auszutragen. Dies begründet sie mit den potenziellen Veränderungen und Erfahrungen ihres Körpers durch eine Schwangerschaft, welche sie nicht nur als „ziemlich traumatisch“ (Interview 5, Z. 205) bezeichnet, sondern auch „nie wieder zurücknehmen [könnte]“ (Interview 5, Z. 206). Diese Bedeutungszuschreibung hat für sie jedoch keinen Einfluss auf ihre Identität als Frau:

*„Es ist für mich eine ganz separate Sache. Ich verstehe, wieso es für sehr viele ein sehr markanter Punkt in ihrer Weiblichkeit ist. Ich verstehe, dass Frausein, dass Muttersein für sie etwas sehr Besonderes ist. Aber es ist für mich einfach kein essenzieller Teil vom Frausein. Ich glaube, ich bin genauso Frau, wenn ich älter werde, ohne Kinder, mit einem Partner, mit einer Partnerin. Ich glaube, ich bin genauso Frau, wenn ich alleine alt werde. Ich werde genauso Frau sein, wenn ich das Klischee erfülle von einer 70-Jährigen, die mit ihren zwei Katzen alleine in einer kleinen Wohnung lebt.“* (Interview 5, Z. 218-224)

Emily betrachtet ihre Identität als Frau unabhängig von ihrer Reproduktionsfähigkeit oder der Rolle als Mutter. Die Sterilisation ist für sie dabei nicht nur ein Ausdruck von Selbstbestimmung, sondern auch ein identitätsstiftender Akt, der es ihr ermöglicht, sich bewusst von normativen Vorstellungen von Weiblichkeit abzugrenzen. Dabei ist ihre

„Geschlechtsidentität [...] nichts kompliziertes“ (Interview 5, Z. 237), sondern sie ist „halt eine Cis-Frau, die nicht schwanger werden will“ (Interview 5, Z. 238-239). Während laut ihrer Aussage Mutterschaft „ein integraler Part von [der] Identität [vieler Frauen]“ (Interview 5, Z. 228-229) darstellt, kann sie sich nicht mit dieser Vorstellung identifizieren. Dies beschreibt auch Felicitas in folgendem Interviewausschnitt:

*„Ähm sich sterilisieren zu lassen, fühlt sich nicht an, als ob man seine Weiblichkeit verliert. Weil viele das mit Weiblichkeit verbinden. Ähm man bleibt die gleiche Person. Ähm man ist nur, wenn man es möchte, nicht weil man gezwungen ist natürlich, wenn man es möchte, man ist freier. (.) Also dieses (.), ich dachte, dass es auch so ein bisschen [...] eben eventuell mir etwas von meiner Weiblichkeit nimmt. Aber ähm Weiblichkeit ist ja in der Definition sehr vieles. Und das muss eben nicht Mutterschaft sein.“* (Interview 6, Z. 863-868)

Obwohl Felicitas aufgrund gesellschaftlicher Normen zunächst befürchtete, durch die Sterilisation einen Teil ihrer Weiblichkeit zu verlieren, stellte diese letztlich für sie einen Ausdruck von Freiheit und Selbstbestimmung dar. So betont sie auch, dass Weiblichkeit „ja so vielfältig [ist]“ (Interview 6, Z. 891-892) und nicht lediglich auf Mutterschaft reduziert werden kann. Die Sterilisation hat für sie somit nicht ihre Identität als Frau infrage gestellt, sondern ihr „Leben [...] in die richtigen Bahnen gelenkt“ (Interview 6, Z. 670) An anderer Stelle im Interview führt Felicitas weiter aus, was sie unter Weiblichkeit versteht:

*„Man kann Weiblichkeit auch mit Stärke definieren. Man kann Weiblichkeit äh mit Vernetzung, mit Unterstützung, mit ähm einem Miteinander definieren und nicht mit dem Gegeneinander. [...] Es, ich erlebe Weiblichkeit so, dass, das man wirklich füreinander da ist. Das hat jetzt eigentlich nichts mit Reproduktion zu tun.“* (Interview 6, Z. 910-913)

Felicitas versteht ihre weibliche Identität somit unabhängig von Reproduktion. Ihre Aussagen verdeutlichen, dass sie sich bewusst von gesellschaftlichen Normen abgrenzt, die Weiblichkeit mit Mutterschaft gleichsetzen. Ihre Definition von Weiblichkeit lässt dabei Raum für unterschiedliche Lebensentwürfe von Frauen.

Emily betont zudem, dass sie die Sterilisation „für [sich selbst] gemacht [hat]“ (Interview 5, Z. 726). Die von medizinischem Personal oft vorgeschlagene Alternative, dass ihr Partner eine Vasektomie vornehmen lassen könnte, stellte für sie daher keine Option anstelle ihrer eigenen Sterilisation dar:

*„Und es kam auch die Frage, wieso mein Partner keine Vasektomie vornehmen lässt. Was nicht nur meinen eigentlichen Wunsch völlig verfehlt, sondern was ist denn, wenn der jetzt sagt, er*

*weiß nicht, ob er Kinder kriegen will und wieso, ich meine ja, eine Vasektomie ist auch reversibel, aber wieso soll ich die Verantwortung auf ihn abgeben? Und auch wieso kommt von meiner Ärztin jetzt diese Haltung, dass mein Wunsch, nicht Mutter zu werden, wieder auf der Entscheidung von einem Mann liegen soll?“ (Interview 5, Z. 860-865)*

Da die Sterilisation für Emily einen identitätsstiftenden Wert hat, dient sie nicht lediglich als pragmatische Verhütungsmethode und ist entsprechend auch nicht von ihrem Partner abhängig, sondern eine individuelle Entscheidung. Dies hebt auch Belinda in folgendem Interviewauszug hervor:

*„Also für mich war einfach klar, ich hab so das Gefühl gehabt (..), das klingt jetzt vielleicht ein bisschen hochgestochen oder anmaßend. So vom Gefühl von mir her könnte ich vorstellen, dass das das gleiche Gefühl ist, wenn eine Person im falschen Körper geboren ist, hab ich das Gefühl gehabt, für mich persönlich ist es so falsch, dass ich mich fortpflanzen kann. [...] Also ich weiß nicht, ob es so ist, aber so vom Gefühl her ist das komplett gewesen, das ist falsch, dass ich das machen kann. Dass ich die Möglichkeit habe, Kinder zu kriegen. [...] Was bei mir auch noch ein großer Punkt ist. Ich glaub, dass ich asexuell bin und bei mir eigentlich das ganze Thema, jetzt auch eine Beziehung, für mich überhaupt nicht wichtig ist und ich zum Beispiel nicht weiß, ob ich jemals wieder in einer Beziehung bin. (..) Das weiß ich auch vom Verstand her, aber das Gefühl war, ich MUSS das für mein Leben entscheiden trotzdem. Also ich muss, auch wenn es irgendwann wieder zu einer Beziehung geht, muss das schon erledigt sein. [...] Vom Kopf her irgendwie auch irre gewesen, aber das war so ein innerer Drang, das durchführen zu lassen. [...] Auch nicht unbedingt biologisch, weil eigentlich wenn man keinen Sex hat, braucht man es auch nicht, aber [...]. Das war wichtig für mich, dass das gemacht wird.“ (Interview 2, Z. 605-623)*

Belinda beschreibt die Sterilisation hier als eine persönliche Entscheidung, die für ihre körperliche Identität von großer Bedeutung war. So empfindet sie es als grundlegend falsch, biologisch in der Lage zu sein, Kinder zu gebären. Ihr Entschluss ist dabei unabhängig von ihrem Sexleben, weswegen die Sterilisation für sie nicht lediglich eine Verhütungsmethode oder praktische Maßnahme darstellt, sondern auf dem Wunsch basiert, ihre Identität und ihr körperliches Selbstverständnis in Einklang zu bringen. Emily hebt zudem hervor, dass die Sterilisation nicht nur identitätsstiftend auf individueller und körperlicher Ebene ist, sondern ihre Entscheidung spiegelt auch ihre gesellschaftskritische Haltung wider:

*„Vielleicht kommt ein Teil von der gesellschaftlichen Ablehnung auch davon, dass ich eben kein potenzieller Brutkasten mehr bin für irgendeinen Mann, der seine Blutlinie weiterführen will.“ (Interview 5, Z. 963-965)*

Durch die Sterilisation lehnt Emily die gesellschaftliche Reduktion ihres Körpers auf seine Reproduktionsfunktion ab, welche in patriarchale und kapitalistische Strukturen eingebettet ist. So bezeichnet auch Felicitas das gesellschaftliche Bild von Frauen als „Gebärmaschinen [...] mit Haaren“ (Interview 6, Z. 55). Statt sich über ihre Gebärfähigkeit definieren zu lassen, gestalten sie ihre Identität als Frau unabhängig von Mutterschaft und ihrer Reproduktionsfähigkeit. Bei diesem Idealtyp geht somit die Bedeutung der Sterilisation über die rein funktionale Ebene der Verhütung hinaus. Dabei stellt der Eingriff auch nicht nur eine Entlastung von dem Risiko, schwanger zu werden, dar, sondern ist ein wichtiger Schritt für die eigene körperliche Identität. Für Frauen wie Belinda und Emily wird der Eingriff zu einem Mittel, sich von gesellschaftlichen Normen zu emanzipieren und ihre weibliche und körperliche Identität neu zu definieren.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Sterilisation für die Interviewpartnerinnen unterschiedliche Bedeutungen hat, wobei sich in allen Idealtypen die Sterilisation als Ausdruck von körperlicher Autonomie widerspiegelt. So spielt in jedem der Idealtypen die Möglichkeit, eine selbstbestimmte und eigenständige Entscheidung über den eigenen Körper treffen zu können, eine zentrale Rolle. Beispielsweise Alina äußert in folgendem Ausschnitt, dass die Sterilisation für sie mit einem Gefühl von Selbstbestimmung und Erleichterung verbunden ist:

*„Ähm also für mich war die Erfahrung sehr gut. [...] also zumindest nach der Operation, das Gefühl, dass man selbstbestimmt eine Entscheidung für sich getroffen hat, das ist ein sehr gutes Gefühl, dass man sich um das ganze Verhütungsthema keine Gedanken mehr machen muss. Das nimmt auch mal viel Druck irgendwie weg.“* (Interview 1, Z. 302-305)

Für Alina bedeutet die Sterilisation nicht nur den Abschluss eines langen Prozesses der Auseinandersetzung mit verschiedenen Verhütungsmethoden, sondern auch eine Entlastung in ihrem Alltag. Der Eingriff befreit sie von der ständigen Sorge um Verhütung, die in der Vergangenheit bei ihr Druck ausgelöst hat. Die Sterilisation bedeutet somit nicht nur eine selbstbestimmte Entscheidung, sondern stellt auch ein Gefühl von Kontrolle und Freiheit her. Diesen symbolischen Wert teilen auch die anderen Interviewpartnerinnen. So bezeichnet Denise die Sterilisation auch als „ein großes Geburtstagsgeschenk an [sich] selber (Interview 4, Z. 127). Diese Ansicht teilen jedoch nicht alle Menschen. Im nächsten Kapitel wird anhand weiterer Idealtypen gezeigt, wie unterschiedlich die Reaktionen im sozialen Umfeld der Befragten ausfallen können.

### 7.2.2 Soziales Umfeld

Das soziale Umfeld, inkludierend Familie und Freund\*innen, kann bei dem Zugang zu einer Sterilisation sowohl eine Ressource als auch eine Hürde für kinderfreie Frauen darstellen. Ausgehend von den erhobenen Interviews wurden vier idealtypische Einflüsse und Reaktionen des sozialen Umfelds identifiziert, die unterschiedlich auf den Zugang einwirken können.

#### **Kritisches soziales Umfeld**

Dieser Idealtyp beschreibt Fälle, in denen die Entscheidung von Frauen für eine Sterilisation im sozialen Umfeld auf Unverständnis und Ablehnung stößt. Dabei wird deren Entschluss nicht respektiert und sie sehen sich mit kritischen Kommentaren und belastenden Diskussionen konfrontiert. So hat Emilys Vater ihre Sterilisation zwar „überraschenderweise sehr ruhig entgegengenommen“ (Interview 5, Z. 632), aber war dennoch sehr „ungläubig“ (Interview 5, Z. 633) und hat sie als „deppert“ (Interview 5, Z. 633) bezeichnet. Diese Reaktion zeigt, wie sehr die Entscheidung für eine Sterilisation als normabweichend wahrgenommen wird. Auch Denise beschreibt „die typischen Verwandten, die da ihre Meinung kundtun müssen und damit nicht so ganz einverstanden sind“ (Interview 4, Z. 205-207). Die Gefühle, die bei solchen Gesprächen aufgekommen sind, beschreibt Denise wie folgt:

*„[...] die ganzen Gespräche mit meiner Tante zum Beispiel. Das hat mich dann teilweise schon ein bisschen aufgeregt, weil es immer wieder das Gleiche war und ich ja dann auch das Gefühl gehabt hab, sie versteht eigentlich gar nicht, warum ich das mach und ja. Sie versteht mich nicht. Ist natürlich auch nachvollziehbar, weil sie ist ein absoluter Familienmensch. Sie kann's wahrscheinlich auch nicht verstehen, weil sie hat sehr bald Kinder gekriegt und ist halt in dem Fall aufgegangen, dass sie sich immer um Kinder gekümmert hat bis jetzt. Deswegen kann sie das wahrscheinlich einfach nicht nachvollziehen. Aber das war halt schon ein bisschen anstrengend [...]“ (Interview 4, Z. 389-395)*

Aus diesem Zitat wird deutlich, dass die Entscheidung für eine Sterilisation nicht nur nicht nachvollzogen werden kann, sondern auch wiederholt versucht wird, die eigene Perspektive aufzudrängen. Für Denise war dies besonders belastend, da sie sich in diesen Gesprächen weder verstanden noch ernstgenommen gefühlt hat. Das Verhalten bestimmter Verwandten wird hier nicht als ein hilfreicher Beitrag wahrgenommen, sondern als Einmischen in eine persönliche Entscheidung. Das kritische Umfeld zeichnet sich somit durch eine fehlende Akzeptanz der Sterilisation aus. Statt Unterstützung oder Verständnis zu zeigen, werden die Frauen mit

pronatalistischen Werten konfrontiert, die auf traditionelle Vorstellungen von Familie und Weiblichkeit beruhen. Diese Haltung führt zu wiederkehrenden Diskussionen, die für die Frauen emotional anstrengend und belastend sein können.

Auch Felicitas machte in ihrer Familie ähnliche Erfahrungen mit kritischen Reaktionen auf ihre Entscheidung, keine Kinder zu bekommen. Obwohl sie sich bereits mit 27 Jahren sicher war, keinen Kinderwunsch zu haben, ließ sie sich erst mit 39 Jahren sterilisieren, da sie über viele Jahre hinweg mit gesellschaftlichem und familiärem Druck konfrontiert wurde:

*„Also es hat zwölf Jahre gebraucht, bis ich für mich wirklich hundertprozentig entschieden hab, ähm das wird nichts mehr. Ich habe mir immer noch so, es wird dir ja immer gesagt, ‚Du bist noch jung, warte ab. Das wird noch. Wirst sehen, mit 35. Wirst sehen, mit 36. Wirst sehen, mit 37.‘, nichts davon ist gekommen. [...] Und ähm deswegen, es war nicht klar, dass ich mich sterilisieren lassen möchte, aber es war mir klar, ich möchte keine Kinder und ich hab so ein bisschen, aufgrund des gesellschaftlichen Druckes, gedacht, es wird sich noch ändern. Und hab [mich] eigentlich nicht auf mich selber verlassen, sondern dieser gesellschaftliche Druck war so (..), ‚Da kommt noch was. Pass auf, pass auf. Da kommt noch was‘. Also es war wirklich im Hinterkopf dieses, ich traue mich nicht voll und ganz, mich dem zu committen, weil [...] es könnte noch kommen. Ist es nicht, tut es nicht.“ (Interview 2, Z. 85-106)*

Felicitas beschreibt hier, wie der gesellschaftliche Druck und die kritischen Äußerungen in ihrer Familie sie verunsicherten, weswegen sich ihre Entscheidung für eine Sterilisation hinauszögerte. So fühlte sie sich jahrelang von ihrer „kompletten Familie nicht ernst genommen“ (Interview 6, Z. 326) und musste sich immer wieder für ihren Entschluss, keine Kinder zu wollen, rechtfertigen. Dabei versuchte beispielsweise ihr Vater, ihr ein „schlechtes Gewissen [zu] machen“ (Interview 6, Z. 523-524), indem er äußerte, wie traurig es ihn mache, dass „dann [...] [s]ein Name nicht weitergetragen [wird]“ (Interview 6, Z. 522-523). Diese wiederholten Auseinandersetzungen führten nicht nur zu einer verstärkten Verunsicherung bei Felicitas, sondern belasteten sie auch emotional. Nachdem ihr Umfeld jedoch schließlich akzeptierte, dass Felicitas keinen Kinderwunsch hat, wurde auch ihre Entscheidung zur Sterilisation nicht besonders kritisiert und erschien für ihr Umfeld nicht überraschend. Ihre Erfahrungen verdeutlichen jedoch, dass der Widerstand aus dem sozialen Umfeld nicht nur die Sterilisation selbst betrifft, sondern bereits die Ablehnung von Mutterschaft auf Gegenwind stößt. Dies kann, wie bei Felicitas, dazu führen, dass die eigenen Wünsche und Überzeugungen infrage gestellt werden und sich die Entscheidung für eine Sterilisation verzögert.

Um kritische Stimmen im sozialen Umfeld zu besänftigen, betont beispielsweise Clara, dass ihre Reproduktionsfähigkeit trotz der Sterilisation weiterhin erhalten bleibt:

*„Also ich kann durch eine künstliche Befruchtung noch schwanger werden. [...] das sage ich auch immer ganz gerne bei Diskussionen dazu und ich glaub, das nimmt dann doch nochmal bei vielen das raus. Weil ich kann ja irgendwann schwanger werden, wenn ich sag, keine Ahnung, mit 35 sag, ‚Ich will jetzt ein Kind‘, und geb 10.000 Euro dafür aus.“ (Interview 3, Z. 297-301)*

Clara setzt dieses Argument gezielt ein, um Vorbehalte und Bedenken in ihrem Umfeld zu entkräften. Indem sie darauf hinweist, dass eine Schwangerschaft durch künstliche Befruchtung weiterhin möglich wäre, greift sie bewusst die pronatalistischen Erwartungen ihres Umfelds auf. Dabei weist Clara kritische Personen in ihrem Umfeld darauf hin, dass ihre Entscheidung für eine Sterilisation ihre Fähigkeit zu Gebären nicht endgültig beendet. Dieses Argument scheint für viele Menschen in ihrem Umfeld beruhigend zu wirken, da es die Möglichkeit offenlässt, dass sie sich in der Zukunft doch noch für Kinder entscheiden könnte. Diese Strategie stellt einen Versuch dar, die Akzeptanz ihrer Entscheidung auch bei Personen mit pronatalistischen Einstellungen zu erhöhen.

### **Ausgeschlossenes soziales Umfeld**

Mit diesem Idealtyp sind Frauen gemeint, die ihre Entscheidung für eine Sterilisation erst gar nicht mit bestimmten Personen in ihrem Umfeld kommunizieren. Dies kann auf Basis der Interviews auf verschiedene Ursachen zurückgeführt werden.

Zum einen wird das soziale Umfeld in der Kommunikation über die Sterilisation ausgeschlossen, um wie zuvor beschriebenen Konflikten oder Diskussionen aus dem Weg zu gehen. Ein Beispiel hierfür ist Clara, die dies im Folgenden erklärt:

*„Und im Familienkreis gibt's halt auch zwei, drei Leute, die es nicht wissen. Weil ich halt einfach keine Lust hab, herumzudiskutieren. Also die, die Mutter von meinem Freund, das ist zum Beispiel eine, die halt ‚Kinder sind GANZ wichtig. Und ein erfülltes Leben ohne Kind, das geht ja gar nicht.‘. Und ich will halt nicht mit ihr herumdiskutieren, deswegen weiß sie es auch einfach nicht.“ (Interview 3, Z. 208-212)*

In solchen Fällen wird die Sterilisation gezielt nicht angesprochen, da die Frauen bereits im Vorfeld mit negativen Reaktionen oder kontroversen Diskussionen rechnen. So diskutiert Clara nicht „mit Leuten, wo [sie] weiß, dass das problematisch werden kann“ (Interview 3, Z. 221-

222). Das betrifft vor allem Personen, die pronatalistische Werte vertreten und Kinder daher als zentralen Bestandteil für ein erfülltes Leben betrachten. Da die befragten Frauen diese Ansichten nicht teilen, entscheiden sie sich bewusst dafür, das Thema gegenüber diesen Personen nicht anzusprechen, um sich diesen Auseinandersetzungen zu entziehen. So hat auch Gabriella „nicht so vielen gesagt“ (Interview 7, Z. 106), dass sie sich sterilisieren lassen wird. Dies begründet sie in folgendem Zitat:

*„Meine Eltern wissen, dass ich keine Kinder haben, eigentlich weiß es meine ganze Familie. Wissen im Grunde, dass ich diesen Kinderwunsch nicht habe. Andererseits wird trotzdem immer wieder daran gezweifelt und dann, ‚Hast du das schon ernst gemeint?‘, [...] und aus dem Grund habe ich mich eigentlich dazu entschlossen, weil ich merke, dass dieses Unverständnis da ist, habe ich mich dazu entschlossen, nicht zu sagen, dass ich mich sterilisieren lasse.“ (Interview 7, Z. 112-117)*

Da Gabriella in der Vergangenheit bereits mehrfach nicht ernst genommen wurde, dass sie keine Kinder haben möchte, hat sie sich dazu entschieden, ihre Sterilisation mit nur wenigen Personen zu kommunizieren. So fühlt sie sich von ihren Familienmitgliedern nicht verstanden und möchte daher „unnötigen Komplikationen aus dem Weg gehe[n]“ (Interview 7, Z. 328). Die negativen Erfahrungen, die sie in Bezug auf dieses Thema erlebt hat, führten auch dazu, dass sie ihre beste Freundin nicht über ihren Sterilisationswunsch in Kenntnis gesetzt hat:

*„Was ich persönlich schade finde, ist, dass [...] meine beste Freundin weiß es nicht. Und das finde ich. (SEUFZT) Es ist so, sie hat zwei Kinder. Sie weiß, dass ich keine Kinder will. Und sie hat das auch nie irgendwie infrage gestellt. Und sie hat auch nie irgendwie so das persönlich genommen oder gesagt, ‚Ach so, magst du meine Kinder nicht? Sind meine Kinder dran schuld, dass du keine Kinder willst?‘, ja, das haben meine Schwestern gemacht. (.) Ähm. Also eh nicht. Und ich glaube, ich will das irgendwie vermeiden. Vielleicht bin ich, ich hab Angst irgendwie vor einer Konfrontation. Ich würde es ihr nämlich echt gerne sagen. Und ich hab’s mir eigentlich schon auch vorgenommen so. Ich hab’s noch vor mir hergeschoben, aber ich will es ihr schon sagen, bevor es passiert. Also ich will es ihr sagen. Ich hab nur Angst vor der Reaktion, was kommen könnte, WEIL sie Kinder hat. Ich habe das Gefühl, wenn jemand Kinder hat, könnten die ganz anders reagieren.“ (Interview 7, Z. 261-271)*

Gabriella bedauert es hier sehr deutlich, dass ihre beste Freundin nicht über ihre geplante Sterilisation Bescheid weiß. Verschiedene Reaktionen auf ihren Entschluss, keine Kinder zu bekommen, haben dazu geführt, dass sie insbesondere bei Personen mit Kindern sich nicht mehr sicher fühlt, ihre Entscheidung zu kommunizieren, da sie befürchtet, verurteilt oder nicht verstanden zu werden.

Ein weiterer Grund, warum Frauen ihre Entscheidung zur Sterilisation mit bestimmten Personen nicht teilen, liegt darin, die Hoffnung dieser Personen aufrechtzuerhalten, dass sie eines Tages doch noch ein Kind bekommen könnten. Besonders deutlich wird dies in Emilys Schilderung in Bezug auf ihre Großmutter:

*„Ich werde meiner Oma wahrscheinlich nie von meiner Sterilisation erzählen, [...] ich glaube, die Verwirklichung von vielen Frauen, vor allem von älteren Generationen, ist es eben, eine Familie zu gründen. Und ich glaube, für meine Oma würde eine Welt zusammenbrechen, wenn ich ihrer Vorstellung nach diesem idealen Leben wegwerfe.“* (Interview 5, Z. 1003-1007)

Für Emily sind vor allem bei älteren Generationen die Vorstellungen und Werte noch von traditionellen Lebensentwürfen geprägt, in denen die Gründung einer Familie als zentraler Bestandteil eines erfüllten Lebens gilt. Die Sterilisation stellt dabei einen Bruch mit diesem Ideal dar, weswegen Emily befürchtet, dass dies für ihre Großmutter emotional schwer zu verkraften wäre. Um einzelne Familienmitglieder nicht zu verletzen, entscheiden sich Frauen wie Emily bewusst dazu, ihre Entscheidung vor bestimmten Personen zu verbergen. In Emilys Fall sind ihr Vater und ihre Cousine die einzigen Personen in ihrer Familie, die von der Sterilisation wissen, wobei dieser sie ausdrücklich darauf hinwies, sie „soll das ja niemandem [in der Familie] sagen“ (Interview 5, Z. 567). Dies führt sie darauf zurück, dass in ihrem ländlichen Heimatort „ein sehr traditionelles, konservatives Familienbild vorherrschend [ist]“ (Interview 5, Z. 684) und ihrem Vater ebenso bewusst ist, dass ihre Entscheidung auf Kritik und Unverständnis stoßen würde. Obwohl in Emilys Familie jedoch bereits alle darüber in Kenntnis gesetzt sind, dass sie keine Kinder haben möchte, differenziert sie zwischen dem Wissen über ihren nicht vorhandenen Kinderwunsch und dem über die Sterilisation:

*„[...] für meine Mutter wäre es zusätzlich noch eine Last zu wissen, dass sie nie Enkelkinder kriegt. Sie weiß, dass ich nie einen Kinderwunsch hatte. [...] Aber es wird halt nie ernst genommen. Und deswegen glaube ich, dass sie immer noch davon überzeugt ist, dass sie irgendwann leibliche Enkelkinder haben wird. [...] Ja und dass wenn es sich dann herausstellt, sie wird keine leiblichen Enkelkinder haben. Nicht, weil ich ihr das wegen der Sterilisation sag, sondern weil ich keine bekomme, wird sie wahrscheinlich traurig sein. Aber es wäre für sie trotzdem nicht gleich schlimm, wie wenn ich ihr sage, ich hab die Entscheidung getroffen. Weil immer noch dieses ‚Ja eines Tages‘ und dieses ‚Was wäre, wenn‘ besteht. Für sie zumindest. [...] Und mein Vater weiß eben auch, dass ich theoretisch noch eine künstliche Befruchtung machen lassen könnte. Also [...] irgendwo in einem klitzekleinen Eck denkt er sich immer noch, dass ich irgendwann schwanger werde.“* (Interview 5, Z. 649-663)

Dieser Interviewausschnitt verdeutlicht, dass die Hoffnung auf eine mögliche Schwangerschaft für Emilys Familie eine große emotionale Bedeutung hat, die sie ihnen nicht nehmen möchte. Auch wenn sie „sonst in jedem Aspekt [ihres] Lebens [...] sehr offen mit [ihrer] Sterilisation [ist]“ (Interview 5, Z. 678-679), stellt ihre Familie hier eine Ausnahme dar. Obwohl sie deren Werte nicht teilt, zeigt sie Verständnis für die emotionalen Bedürfnisse ihrer Familie und kommuniziert die Sterilisation mit ihnen nicht, um Konflikte zu vermeiden und die familiäre Harmonie zu wahren.

Auf der anderen Seite wird die Sterilisation in manchen Fällen nicht thematisiert, weil die Frauen sie als private Angelegenheit betrachten, die sie nur mit engen Bezugspersonen teilen möchten. So berichtet beispielsweise Alina, dass sie „jetzt nicht vielen Leuten“ (Interview 1, Z. 90) von ihrer Sterilisation erzählt hat. Neben ihrem Partner sind lediglich enge Freundinnen darüber informiert, während sie hingegen ihre Eltern nicht in Kenntnis gesetzt hat. Dies begründet sie mit folgender Aussage:

*„eigentlich das Wichtige, also dass ich keine Kinder will, wissen sie. Und weiß nicht, also wir sind jetzt auch nicht so eng, deswegen [...] hat es sich auch nicht so ergeben.“* (Interview 1, Z. 102-105)

Alina betont ebenso wie Emily, dass die meisten Menschen in ihrem Umfeld bereits wissen, dass sie keine Kinder haben möchte. Für sie ist dies die zentrale Information, und sie sieht daher keinen Anlass, ihre Sterilisation aktiv zu thematisieren oder ihre Eltern darüber zu informieren. Ihre Entscheidung, den Eingriff nur mit wenigen Personen zu teilen, zeigt eine bewusste Abwägung, die sowohl ihre persönlichen Prioritäten als auch die Dynamik ihrer sozialen Beziehungen widerspiegelt. Im Gegensatz zu Emily teilt sie die Information mit Familienmitgliedern jedoch nicht aus Rücksicht auf deren Gefühle, sondern da die Sterilisation für sie eine private Entscheidung darstellt. Auch Gabriella sieht keinen Grund, ihre Familie über ihre Sterilisation in Kenntnis zu setzen, da sie „ja auch nicht unbedingt wissen, dass [sie] eine Spirale ha[t]“ (Interview 7, Z. 571-572). Verhütung wird demnach als private Angelegenheit behandelt, die mit Familienmitgliedern nicht kommuniziert werden muss.

### **Unterstützendes soziales Umfeld**

Neben den zuvor beschriebenen idealtypischen Reaktionen im sozialen Umfeld zeigen sich auch Fälle von einem unterstützenden sozialen Umfeld. Dieses zeichnet sich durch eine positive und verständnisvolle Haltung gegenüber der Entscheidung für eine Sterilisation aus. Die Frauen

erfahren dabei Akzeptanz und Rückhalt von Personen in ihrem Umfeld. So haben sie auch das Gefühl, „offen drüber reden [zu können]“ (Interview 3, Z. 224), wie es Clara hier beschreibt:

*„Also allgemein im Freundeskreis schon positiv. Also es war so, ‚Ah ja okay, du machst das? Ja, super. Cool. Wenn das für dich der richtige Weg ist, mach ‘s.‘“ (Interview 3, Z. 204-205)*

Das soziale Umfeld respektiert in diesem Fall die Entscheidung, sich sterilisieren zu lassen und signalisiert Unterstützung sowie Zustimmung. Insbesondere Freund\*innen zeigen bei den befragten Frauen positive Reaktionen. Das zeigt sich auch bei Emily:

*„Sehr neutral bis positiv. Also natürlich, sie haben sich für mich gefreut. Ich habe Freundinnen, die selbst keine Kinder wollen, die aber eine temporäre Verhütungsmethode verwenden, weil sie eben sagen, vielleicht, also nach jetzigem Stand nie, aber vielleicht ändert sich der Stand. Ich hab eine Freundin mit Kinderwunsch, die sich sehr für mich gefreut hat, die angeboten hat, dass falls es irgendwelche Komplikationen gibt danach, dass sie mir Essen vorbeibringt, falls ich nicht so fit bin, wie ich sein sollte. Also von meinem sozialen Umfeld, das ich mir selbst geschaffen habe, auch WEIL ich es mir selbst geschaffen habe, zum Glück sehr positive Reaktionen.“ (Interview 5, Z. 687-693)*

Unabhängig davon, ob die Freund\*innen selbst Kinder haben oder nicht, fallen die Reaktionen hier positiv aus. Im Gegensatz zur Familie teilen die befragten Frauen oft ähnliche Ansichten und Werte wie ihre Freund\*innen. Der unterstützende und verständnisvolle Umgang mit deren Entscheidung trägt daher auch dazu bei, ihre Sterilisation offen kommunizieren zu können. So kann auch Felicitas in ihrer Arbeit mit ihren Kundinnen transparent sein, dass sie sterilisiert ist. Die Reaktionen der Frauen sind dabei „neutral bis unterstützend, was [sie] toll finde[t]“ (Interview 6, Z. 803-804).

Dabei kann ein unterstützendes Umfeld auch als wichtige Ressource für den Zugang zur Sterilisation dienen. So benötigte unter anderem Denise eine Begleitperson, die sie nach der Operation abholen konnte, da sie aufgrund des medizinischen Eingriffs nicht selbst Auto fahren durfte. Dies hat in ihrem Fall ihr Onkel übernommen, zu dem sie auch „eine sehr gute Beziehung“ (Interview 4, Z. 325-326) pflegt. Auch Gabriella wird zu ihrer Sterilisation in Deutschland von ihrem Partner begleitet, welcher hierfür „den Urlaub aufeinander abgestimmt [hat]“ (Interview 7, Z. 354), und konnte zudem das Auto einer Freundin für die Reise ausleihen. Ein anderes Beispiel ist Emily, die aufgrund der Operation eine Person benötigte, die ihre Katzen beaufsichtigt. Dies übernahm für sie ihre Cousine, bei der sie sich „sehr sicher aufgehoben“ (Interview 5, Z. 571-572) fühlte. Im Fall von Belinda war ihre Mutter auch eine wichtige emotionale Stütze. So stellte ihre Familie nicht nur zuvor aufgrund ihrer psychischen

Erkrankungen eine enorme Unterstützung dar, sondern sie hat „auch [ihre] Mutter mitgenommen, weil [sie] gemerkt ha[t], psychisch schaff[t] [sie] das nicht alleine“ (Interview 2, Z. 156-157). Auch Felicitas hat „große Unterstützung von [ihrem] Partner“ (Interview 6, Z. 740), der ebenfalls sterilisiert ist, auf emotionaler Ebene erfahren.

Gleichzeitig zeigt sich jedoch, dass auch ein unterstützendes Umfeld nicht frei von Bedenken ist. So reflektiert Clara die Reaktionen ihrer Freund\*innen wie folgt:

*„[...] die waren dann so, ‚Ja ich glaub schon, dass du dir sicher bist‘, und haben mich auch unterstützt. Aber es war dann halt schon so, ‚Ja hoffentlich bereust du es nicht irgendwann‘. So nach dem Motto, das würde mich halt belasten, wenn ich halt, keine Ahnung, irgendwann Kinder kriegen will und es geht halt nicht mehr, weil man’s halt mit Mitte 20 mal anders gesehen hat. Verstehe ich ja auch.“ (Interview 3, Z. 368-372)*

Obwohl auch hier mögliche spätere Reue thematisiert wird, empfindet Clara diese Äußerungen nicht als bevormundend oder kritisch, sondern als Ausdruck von Fürsorge. Ihre Entscheidung wird dabei nicht grundsätzlich infrage gestellt. Clara zeigt daher Verständnis für die Sorge ihrer Freund\*innen und erlebt deren Umgang insgesamt als unterstützend und positiv.

Allgemein ist dieses idealtypische Umfeld nicht nur durch emotionale Unterstützung gekennzeichnet, sondern auch in Form von konkreten Hilfeleistungen. So wurde Denise von ihrem Onkel zur Klinik gefahren und abgeholt, Clara konnte bei ihrem Patenonkel kostenfrei übernachten und die Cousine von Emily hat ihre Katzen beaufsichtigt. Diese Beispiele verdeutlichen, inwiefern das soziale Umfeld auch eine wichtige Ressource darstellen kann, um sich sterilisieren lassen zu können.

### **Ambivalentes soziales Umfeld**

Zuletzt ließ sich als Idealtyp das ambivalente soziale Umfeld identifizieren. Dieses bewegt sich zwischen dem kritischen und dem unterstützenden sozialen Umfeld. Dabei wird eine anfängliche Skepsis gezeigt, wobei die Entscheidung für eine Sterilisation letztlich akzeptiert wird. Dies wird zum Beispiel bei der Reaktion von Claras Vater deutlich:

*„Mein Vater war dann glaube ich im ersten Moment schon so, ‚Hm. Okay.‘, aber der kennt mich halt auch schon. Er weiß, wenn ich das, mir das in den Kopf gesetzt hab, irgendwas zu machen, dann mich auch relativ schwer davon abbringen kann. Und er hat halt gar nicht groß versucht, er hat im ersten Moment schon gesagt, ‚Ja, bist du dir sicher? Hast du dir das überlegt?‘, und so was. Aber nachdem er dann gemerkt hat, dass ich mir sicher bin, hat er dann auch nicht mehr*

*versucht, dagegen zu reden. [...] ‚Ja, okay. Hoffentlich kriege ich meine Enkelkinder von den anderen Kindern‘ (LACHT)“ (Interview 3, Z. 233-239)*

Die Reaktion des Vaters verdeutlicht eine anfängliche Unsicherheit und Skepsis gegenüber Claras Entscheidung für die Sterilisation. Er hinterfragt diese zunächst, aber akzeptiert sie, sobald er erkennt, dass Clara sich diesbezüglich sicher ist. Gleichzeitig deutet sein humorvoller Kommentar über Enkelkinder eine gewisse Enttäuschung an, die er jedoch nicht vorwurfsvoll äußert. Diese Reaktion kann daher weder als eindeutig unterstützend noch als besonders kritisch bezeichnet werden. Die Entscheidung wird hier akzeptiert, ohne zu versuchen, sie davon abzubringen. Bestärkt wird Clara in ihrem Wunsch für eine Sterilisation jedoch nicht.

Auch Denise hat ambivalente Reaktionen auf ihre Sterilisation in ihrem sozialen Umfeld erlebt. So erlebte sie „ein paar Diskussionen“ (Interview 4, Z. 264) mit ihrer Tante, die sie als „ein[en] absolute[n] Familienmensch“ (Interview 4, Z. 392) bezeichnet, aber empfing auch liebevolle Gestern von ihr:

*„Sie findet einfach, man sollte Kinder auf die Welt bringen und sie hat auch selber zwei Kinder und war immer da für irgendwelche anderen Kinder aus der Familie. Also passt jetzt immer auf die Kinder auf[...]. Also ist wirklich, ist halt ein absoluter Familienmensch. Und das kann ich auch verstehen. Das ist auch schön sowas finde ich, aber für mich war das halt nichts. Und mit ihr hab ich halt auch ein paar Diskussionen gehabt, ob ich nicht vielleicht doch noch warten möchte, weil es halt doch noch sehr bald ist. Und es gibt ja andere Methoden, wie ich verhüten könnte und selbst WENN ich dann schwanger werde und ein Kind kriege und ich mich nicht drum kümmern würde, könnte oder möchte, dann würde SIE ja das übernehmen und so weiter und so fort. Ja, das war schon manchmal ein bisschen anstrengend. Aber im Endeffekt hat’s dann eh wirklich sehr gepasst auch mit ihr. [...] Also ihr Mann ist ja mit mir hingefahren und sie hat mir dann auch noch ein kleines Care-Package gemacht so in der Art, mit einem kleinen Glücksbringer und Traubenzucker und ein bisschen was Süßes und so. Also es war im Endeffekt dann auch wirklich sehr lieb von ihr.“ (Interview 4, Z. 259-272)*

Obwohl ihre Tante somit am Ende ihr gegenüber empathisch und verständnisvoll reagierte, kann diese Interaktionsform im sozialen Umfeld nicht als unterstützend betrachtet werden, da die Diskussionen zu Beginn eine emotionale Belastung für Denise darstellten. Denise reflektiert, dass die Haltung ihrer Tante nicht aus Ablehnung resultiert, sondern aus einer tiefen Verwurzelung in einem Lebensmodell, das für die Tante selbstverständlich ist. Diese Reflexion ermöglicht es Denise, die Konflikte mit ihrer Tante nicht als persönliche Angriffe zu werten, sondern als Ausdruck unterschiedlicher Werte und Erfahrungen. Am Ende konnte sie die Geste

ihrer Tante auch dankend annehmen und das Verhältnis hat sich nicht nachhaltig verschlechtert. So erkundigte sich ihre Tante auch nach der Operation nach ihrem Wohlergehen und zeigte dabei Empathie und hat „sich [dann] eh für [sie] gefreut“ (Interview 4, Z. 278).

Die Entscheidung für eine Sterilisation wird hier grundsätzlich akzeptiert und respektiert, aber es fallen dennoch Kommentare, die von den Frauen als irritierend oder verletzend empfunden werden. Ein Beispiel für diese ambivalente Haltung zeigt sich auch in der Reaktion von Claras Mutter:

*„Also [...] bei meiner Mutter war das total witzig, weil ich hab's ihr erzählt und sie hat dann gemeint so, ‚Ah ja, okay. Ja, cool. Ich find das eh gut, dass du mit deiner Psyche keine Kinder kriegst.‘ Da war ich erst einmal so, soll ich jetzt beleidigt sein? (LACHT) Und war halt kurz im ersten Moment auch ein bisschen eingeschnappt, aber andererseits habe ich mir dann gedacht, ‚Ja, irgendwie hat sie auch Recht.‘, weil so mit meiner Psyche ist halt immer ein bisschen schwierig gewesen. Wahrscheinlich würd's einem Kind dann auch nicht guttun oder mir ein Kind nicht guttun. Wahrscheinlich hat sie da schon Recht gehabt. Also sie hat auch nicht negativ reagiert.“ (Interview 3, Z. 227-233)*

Die Reaktion der Mutter zeigt hier einerseits Zustimmung für Claras Entscheidung, aber hat sie im ersten Moment auch verletzt. Obwohl ihre Mutter die Entscheidung unterstützt, wird ihre Aussage über Claras mentalen Gesundheitszustand ambivalent wahrgenommen. Erst im Nachhinein kann sie über diesen Kommentar lachen und stimmt ihrer Mutter in der Aussage zu.

Das ambivalente soziale Umfeld zeichnet sich somit durch eine grundsätzliche Akzeptanz der Entscheidung aus, die jedoch auch von erstmaligen kritischen Äußerungen oder verletzenden Kommentaren begleitet wird. Dieser Idealtyp bewegt sich daher in einem Spannungsfeld zwischen Unterstützung und subtiler Kritik oder Zweifel, wodurch er sich von dem unterstützenden und kritischen sozialen Umfeld unterscheidet.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass das soziale Umfeld für den Zugang zu einer Sterilisation unterstützend, aber auch hindernd wirken kann. So ist für die Frauen Unterstützung auf emotionaler Ebene, aber auch in Form von Hilfeleistungen besonders wertvoll, um ihren Sterilisationswunsch verwirklichen zu können. Umgekehrt kann ein kritisches soziales Umfeld dazu führen, dass die eigene Entscheidung mehrmals hinterfragt wird und die Frauen daher an ihrem Entschluss zweifeln. Für einige der Interviewpartnerinnen stellt es auch eine emotionale Belastung dar, wenn sie über ihre Sterilisation mit engen Bezugspersonen nicht sprechen

können, da sie bereits negative Reaktionen in der Vergangenheit erlebt haben. Das soziale Umfeld kann somit eine Ressource, aber auch eine Hürde darstellen.

### 7.2.3 Zugang zur Sterilisation

Die Kosten für die Sterilisation variierten bei den Befragten zwischen 870 und 1.800 Euro. Eine Ausnahme bildet Felicitas, deren Kosten durch eine freiwillig abgeschlossene Zusatzversicherung erstattet wurden. Als primäre Informationsquelle diente bei allen Frauen außer Felicitas der ehrenamtliche Verein „Selbstbestimmt steril“. Dies ist jedoch vermutlich darauf zurückzuführen, dass abgesehen von Felicitas alle Interviewpartnerinnen über einen Aufruf des Vereins in den sozialen Medien auf die Studie aufmerksam wurden und daher bereits mit dem Verein vertraut waren. Im Folgenden werden nun drei idealtypische Zugangstypen vorgestellt, die auf Grundlage der Interviews identifiziert wurden.

#### **Konformer Zugang**

Der konforme Zugang zeichnet sich dadurch aus, dass kinderfreie Frauen ihren Weg zur Sterilisation als weitgehend unkompliziert und unproblematisch wahrnehmen. Obwohl es teils kleine Hürden gab, konnten diese schnell überwunden werden, sodass der Prozess insgesamt als reibungslos empfunden wird. Zu diesem Zugangstypen zählt beispielsweise Alina. Diese wurde zwar bei dem ersten Krankenhaus, mit dem sie in Kontakt war aufgrund ihres zu jungen Alters abgelehnt, aber ist schnell auf ein anderes gestoßen, in dem sie sich sterilisieren lassen konnte:

*„[...] dann habe ich zuerst [...] mal einen Termin gehabt zum Gespräch und wie die ganzen Anforderungen so sind [...] Zu dem Zeitpunkt war ich 27 oder 28. Da hat noch der Chefarzt [...] entschieden, dass er das bei Frauen unter 30 nicht macht. Ähm dann war ich eben bei einem anderen Krankenhaus. [...] dann habe ich noch eine Bestätigung von meinem Gynäkologen gebraucht [...]“ (Interview 1, Z. 48-56)*

Trotz der Ablehnung im ersten Krankenhaus konnte Alina ohne größere Schwierigkeiten ein anderes Krankenhaus in ihrer Nähe finden, bei dem ihr die Sterilisation gewährt wurde. Der Chefarzt dieses Krankenhauses hat Alina „die üblichen Fragen gefragt“ (Interview 1, Z. 139), was sie jedoch „nicht ungut [...] empfunden [hat]“ (Interview 1, Z. 141). Dabei wurde sie zwar mehrmals und deutlich darauf hingewiesen, „dass es halt eine Operation ist und [...], dass das

dann eine permanente Entscheidung ist“ (Interview 1, Z. 225-228), aber sie empfindet diese Erlebnisse im Nachhinein als „nicht schlimm“ (Interview 1, Z. 224). Außerdem beschreibt sie eine äußerst positive Interaktion mit einer Ärztin in diesem Krankenhaus, die ihr noch besonders in Erinnerung geblieben ist:

*„Und dann, wo ich im Krankenhaus war, ähm ist auch nochmal eine Ärztin reingekommen und die war echt lieb. Ähm sie hat gesagt, sie hat selber zwei Kinder. Sie versteht es quasi, wenn ich keine Kinder haben will, aber sie wollte nur mal nachfragen, was meine Beweggründe sind.“*  
(Interview 1, Z. 158-160)

Diese Ärztin zeigte nicht nur Verständnis für Alinas Entscheidung, sondern begegnete ihr auch mit Empathie und Offenheit. Dabei stellte sie ihren Eingriff nicht infrage, sondern zeigte ehrliches Interesse. Diese Reaktion erklärt sich Alina wie folgt:

*„Ich denke halt als Frau, wenn man selber ein Kind geboren hat, dann versteht man eher, wieso das Menschen nicht wollen. (LACHT) Könnte ich mir vorstellen.“* (Interview 1, Z. 172-173)

Alina vermutet hier, dass die persönliche Erfahrung der Ärztin als Mutter möglicherweise dazu beigetragen hat, dass sie Verständnis für ihre Entscheidung hat. So geht Alina davon aus, dass das Erleben einer Geburt und die damit verbundenen Schwierigkeiten dazu führen können, dass jemand besser nachvollziehen kann, warum sich andere bewusst gegen Kinder entscheiden. Das Erlebnis mit dieser Ärztin stellt für Alina somit ein Ausdruck von Empathie und Verständnis dar, welches auf gemeinsamen Erfahrungen als Frau basiert. Insgesamt beschreibt Alina die medizinische Beratung rückblickend als „sehr neutral“ (Interview 1, Z. 182) und den Weg zur Sterilisation als „sehr gut“ (Interview 1, Z. 302) sowie „sehr problemlos“ (Interview 1, Z. 319).

Auch Felicitas hat einen konformen Zugang zu ihrer Sterilisation erlebt. So hat sie sich im Alter von 39 Jahren an eine lokale Facebook-Gruppe anonym wenden können, um eine passende Klinik in ihrer Umgebung zu finden. Mit dieser Unterstützung konnte sie sofort einen Termin für die Sterilisation vereinbaren:

*„Ich habe einen Termin ausgemacht, ich hab gesagt, ‚Ich würde mich gerne sterilisieren lassen‘. Sie hat dann innerhalb von 45 Sekunden alles, was OPs betrifft, runtergerattert. Mit den Risiken, was OP, jetzt nicht MEINE OP, betrifft, sondern allgemein OP betrifft. Was Vorbereitung, Nachbereitung, nüchtern sein, bla bla. Das, was man kennt, wenn man eine OP hat. [...] Und das hat dann [...] bei mir großes Staunen verursacht. Ich habe auf mehr (LACHT) Widerstand [gerechnet] [...]. Ähm und wir haben dann eigentlich ja nur die Details durchbesprochen, Termin ausgemacht und zum Schluss habe ich mich noch bedankt, dass [...] sie meine*

*Entscheidung nicht anzweifelt, sondern wirklich da eigentlich sehr, sehr entgegenkommend war. Und sie hat dann mich angeschaut und gesagt, ‚Wieso? Sie sind erwachsen. Sie können das selber entscheiden.‘ Das es war echt erfrischend.“ (Interview 6, Z. 146-158)*

In diesem Ausschnitt zeigt sich, dass Felicitas über die Offenheit der Klinik überrascht war. So rechnete sie aufgrund von Erfahrungsberichten mit mehr Widerstand. Da sie auch in ihrem sozialen Umfeld über mehrere Jahre Konfrontationen und Zweifel ausgesetzt war, weil sie keinen Kinderwunsch hat, fühlte sie sich in diesem Krankenhaus „einfach mal ernst genommen“ (Interview 6, Z. 759). So beschreibt sie ihren Prozess zur Sterilisation auch als „überraschend schön“ (Interview 6, Z. 757). Das respektvolle Verhalten des medizinischen Personals stellte dabei für sie „ein kleines bisschen Heilung“ (Interview 6, Z. 752) nach jahrelangen Auseinandersetzungen in ihrem sozialen Umfeld dar. Besonders positiv erinnert sie sich an eine Krankenschwester, die ehrliches Interesse an ihren Beweggründen zeigte. Diesen Austausch beschreibt Felicitas rückblickend als „schön, das noch einmal für [s]ich auch zu rekapitulieren“ (Interview 6, Z. 633). Allgemein war der Zugang zur Sterilisation für sie im Gesamten „sehr einfach“ (Interview 6, Z. 163) und sie konnte „drei Tage nach der OP“ (Interview 6, Z. 230) auch wieder arbeiten.

Felicitas weist jedoch ebenfalls darauf hin, dass der Zugang davon abhängig ist, dass „man den richtigen Arzt erwischt“ (Interview 6, Z. 600-601) und sie daher sehr dankbar für die Empfehlung auf Facebook ist. So „musste [sie] ja nicht [lange] recherchieren“ (Interview 6, Z. 606). Neben dieser Unterstützung führt sie ihren reibungslosen Zugang zur Sterilisation auf „das richtige Alter“ (Interview 6, Z. 616) zurück. So entsprach sie mit 39 Jahren den gesellschaftlichen und medizinischen Vorstellungen, die Frauen in einem bestimmten Lebensabschnitt als „reif genug“ für eine solche Entscheidung ansehen.

Ein weiterer Faktor, der ihren Zugang erleichterte, war die vollständige Kostenübernahme durch die Sozialversicherung der Selbstständigen (SVS) und ihre Zusatzversicherung. Obwohl ihr Eingriff „in einer Privatklinik“ (Interview 6, Z. 358) durchgeführt wurde, wo die Kosten „um die 5.000 Euro“ (Interview 6, Z. 683) betragen hätten, musste Felicitas „gar keine Kosten“ (Interview 6, Z. 679) tragen.

Der konforme Zugang zu einer Sterilisation äußert sich somit in einem vorwiegend reibungslosen und unkomplizierten Prozess, bei dem die Frauen auf wenig bis zu keinem Widerstand stoßen und sich von den beteiligten Fachkräften respektiert und verstanden fühlen.

Charakteristisch ist dabei auch eine unterstützende und empathische Haltung von medizinischem Personal, was sowohl Alina als auch Felicitas erlebt haben.

### **Reglementierter Zugang**

Dieser Zugangstyp zeigt sich besonders bei Belinda, welche sich im Alter von 26 Jahren in Österreich sterilisieren ließ. Die Entscheidung für die Sterilisation war für sie bereits Jahre vorher klar, wie sie hier beschreibt:

*„ich glaube, das erste Mal darüber nachgedacht, über die Sterilisation, hab ich glaube ich mit 21. Da war's aber dann, habe ich mich eben informiert und dann war's eh klar, okay vor 25 hat man eh nicht die Chance in Österreich.“ (Interview 2, Z. 82-85)*

Obwohl die Sterilisation für Belinda bereits mit Anfang 20 eine Option darstellte, entschied sie sich dazu, abzuwarten, bis sie die rechtlichen Voraussetzungen in Österreich erfüllte. Als diese erfüllt waren, hat sie ihren Wunsch für eine Sterilisation mit ihrer Gynäkologin kommuniziert. Obwohl diese „überhaupt nichts dagegen gehabt, sondern [...] komplett unterstützend [war]“ (Interview 2, Z. 98-99), sind „ihr die Hände gebunden [gewesen]“ (Interview 2, Z. 99-100). So führt ihre Gynäkologin zwar auch selbst Operationen durch, aber „leider in einem kirchlichen Krankenhaus, wo das so nicht geht“ (Interview 2, Z. 379). Aufgrund der religiösen Werte dieser Klinik, in der ihre Gynäkologin operiert, konnte sie die Sterilisation nicht selbst bei Belinda vollziehen. Aus diesem Grund wurde Belinda von ihr „an die Familienplanungsstelle“ (Interview 2, Z. 100-101) in einem Landeskrankenhaus überwiesen. Diese Erfahrung beschreibt Belinda jedoch als äußerst negativ:

*„Äh da geht man ohne Termin hin, muss eine Nummer ziehen und äh muss halt sehr, sehr, sehr, sehr lange warten und es ist extrem stressvoll. [...] Weil da sind Schwangerschaftsvorsorgen. Da sehr viel jetzt auch in Richtung äh Flüchtlinge natürlich, weil das eben kostenlos angeboten wird. Dann äh auch [...] Spiralenlegungen und solche Sachen. Das ist alles in einem. Und alles extrem unübersichtlich, weil man hat überhaupt keinen Ansprechpartner in der Stelle. Man fragt sich mit den Leuten äh so durch, die halt auch warten und muss eine Nummer ziehen. Und dann, irgendwann wird die Nummer aufgerufen. Teilweise geht's aber auch durcheinander, also dass die Leute vordrängeln. Und nach Stunden hat man dann das erste Mal wirklich einen Kontakt zu dem Arzt. Und dann geht es erst einmal eben, äh ja, was ich will und ja. Der erste Termin hab ich nachher die Information gekriegt.“ (Interview 2, Z. 103-112)*

Die Erfahrung in diesem Krankenhaus war für Belinda nicht nur zeitlich besonders aufwändig, sondern empfand sie auch als sehr chaotisch. Dabei ist sie sich dort „fast wie bei einer Behörde vorgekommen“ (Interview 2, Z. 419). Die Rückmeldung, die sie hier anschließend auf ihren Sterilisationswunsch erhielt, war dabei „extrem niederschmetternd“ (Interview 2, Z. 128-129). So wurde ihr von einer Assistenzärztin mitgeteilt, dass in diesem Krankenhaus Sterilisationen bei Frauen ohne Kinder „erst mit 30 Jahren [...] frühestens“ (Interview 2, Z. 130) durchgeführt werden. Daraufhin war Belinda „komplett in Tränen aufgelöst“ (Interview 2, Z. 136), da sie auf diese Reaktion nicht vorbereitet war und sich „überhaupt nicht ernstgenommen“ (Interview 2, Z. 424) fühlte. Zudem empfand Belinda die Atmosphäre in der Familienplanungsstelle als äußerst widersprüchlich aufgrund der verschiedenen Anliegen der Frauen:

*„Es war eine extrem komische Stimmung oben. Weil man einfach so viele verschiedene Leute, die einfach mit verschiedenen Anliegen. Das Ganze war zum Beispiel [...], dass dann Leute gefragt haben, also auch die zum Beispiel mit Kinderwunsch betroffen waren. Und man hat das halt so mitgekriegt und sitzt da halt drinnen und will halt sterilisiert werden. Da prallt extrem einfach die zwei Extreme von Paaren, die halt alles tun oder sich wünschen würden, dass sie jetzt meine körperlichen Voraussetzungen hätten. Aber ich wünsche mir genau das Gegenteil.“*  
(Interview 2, Z. 385-391)

Für Belinda war es „extrem unangenehm“ (Interview 2, Z. 418), sich in einer Umgebung zu befinden, in der Frauen mit Kinderwunsch, die alles dafür tun würden, schwanger zu werden, auf Frauen wie sie treffen, die sich bewusst gegen die Möglichkeit der Fortpflanzung entscheiden. Diese gegensätzlichen Wünsche und Lebensrealitäten prallten in diesem Krankenhaus unmittelbar aufeinander, was Belindas ohnehin schon emotionale Gefühlslage zusätzlich belastete. Auch Felicitas empfand die Gegensätzlichkeit im Krankenhaus als kurios, wie sie im Folgenden darlegt:

*„ich hab halt die [...] Kinder teilweise schreien gehört, die Babys, weil sie natürlich zu den Müttern gefahren wurden in die privaten Zimmer und ich hab dann ein bisschen so schmunzeln müssen. Ich lasse [...] mir gerade ein[e] Masche auf meine [...] Eileiter binden und die anderen kriegen Kinder daneben. Es ist, es ist strange. Ein bisschen, wie soll ich sagen. (...) Etwas, was eigentlich in die gleiche Kategorie gehört und trotzdem so gegensätzlich ist.“* (Interview 6, Z. 366-370)

Ähnlich wie Belinda nimmt Felicitas die Situation hier als komisch wahr. Die gynäkologische Abteilung, in der sowohl Frauen mit Kinderwunsch als auch Frauen, die sich bewusst gegen Mutterschaft entscheiden, behandelt werden, bildet hier einen symbolischen Ort, an dem

gegensätzliche Lebensentwürfe aufeinandertreffen. Während für Belinda diese Konfrontation jedoch belastend war, reflektiert Felicitas die Situation hingegen mit Humor. Beide Perspektiven verdeutlichen jedoch, wie der Zugang zu einer Sterilisation in einem Spannungsfeld zwischen individuellen Lebensentwürfen und gesellschaftlichen Normen steht.

Nach ihrem Termin bei der Familienplanungsstelle hat Belinda erfahren, „dass jede Klinik für sich selber die Richtlinien festlegt“ (Interview 2, Z. 178). Dementsprechend hat Belinda anschließend zwei weitere öffentliche Krankenhäuser für ihr Vorhaben kontaktiert. Nachdem sie auf erneute Anfrage in der Familienplanungsstelle weder von dieser noch von einem der angefragten Krankenhäuser eine Rückmeldung erhalten hatte, hat Belinda „ein extrem freundliches E-Mail gekriegt, [...] wo sie [ihr] direkt einen Termin [angeboten haben]“ (Interview 2, Z. 187-188). Dort hat sie sich im Vergleich zur Familienplanungsstelle „komplett aufgehoben gefühlt [...] und überhaupt keine Verurteilung [wahrgenommen]“ (Interview 2, Z. 207). Dies beschreibt Belinda auch anbei:

*„Also da wird eben nicht hinterfragt jetzt, ob eine Frau die Entscheidung treffen kann oder vor allem eine junge Frau ohne Kinder, ob die schon so eine Entscheidung treffen kann. Das war da kein Thema.“* (Interview 2, Z. 562-563)

In diesem Krankenhaus fühlte sich Belinda ernst genommen und respektiert. Zudem wurde bei ihrem ersten Termin auch direkt das Narkosevorgespräch geführt und Belinda erhielt „gleich die OP-Zusage“ (Interview 2, Z. 226). Ihre Sterilisation wurde aufgrund einer einmaligen Verschiebung schließlich vier Wochen nach diesem Erstgespräch durchgeführt.

Obwohl Belinda ihre Erfahrung in der zweiten Klinik, in der ihre Sterilisation durchgeführt wurde, als durchaus positiv beschreibt, kritisiert sie dennoch das österreichische Medizinsystem:

*„Also ich weiß nicht, wie alt der Primar oder Oberarzt oder Abteilungsleiter ist, aber (.) der hat eine Einstellung, wie weiß ich nicht was. Also da hat die Frau überhaupt kein Recht, das selber zu entscheiden. Und vor allem, was auch noch interessant war, die Familienplanungsstelle war zwar zum Schmeißen. Allerdings die Assistenzärzte, also ich hab nur mit Frauen zu tun gehabt und [...] die waren prinzipiell da trotzdem total verständnisvoll und haben das total nachvollziehen können, dass ich es haben will. Denen waren nur komplett die Hände gebunden, weil sie keine Möglichkeit haben, mir das anzubieten. Weil von oben, das wird nicht durchgeführt. Erst mindestens, dass man 30 ist. [...] Am besten dann schon drei Kinder oder so hat. [...] Allein eine Richtlinie vom Abteilungsleiter. [...] Das ist halt eine Richtlinie, die halt das komplette Team tragen muss, weil ja.“* (Interview 2, Z. 444-458)

Belinda kritisiert hier die hierarchischen Strukturen von Krankenhäusern, die es ermöglichen, dass die Kriterien für eine Sterilisation von einer einzigen Person für das gesamte Krankenhaus getroffen werden. So macht der „Abteilungsleiter [...] die Vorgaben, wer sterilisiert wird [und] wer nicht“ (Interview 2, Z. 144). Dabei schränken laut Belinda diese Richtlinien nicht nur die Patientinnen ein, sondern auch das medizinische Personal, das aufgrund dieser Vorgaben nicht mitbestimmen kann, ob eine Frau sterilisiert wird. Dies führt sie weiter in folgendem Interviewausschnitt aus:

*„Man hat in Österreich das Recht. Allerdings wird einem das KOMPLETT verwehrt. Und jetzt nicht nur von einem Arzt, der das nicht durchführen will, sondern er entscheidet für jeden Arzt [...] im LKH [...], dass die nicht einmal für sich die Möglichkeit haben zu entscheiden, ob sie das durchführen oder nicht. [...] Das war wirklich ein scheiß Gefühl. Ja. Also man hat das Recht. Es steht zwar schon drinnen, dass jeder Arzt die Entscheidung trifft, aber schlussendlich hat nicht jeder Arzt die Entscheidung getroffen, sondern EIN Arzt für die anderen Ärzte.“* (Interview 2, Z. 593-601)

Obwohl Sterilisationen in Österreich gesetzlich geregelt sind, wird der Zugang durch krankenhausinterne Richtlinien eingeschränkt. Diese Kriterien führen dazu, dass Frauen wie Belinda trotz rechtlicher Ansprüche mit Hürden konfrontiert werden. Dabei hat Belinda sich „komplett degradiert gefühlt“ (Interview 2, Z. 593). Emily und Felicitas sehen dabei auch insbesondere den erschwerten Zugang für Frauen kritisch. So kennen sie beide Männer in ihrem Umfeld, die sich in Österreich sterilisieren ließen und auf keinerlei Hürden gestoßen sind:

*„ich hatte einen Freund, der 26 Jahre alt war, der hat am Tag seines 25. Geburtstag bei einem Urologen angerufen, nicht bei seinem, bei EINEM, irgendeinem Urologen, wo er zuvor noch nicht war, hat gesagt, er würde sich gerne die Samenleiter durchtrennen lassen, er hätte gerne eine Vasektomie. Hatte seinen Termin zwei Wochen später.“* (Interview 5, Z. 310-313)

Die Erfahrung von Emilys Bekanntem ist hier beispielhaft. Im Gegensatz zu den Hürden, denen sie oder andere der befragten Frauen begegnet sind, konnte sich dieser Mann im Alter von 25 Jahren innerhalb weniger Wochen in Österreich sterilisieren lassen. Keine der hier befragten Frauen hat eine solche Erfahrung in ihrem Weg zur Sterilisation erlebt.

Neben den Herausforderungen, denen sie auf emotionaler Ebene begegnete, kritisiert Belinda zudem die Kosten für ihre Sterilisation:

*„Also da [ist] eine schöne Klausel, was so drinnen steht, hey mit gesundheitlichen Einschränkungen oder so wird übernommen. Ich weiß nicht, welche gesundheitlichen*

*Einschränkungen man haben muss, dass das übernommen wird, beziehungsweise ich hab dann schon an die ÖGK [...] eine E-Mail geschrieben, aber die übernehmen überhaupt nichts. [...] Das ist sehr ernüchternd immer wieder. [...] Vor allem äh ich bin in einer Situation, wo ich Mindestsicherung empfangen. [...] Ich habe halt das Glück, dass ich mit Geld sehr gut umgehen kann und einfach den Puffer, den ich haben darf, habe zum Glück. Ich dann eben für sowas auch mein Geld ausgeben. Aber es ist schon ernüchternd, dass man es eben ausgeben muss und dass es wirklich eine Geldsache ist, weil 870 ist halt ein bisschen was.“ (Interview 2, Z. 486-498)*

Trotz Belindas mehreren psychischen Diagnosen, die es ihr unzumutbar machen, ein Kind großzuziehen, muss sie die gesamten Kosten ihrer Sterilisation selbst tragen. Obwohl es laut ihrer Aussage eine Klausel gibt, die besagt, dass eine Sterilisation bei gesundheitlichen Einschränkungen rückerstattet wird, trifft dies offenbar nicht auf psychische Erkrankungen zu. Aus diesem Grund war es für Belinda zunächst auch keine Option, ihre Sterilisation in einer Privatklinik durchführen zu lassen, da „die Kosten [...] dann schnell mal über 1.000 Euro [wären]“ (Interview 2, Z. 163). So wollte sie „vorher das Öffentliche mal ausschöpfen“ (Interview 2, Z. 478), um höhere Kosten für die Operation zu vermeiden. Weiterhin ist ihr Zugang zur Sterilisation mit einem höheren Zeitaufwand verbunden gewesen. Da Belinda in ihren nächstgelegenen öffentlichen Krankenhäusern eine Sterilisation verwehrt wurde, hat sie eine „drei Viertel Stunde [bis] Stunde“ (Interview 2, Z. 512) Fahrtweg in Kauf nehmen müssen.

Allgemein hat Belinda sich über den Prozess hinweg wie eine „Bittsteller[in]“ (Interview 2, Z. 587) gefühlt, um ihre reproduktive Autonomie ausüben zu können. Dieses Gefühl der Entmündigung wurde durch den Mangel an klaren und zugänglichen Informationen verstärkt, was auch ihren Zugang zur Sterilisation erheblich erschwerte. Belinda wünscht sich daher Verbesserungen hinsichtlich der Informationsbereitstellung in Österreich:

*„Also besser könnte definitiv eben [sein], dass es direkt Überblicke gibt, dass man zum Beispiel im LKH [...] lesen kann, dass es die Möglichkeit nicht gibt. Weil das erfährt man halt erst eben, wenn man dann durch ist und den Weg hätte man sich definitiv sparen können dann. (.) Und dass es halt zum Beispiel auch im Internet steht, dass es von Klinik zu Klinik unterschieden wird und nicht zum Beispiel von Bundesland zu Bundesland, weil. (.) Also einfach, dass man beziehungsweise, dass man halt so eine Liste hat wie in Deutschland über das ‚Selbstbestimmt steril‘ und dass es das halt auch in Österreich gibt.“ (Interview 2, Z. 704-710)*

Nicht nur in Belindas Fall, sondern auch bei den anderen Befragten waren Informationen nicht transparent, weswegen sie einen erhöhten Zeitaufwand in Kauf nehmen musste, um ihre Sterilisation ermöglicht zu bekommen. Aus diesem Grund fordern viele der befragten Frauen

ähnliche Informationsangebote oder Netzwerke, wie sie bereits in Deutschland durch den Verein „Selbstbestimmt steril“ zur Verfügung stehen.

Der reglementierte Zugang ist somit dadurch gekennzeichnet, dass Frauen zwar die formalen Kriterien für eine Sterilisation in Österreich erfüllen, aber dennoch mit zahlreichen Hürden konfrontiert werden. Diese äußern sich auf zeitlicher, finanzieller sowie emotionaler Ebene. So müssen Frauen aktiv für ihre reproduktiven Rechte eintreten und ihre Autonomie oft mühsam durchsetzen.

Trotz der Herausforderungen, denen Belinda in Österreich begegnet ist, ist sie „prinzipiell [...] froh, dass man es in Österreich trotzdem durchführen kann“ (Interview 2, Z. 726). Dabei war für sie auch von Anfang an klar, dass sie alle Möglichkeiten in ihrem Heimatland ausschöpfen will und eine Reise ins Ausland für die Sterilisation keine Option darstellt:

*„Das wär so der Plan C oder F oder so nachher gewesen. Aber für mich war klar, dass ich in Österreich einfach einmal alle Wege ausschöpfe und für mich wär das auch bis zum Gericht dann gegangen. Also da bin ich einfach so ein Mensch, ich hab das Recht dazu und das schaffe ich, also das hole ich mir irgendwann einfach. Also da, ja, also für mich war einfach klar. Es war schon überraschend, dass es so schwer geht. Eben auch mit (...) körperlichen, psychischen Einschränkungen, die man halt auch diagnostiziert hat und damit habe ich jetzt nicht gerechnet.“* (Interview 2, Z. 354-359)

Für Belinda war es von zentraler Bedeutung, ihre reproduktiven Rechte in Österreich durchzusetzen und die Sterilisation im eigenen Land vornehmen zu lassen. Diese Haltung unterscheidet sich von anderen befragten Frauen, die sich für eine Sterilisation im Ausland entschieden haben und den letzten Zugangstypen bildet.

### **Ausweichender Zugang**

Der ausweichende Zugangstyp beschreibt hier Frauen, die ihre Sterilisation aufgrund von Restriktionen oder Hürden in Österreich nicht im eigenen Land durchführen ließen, sondern ins Ausland ausgewichen sind. Dieser Idealtyp umfasst die Erfahrungen von Clara, Denise, Emily und Gabriella. Aus den Interviews lassen sich zwei Hauptursachen für diesen Zugangstypen identifizieren.

Zum einen ist der Zugang in Österreich durch das gesetzliche Mindestalter von 25 Jahren eingeschränkt, was insbesondere für jüngere Frauen ein Hindernis darstellt. Dies war zum

Beispiel bei der damals 18-jährigen Denise der Fall, die zwar eine unterstützende Gynäkologin hatte, deren Hände jedoch aufgrund der rechtlichen Regelung gebunden waren:

*„Und mit 18 hab ich dann halt wirklich angefangen, dass ich schau, was da jetzt passen würd und habe auch mal mit meiner Gynäkologin, mit meiner Frauenärztin, darüber geredet, was die davon hält und so. Da hab ich nämlich auch wirklich eine super Frauenärztin. Also sie hat zwar schon klar gesagt, sie ist kein Fan davon, dass man sich so bald schon sterilisieren lassen kann, aber es ist meine Entscheidung und sie sieht, dass das für mich wichtig ist und dann kann sie dem auch zustimmen eigentlich.“ (Interview 4, Z. 127-132)*

Die Gynäkologin von Denise hätte sie somit grundsätzlich in ihrem Vorhaben unterstützt und ihre Entscheidung respektiert, auch wenn dies nicht ihren persönlichen Ansichten entsprach. Aufgrund der gesetzlichen Regelung war es jedoch nicht möglich, den Eingriff zu diesem Zeitpunkt in Österreich durchzuführen, da Denise das Mindestalter von 25 Jahren noch nicht erreicht hatte. Aus diesem Grund entschied sie sich, für die Sterilisation nach Deutschland zu reisen, wo der Eingriff bereits ab 18 Jahren möglich ist.

Ein anderes Beispiel hierfür ist Clara, die zum Zeitpunkt ihrer Sterilisation 23 Jahre alt war. Aufgrund der gesetzlichen Regelung war ihr bewusst, dass sie „da sowieso keine Chance mit Anfang 20 [hat], da irgendwie an eine Sterilisation zu kommen“ (Interview 3, Z. 90-91). Ohne mit ihrer Gynäkologin vorher darüber zu sprechen, entschied Clara sich aus diesem Grund dafür, sich in Deutschland sterilisieren zu lassen, um die gesetzlichen Hürden in Österreich zu umgehen:

*„Also ich mein, ich hab halt die Erfahrung nie gemacht in Österreich, mich durchsetzen zu müssen. Dass ich halt schon könnte, aber die Ärzte mir das verweigern. Diese, die Erfahrung hab ich halt nicht gemacht, weil ich mit 23 gesagt hab, ja keine Lust, mich da mit dem österreichischen System zu beschäftigen. Ich geh gleich woanders hin.“ (Interview 3, Z. 434-437)*

Da Clara zuvor im Internet gelesen hatte, „dass Österreich da sehr streng [...] [und] schon sehr konservativ ist“ (Interview 3, Z. 87-88), wollte sie mit dem österreichischen Medizinsystem nicht in Berührung kommen und wendete sich daher direkt an eine deutsche Klinik. So wurde ihr bereits zuvor auch von einer Bekannten, die im Krankenhaus arbeitet, mitgeteilt, dass Sterilisationen bei ihnen vor 35 Jahren grundsätzlich nicht durchgeführt werden. Durch Zufall stieß Clara dann auf den ehrenamtlichen Verein „Selbstbestimmt steril“ und erfuhr, dass der Zugang zu einer Sterilisation „anscheinend in Deutschland leichter [ist]“ (Interview 3, Z. 66).

Diese Information bestärkte sie in ihrer Entscheidung, den Eingriff im Ausland vornehmen zu lassen.

Im Gegensatz zu Clara bemühte sich Emily zunächst, sich in Österreich sterilisieren zu lassen. Ihren Prozess beschreibt sie wie folgt:

*„[...] mein Plan war, ich warte, bis ich 25 bin und ich lasse es in Österreich machen. Aber auch die Kliniken in Österreich, die Sterilisationen durchführen, [...] machen das aus deren Auffassung heraus, weil man länger warten sollte, erst prinzipiell ab 30, ab 35 bei Frauen, die schon Kinder haben. Und auch bei Arbeitskolleginnen, bei denen ich mich umgefragt habe, weil ich weiß, dass eine von ihnen eine Sterilisation machen hat lassen nach ihrem dritten Kind, ist es immer noch sehr auf Ablehnung gestoßen. Weil was ist, wenn sie ein viertes Kind will? Was ist, wenn ihr Mann ein viertes Kind will? Und diese Bevormundung immer und überall war einfach nicht mehr auszuhalten. Und dann habe ich gesagt, ja, ich reise nach Deutschland dafür.“ (Interview 5, Z. 119-127)*

Hier beschreibt Emily, dass sie ursprünglich vorhatte, mit der Sterilisation bis zu ihrem 25. Lebensjahr zu warten, um die gesetzlichen Voraussetzungen in Österreich zu erfüllen. Ihre Erfahrungen mit dem österreichischen Medizinsystem waren jedoch geprägt von zahlreichen Hürden und Abweisungen, weswegen sie sich letztlich dazu entschied, für ihre Sterilisation im Alter von 22 Jahren nach Deutschland zu reisen. Ein zentrales Problem stellte für Emily der erschwerte Zugang zu Informationen dar. Ihre „ganze Reise bis zur eigentlichen Sterilisation“ (Interview 5, Z. 471) beschreibt sie als mühsamen Versuch, verlässliche Informationen zu erhalten. Dies erläutert sie im Folgenden näher:

*„Eben nicht nur medizinisches Personal, sondern alles, was mit medizinischem Personal in Kontakt war. Auch wenn es jetzt nur, ich irgendwo angerufen habe und ich bin dann an eine Rezeption gelangt und habe gesagt, ‚Hey, das ist meine Situation. Ich weiß, dass es in Österreich erst ab 25 möglich [ist], aber ich wollte fragen, ob ich ein Aufklärungsgespräch oder eine generelle Information jetzt mit 22 schon bekommen kann?‘. Ein ‚Nein, tut uns leid‘, hätte gereicht, aber es war dann ein ‚Nein und überhaupt müssen Sie eh 35 sein und schon zwei Kinder haben‘, wurde mir tatsächlich so gesagt und dann wurde aufgelegt.“ (Interview 5, Z. 502-508)*

Neben solchen abweisenden Reaktionen am Telefon wurden laut Emily auch viele ihrer Anfragen per E-Mail „nie beantwortet“ (Interview 5, Z. 515). Zudem stellte sie fest, dass bei vielen der Krankenhäuser in Österreich eine Sterilisation bei Frauen erst „ab 35, ab 40, ab 45, ab dem zweiten, dritten, vierten Kind“ (Interview 5, Z. 361) möglich ist. Obwohl Emily auf

einen Arzt aufmerksam wurde, der eine Sterilisation ab 25 Jahren durchgeführt hätte, erforderte dieser ein psychologisches Gutachten:

*„Ich weiß, der Arzt, den ich mir damals angeschaut hatte, wo ich dachte, ja an meinem 25. Geburtstag melde ich mich dort, hat vier Einheiten von dem, von diesem psychologischen Gespräch zu je 160 die Stunde VORGECHLAGEN. Und das war halt das Mindestding, dass man sich bei ihm sterilisieren konnte.“ (Interview 5, Z. 352-355)*

Die vorausgesetzten psychologischen Gespräche wären jedoch „privat verrechnet“ (Interview 5, Z. 305) worden, was die Kosten für den Eingriff erheblich erhöht hätte. Zudem bestand die Möglichkeit, dass mehr als die vorgeschlagenen vier Sitzungen erforderlich gewesen wären, falls Emily nicht als „zurechnungsfähig“ (Interview 5, Z. 306) eingestuft worden wäre. Auch wenn Emily die höheren Kosten in Österreich für eine Sterilisation bewusst waren, stellten diese für sie zunächst „kein Thema“ (Interview 5, Z. 381) dar und sie „hätte diese [...] in Österreich gerne gezahlt“ (Interview 5, Z. 924-925). Doch die Voraussetzung mehrerer psychologischer Gespräche sowie der bereits lange und frustrierende Prozess, in dem sie immer wieder auf Ablehnung stieß, führten letztlich dazu, dass sie sich entschied, für die Sterilisation nach Deutschland zu reisen. So hatte sie „den Eindruck, dass die Psyche einfach nur als Vorwand benutzt wird, um [ihr] eben wieder die Selbstbestimmung abzusprechen“ (Interview 5, Z. 885-886). Während dieses langjährigen Prozesses hat sich bei Emily daher „sehr, sehr viel Frust angestaut [...] wegen den gesetzlichen Hürden, wegen der Bevormundung, wegen den sozialen Hürden, [und] wegen den Haltungen von vielen Ärzt\*innen“ (Interview 5, Z. 857-859), weswegen sie diese Ausweichung auch als „gewisse Trotzreaktion“ (Interview 5, Z. 923) bezeichnet.

Auf der anderen Seite wird bei dem Zugang zu einer Sterilisation nicht nur aufgrund des Alters ins Ausland ausgewichen, sondern auch aus anderen Gründen. Dies zeigt sich im Fall von Gabriella:

*„Sie [Gynäkologin] kann ‘s nicht. [...] Sie macht keine chirurgischen Eingriffe. Eben. Und sie hat diesen Gynäkologen vorgeschlagen und der verlangt halt einfach wirklich, steht dann AB 2.400. Und AB heißt immer mehr. Also es kostet nie 2.400 und es ist echt teuer und mei, wenn ich Millionärstochter wär, wär ‘s mir egal, aber. (LACHT)“ (Interview 7, Z. 397-400)*

Gabriellas Gynäkologin hat sie ähnlich wie bei Denise in ihrem Vorhaben unterstützen wollen. Trotz der Empfehlung eines gynäkologischen Operateurs, der Sterilisationen in Nähe ihres Heimatorts durchführt, sowie intensiver Recherchen von Gabriella selbst, konnte sie keine

Klinik auffinden, bei der die Kosten in ihrem Budget lagen und sie sich gleichzeitig auch wohl fühlte. Obwohl Gabriella die Ausweichung nach Deutschland zunächst vermeiden wollte, entschied sie sich aufgrund der erheblichen Kostenunterschiede und des bereits langen Prozesses des Suchens letztlich doch dazu, ihre Sterilisation in einer deutschen Stadt vornehmen zu lassen. So muss man laut ihrer Aussage in Österreich „schon wirklich selber die Arbeit leisten und [...] das ist viel Zeit, die [...] man da braucht“ (Interview 7, Z. 473-474). Auch wenn sie zwei Wochen vor ihrem Operationstermin in Deutschland „fürs Vorgespräch [...] einen Urlaubstag [nehmen]“ (Interview 7, Z. 275) muss, haben sich die finanziellen Kosten trotz vermehrten zeitlichen Kosten für sie ausgezahlt.

Aus den geführten Interviews lässt sich somit ableiten, dass Frauen sich aufgrund rechtlicher Einschränkungen oder sozialer Barrieren dazu entscheiden, ihre Sterilisation im Ausland durchführen zu lassen. Dabei ist zu unterscheiden zwischen Frauen wie Emily und Gabriella einerseits, die zunächst den Willen hatten, den Eingriff in Österreich vornehmen zu lassen, aber aufgrund sozialer oder finanzieller Hürden sich dagegen entschieden, und Frauen wie Clara und Denise andererseits, die sich aufgrund des gesetzlichen Mindestalters direkt an Kliniken im Ausland wandten, ohne es vorher in Österreich zu versuchen oder abzuwarten.

Der Zugang zu einer Sterilisation in Deutschland erwies sich für die Befragten als einfach und unkompliziert. Das ist unter anderem auch darauf zurückzuführen, dass Frauen mit Sterilisationswunsch sich an den in Deutschland ansässigen Verein „Selbstbestimmt steril“ wenden können, welcher sie in ihrer Suche nach einer geeigneten Praxis und bei der Informationsbeschaffung unterstützt. Diese Leistung hat auch Clara in Anspruch genommen:

*„Ja ich hab mir gedacht, ‚Ja gut, ich hab Familie in Deutschland. Also werde ich jetzt mal darauf zurückgreifen‘, und hab einfach mal geschaut, ob bei meinem Patenonkel, mit dem ich halt dann doch den besten Kontakt habe, und der, wo ich weiß, dass der mich da unterstützen würde, mal geschaut, ob da irgendeine Klinik oder halt bei der Karte von Selbstbestimmt steril habe ich dann geschaut, ob, welcher Arzt dort in der Nähe ist und hab die dann angeschrieben. Und auch dann dort direkt ein Termin bekommen. [...] Ich hab denen schon auch geschrieben. Die haben mir dann aber witzigerweise genau die gleiche Praxis empfohlen. [...] Die haben mir die empfohlen, weil sie halt gesagt haben, die sind auch super für ausländische Patienten, weil die das Vorgespräch und die OP halt im Abstand von einem Tag machen und nicht, wie’s halt sonst ganz gerne gemacht wird, zwei Wochen dazwischen. Dass halt, wenn man immer hin und herfahren muss, dann doch ein bisschen kompliziert werden kann.“ (Interview 3, Z. 160-174)*

Obwohl Clara bereits unabhängig von dem Verein eine passende Praxis gefunden hatte, konnte sie die Unterstützung des Vereins nutzen, um eine Praxis ausfindig zu machen, die ihren individuellen Bedürfnissen als ausländische Patientin gerecht werden konnte. Eine ähnliche Erfahrung machte auch Denise, der vom Verein eine Klinik empfohlen wurde, „die auf ausländische Patienten [...] spezialisiert sind“ (Interview 4, Z. 170-171). Auch Emily konnte mithilfe von „Selbstbestimmt steril“ eine Klinik ausfindig machen, bei der das Aufklärungsgespräch „zwei Tage vor der OP“ (Interview 5, Z. 439) stattfinden konnte. Indem es möglich war, das Vorgespräch und die Operation innerhalb von zwei oder drei aufeinanderfolgenden Tagen durchzuführen, wurde der Prozess für Clara, Denise und Emily erheblich erleichtert, da sie nicht mehrmals zwischen Österreich und Deutschland pendeln mussten. Ihre Erfahrungen zeigen, wie wertvoll unterstützende Netzwerke wie „Selbstbestimmt steril“ für Frauen mit Sterilisationswunsch sein können, um den Zugang zu diesem Eingriff zu vereinfachen.

Der Umgang in den deutschen Kliniken wird von den Befragten insgesamt als „sehr super“ (Interview 4, Z. 98) und „echt entspannt“ (Interview 3, Z. 106) beschrieben. Die Beweggründe wurden dabei vom medizinischen Personal nicht hinterfragt und sie sind auch „keine[n] Vorurteile[n]“ (Interview 3, Z. 105) begegnet. Clara führt dies darauf zurück, dass in den deutschen Kliniken davon ausgegangen wird, „wenn man da schon nach Deutschland fährt, die 1.000 Kilometer, dass man sich dann schon sicher ist“ (Interview 3, Z. 185-186). Besonders positiv hebt Denise hervor, dass im Vorgespräch nicht ihre persönlichen Beweggründe im Fokus standen, sondern die medizinische Aufklärung:

*„das Vorgespräch, das war wirklich super, weil halt auch einfach nicht wirklich darauf eingegangen worden ist, was jetzt meine Beweggründe dazu sind. Es ist nur einfach gefragt worden, ob einfach kurzer Grund und halt, ob ich mir bewusst bin, was das ist und dass man das nicht mehr rückgängig machen kann und so. Genau. Und sonst ist darauf jetzt nicht wirklich drauf eingegangen worden, sondern es ist dann halt wirklich nur erklärt worden, ja, was wird da jetzt gemacht. Was sind die Risiken und so weiter und so fort.“* (Interview 4, Z. 181-186)

Diese Erfahrungen zeigen, dass der Fokus in den deutschen Kliniken auf der medizinischen Aufklärung und der Sicherstellung der informierten Entscheidung der Patientinnen liegt, ohne ihre persönlichen Motive infrage zu stellen. Mit dem ausweichenden Zugangstypen sind jedoch auch ein erhöhter Zeitaufwand sowie zusätzliche monetäre Kosten verbunden. So musste sich beispielsweise Denise für ihre Sterilisation in Deutschland „vier Tage Urlaub [nehmen]“

(Interview 4, Z. 380). Auch Emily äußert, dass durch die Reise neben der Sterilisation selbst noch zusätzliche Kosten entstanden sind:

*„Und daraus wurde dann, weil es eben 11 Stunden mit Zug- und Busreise insgesamt waren, ein schöner Kurzurlaub [...]. Und gekostet hat mich das Ganze samt Hotel, samt Zugtickets et cetera. 1.400 Euro circa. [...] Also nicht nur, dass es sehr viel einfacher war, die Sterilisation in Deutschland zu bekommen, es hat sich auch finanziell ausgezahlt. Es war weniger als die HÄLFTE von den OP-Kosten in Österreich.“* (Interview 5, 331-336)

Trotz den vermehrten Kosten aufgrund der Anfahrt und Unterkunft hat sich die Sterilisation in Deutschland somit als günstiger erwiesen als die zu erwartenden Kosten in Österreich. Emily weist jedoch auch darauf hin, dass sie „privilegiert genug [war], [...] nicht darauf sparen [zu müssen]“ (Interview 5, Z. 942-943). Zudem würde es ihre derzeitige Lebenssituation nicht mehr zulassen, „so einfach und so flexibel für eine Woche [zu] verreisen“ (Interview 5, Z. 809-810).

Obwohl der Zugang im Ausland als unkompliziert und vergleichsweise einfach beschrieben wird, verdeutlicht dieser Zugangstyp dennoch die bestehenden Hürden in Österreich. Dies beschreibt Denise im folgenden Interviewausschnitt:

*„ich war jetzt in, in Deutschland und ich find, in Österreich wär's auch super, wenn es sowas Ähnliches geben würde wie ‚Selbstbestimmt steril‘ für Frauen, die sich halt in Österreich sterilisieren lassen möchten. Ja oder generell auch mal das Gesetz anzupassen, weil wenn's in Deutschland geht, dass man sich mit 18 sterilisiert, wär das wirklich sehr naheliegend, dass das in Österreich auch geht und nicht erst ab 25, weil sieben Jahre ist doch eine lange Zeit.“* (Interview 4, Z. 410-414)

In Österreich wird der Zugang zur Sterilisation somit nicht nur durch das höhere Mindestalter von 25 Jahren eingeschränkt, sondern auch durch das Fehlen von Informationsangeboten und Unterstützungsnetzwerken wie „Selbstbestimmt steril“. Diese Umstände zwingen Frauen dazu, ins Ausland auszuweichen, um ihren Wunsch nach einer Sterilisation zu verwirklichen. Der ausweichende Zugangstyp stellt somit eine positive Erfahrung für die Befragten dar. Gleichzeitig spiegelt er jedoch die bestehenden Zugangsbeschränkungen in Österreich wider, die Frauen dazu zwingen, zusätzliche Kosten und einen erhöhten Zeitaufwand in Kauf zu nehmen, um ihr Recht auf reproduktive Selbstbestimmung zu realisieren.

## 8 DISKUSSION

Im Rahmen dieser Arbeit habe ich den Zugang kinderfreier Frauen zu einer freiwilligen Sterilisation in Österreich mithilfe von qualitativen Interviews untersucht. Auch wenn die empirische Realität überaus komplex ist und die Erfahrungen der sterilisierten Frauen die vielfältigen Facetten widerspiegeln, kristallisieren sich dennoch drei zentrale Konstruktionen heraus, die auf den Zugang zu einer Sterilisation einwirken. So implizieren die erhobenen Interviews, dass sowohl von sterilisierten Frauen als auch von Außenstehenden soziale Konstruktionen entlang Geschlecht, Körper und Autonomie hergestellt werden. Im Folgenden möchte ich diese drei Themen näher unter Berücksichtigung der bestehenden Literatur diskutieren. Dabei möchte ich jedoch anmerken, dass diese Konstruktionen in der Realität nicht getrennt voneinander zu betrachten sind, sondern eng miteinander zusammenhängen. Dies wird sich auch in den folgenden Kapiteln zeigen.

### 8.1 Geschlecht

*„Irgendwo, ja, irgendwo kommt es dann halt wieder darauf zurück, dass ich einfach ein Kind haben soll und ich soll einfach still sein und ich soll einfach eine Mutter sein. Und das ist das, was von mir erwartet wird.“ (Emily, Z. 949-951)*

Die Interviewdaten zeigen, dass der Zugang zu einer freiwilligen Sterilisation durch gesellschaftliche Geschlechterkonstruktionen geprägt ist. Damit schließen meine Ergebnisse an bestehende Studien von McQueen (2020, 2017), Lalonde (2018), Richie (2013) an, welche bereits festgestellt haben, dass Frauen im Vergleich zu Männern oft Hürden bei dem Wunsch einer Sterilisation begegnen. Dies äußert sich unter anderem darin, dass Ärzt\*innen Frauen die Sterilisation häufiger verweigern, während Männer bei einer Vasektomie seltener mit Widerständen konfrontiert sind. So berichteten sowohl Emily als auch Felicitas, dass männliche Bekannte in ihrem Umfeld sterilisiert wurden, ohne dabei auf vergleichbare Hindernisse zu stoßen. Auch die Aussagen der befragten Ärztin und des Arztes bestätigen, dass bei Anfragen von Frauen nicht selten die Option einer Vasektomie des Partners als Alternative vorgeschlagen wird. Allerdings ist hier festzuhalten, dass die Perspektiven von Männern in dieser Arbeit nicht erhoben wurden und sich diese Erkenntnis ausschließlich auf den Aussagen der befragten Frauen sowie der Ärzt\*innen stützt.

Weiterhin verweist die bestehende Literatur auf eine gesellschaftliche Erwartungshaltung an Frauen, Mutter zu werden (Szekeres et al., 2023). Dies wird auch als „Pronatalismus“ bezeichnet (McQueen, 2020). So wird Mutterschaft als normativer Lebensweg konstruiert, wodurch Frauen ohne Kinderwunsch einem Begründungszwang unterliegen (Correll, 2009). Dieser zeigt sich insbesondere im reglementierten Zugang zu einer Sterilisation, bei dem kinderfreie Frauen ihre Entscheidung mehrfach rechtfertigen müssen. Correll (2009) argumentiert, dass ethische oder moralische Beweggründe dabei eher gesellschaftliche Anerkennung finden, während der individuelle Wunsch, sich nicht zu reproduzieren, weniger legitim erscheint. Richie (2013) differenziert dabei zwischen medizinischen und persönlichen Motiven für eine Sterilisation. Die in dieser Arbeit befragten Frauen nannten insbesondere persönliche Beweggründe, womit jedoch ein höherer Rechtfertigungsdruck verbunden ist. Aus den Ergebnissen wird ersichtlich, dass die soziale Akzeptanz einer Sterilisation je nach Zugangstypen variiert. Frauen, die einen konformen oder ausweichenden Zugang erlebten, mussten ihre Entscheidung weniger rechtfertigen als jene, die einen reglementierten Zugang erlebten. Der aus dem pronatalistischen Ideal resultierende Begründungszwang entsteht jedoch nicht nur bei medizinischem Personal, sondern tritt auch im sozialen Umfeld der Frauen in Erscheinung. So besteht insbesondere bei dem kritischen sozialen Umfeld häufig die von McQueen (2020) beschriebene Vorstellung, dass Mutterschaft essenziell für ein glückliches und erfülltes Leben von Frauen ist. Einige Frauen entziehen sich diesem Rechtfertigungsdruck, indem sie ihre Entscheidung für eine Sterilisation nicht offen kommunizieren. Der zuvor beschriebene Idealtyp des ausgeschlossenen sozialen Umfelds veranschaulicht diese Dynamik. Damit knüpfen die Ergebnisse an Park (2002) an, welche impliziert, dass kinderfreie Personen ihre Entscheidung häufig privat halten und aus Angst vor Stigmatisierung schweigen. In den hier geführten Interviews ist das soziale Umfeld der befragten Frauen jedoch in der Regel bereits darüber informiert, dass kein Kinderwunsch besteht. Verschwiegen wird in manchen Fällen lediglich die Sterilisation. Wie das Beispiel von Alina zeigt, hängt dies auch nicht zwangsläufig mit der Angst vor Stigmatisierung zusammen, sondern kann auch Ausdruck von der Haltung sein, dass Verhütung eine private Angelegenheit ist. Weiterhin verdeutlichen die Erfahrungen von Belinda, dass psychische Erkrankungen zwar nicht als medizinischer Grund anerkannt werden, aber mehr Legitimität von medizinischem Personal und dem sozialen Umfeld erfahren.

Im Zugang zu einer freiwilligen Sterilisation wird außerdem das Gefühl der „Reue“ sozial konstruiert, wie es Lalonde (2018) beschreibt. Die Veröffentlichungen von McQueen (2020,

2017) und Richie (2013) zeigen ebenfalls, dass die Verweigerung einer Sterilisation durch medizinisches Personal häufig mit der Befürchtung zukünftiger Reue begründet wird. Insbesondere bei Frauen ohne Kinder und in jüngerem Alter wird von medizinischen Fachkräften angenommen, dass das Risiko, die Entscheidung später zu bereuen, höher sei (McQueen, 2017). Lalonde (2018) hebt dabei hervor, dass diese Annahme vor allem Frauen betrifft, während Männer davon weitgehend ausgenommen sind. Auch aus den Interviews geht hervor, dass die Konstruktion von Reue eine zentrale Rolle im Zugang zu einer Sterilisation spielt. So betonte die ärztliche Seite in den Gesprächen mehrmals die Gefahr, dass Frauen ihre Entscheidung bereuen könnten. Wie Lalonde (2018) argumentiert, ist Reue jedoch nicht lediglich eine individuelle Emotion, sondern wird in Relation zu sozialen Normen und Erwartungen hergestellt, da ohne gesellschaftliche Vorstellungen keine Grundlage darüber besteht, was eine Person bereuen könnte. Demnach ist es Ergebnis von sozialen Konstruktionen, was als bereuenswert gilt und was nicht (Lalonde, 2018; Donath, 2016). Im Kontext von freiwilligen Sterilisationen wird das Verständnis von Reue durch pronatalistische Normen geprägt, die Frauen einen angeblich „natürlichen“ biologischen Drang zuschreiben, Kinder zu bekommen. Diese pronatalistischen Vorstellungen zeigen sich besonders deutlich bei jüngeren Frauen, da sie aufgrund ihres Alters noch ein größeres „Reproduktionspotenzial“ besitzen. Ihr Sterilisationswunsch wird daher sowohl von medizinischem Personal als auch im sozialen Umfeld häufiger hinterfragt. So zeigen auch die Interviews, dass insbesondere jüngere Frauen, wie die damals 23-jährige Clara oder die 22-jährige Emily, davon berichten, oft mit dem Narrativ der Reue konfrontiert gewesen zu sein. Im Gegensatz dazu erleben Frauen wie Felicitas, die zum Zeitpunkt ihrer Sterilisation bereits 39 Jahre alt war, einen vergleichsweise unproblematischen Zugang und waren weniger von solchen Annahmen betroffen.

Darüber hinaus lassen sich meine Ergebnisse mit den Erkenntnissen von Hummer (2024) verbinden, welche ebenso wie Neyer und Bernardi (2011) feststellt, dass Mutterschaft sowie das reproduktive Potenzial von Frauen gesellschaftlich als zentrale Bestandteile der weiblichen Identität konstruiert werden. Wie auch Krüger-Kirn (2013) hervorhebt, wird eine Frau erst mit einem Kinderwunsch als „richtig“ weiblich anerkannt. Die Ergebnisse aus den Interviews zeigen, dass sterilisierte Frauen sich von dieser normativen Vorstellung von Weiblichkeit abgrenzen und ihre weibliche Identität unabhängig von Mutterschaft definieren. So wird die Sterilisation nicht als identitätseinschränkend erlebt, sondern stellt vielmehr einen emanzipatorischen Akt für deren Lebensgestaltung und körperliche Identität dar. Obwohl die Soziologie bereits eine Vielzahl an Identitätstheorien bietet, ist es hier aus Kapazitätsgründen

nicht möglich, diesen Aspekt weiter zu diskutieren. Eine vertiefte Auseinandersetzung mit der weiblichen und körperlichen Identität würde den Rahmen dieser Arbeit überschreiten und bleibt daher künftigen Forschungsarbeiten vorbehalten.

Zusammenfassend zeigen die geführten Interviews, dass zentrale Erkenntnisse der bestehenden Literatur bestätigt und erweitert werden können. Geschlechterkonstruktionen erweisen sich als ein entscheidender Faktor für den Zugang zu einer freiwilligen Sterilisation. Während die Studien von McQueen (2020, 2017), Richie (2013) und Lalonde (2018) sich vor allem auf englischsprachige Länder beziehen, lassen sich ähnliche Einflüsse von Geschlecht auf die Zugangserfahrungen zu einer Sterilisation auch im österreichischen Kontext erkennen. Besonders proutalistische Normen, verbunden mit einem vorherrschenden Mutterschaftsideal und einer sozial konstruierten Reue, scheinen für den Zugang zu einer Sterilisation eine bedeutende Rolle zu spielen.

## 8.2 Körper und Körperlichkeit

*„Mutterschaft ist ja so das große Ding in unserer Gesellschaft und wir Frauen sind ja faktisch nur dafür da. Wir sind ja im Grunde Gebärmaschinen äh mit Haaren“ (Felicitas, Z. 54-55)*

Für die Diskussion der Rolle von Körper und Körperlichkeit bei dem Zugang zu einer freiwilligen Sterilisation möchte ich auf Raewyn Connells (2013) Theorie des vergeschlechtlichten Körpers zurückgreifen. Diese beschreibt Körper sowohl als handelnde Subjekte als auch als Objekte sozialer Konstruktionen. Demnach zeichnen sich Körper nicht nur durch ihre biologischen Funktionen aus, sondern sind auch von sozialen Prozessen betroffen, welche durch Geschlecht strukturiert sind. Geschlecht stellt dabei eine „spezifische Form der sozialen Verkörperung“ (Connell, 2013, S. 99) dar, in der sich gesellschaftliche Strukturen über körperliche Merkmale wie der Reproduktionsfähigkeit einschreiben. Wie Federici (2012) und Dalla Costa (1973, 2005/2022) bereits eindrücklich veranschaulichen, wurden weibliche Körper historisch aufgrund kapitalistischer Interessen auf ihre Gebärfunktion reduziert. Dalla Costa (1973) bezeichnet dies auch als einen „Zwang zum Gebären“ (S. 37), wo Frauen als reproduktive Ressourcen galten, deren Uterus zur Produktion neuer Arbeitskräfte diente. Dementsprechend steht auch der gesellschaftliche Wert einer Frau in engem Zusammenhang mit ihrer Fähigkeit, Kinder zu gebären (Fikslin, 2021). Obwohl heutzutage Frauen in westlichen Gesellschaften nicht mehr ausschließlich auf ihre Funktion des Gebärens

reduziert werden (Bleisch & Büchler, 2020), spiegelt sich dieses Bild des weiblichen Körpers auch in den Interviews wider. So zeichnet sich in den Gesprächen mit den Ärzt\*innen ab, dass der Verlust der Fähigkeit, ohne medizinische Unterstützung schwanger zu werden, als bedauernswert dargestellt wird. Zwar wird die Endgültigkeit der Sterilisation durch Alternativen wie die künstliche Befruchtung relativiert, aber es bleibt dabei dennoch das Bild des weiblichen Körpers bestehen, der primär auf seine Reproduktionsfunktion reduziert wird. Die Gebärfähigkeit wird somit weiterhin als zentraler Bestandteil des weiblichen Körpers konstruiert. So dient auch im sozialen Umfeld der befragten Frauen der Erhalt dieser Körperfunktion als Argument gegenüber kritischen Stimmen, wie zum Beispiel Clara und Emily berichten. Mit der Fähigkeit des Gebärens wird somit eine Differenz zwischen Mann und Frau hergestellt, die auch den Zugang zu medizinischen Eingriffen wie der Sterilisation beeinflussen kann. Die Ergebnisse aus den Interviews implizieren, dass normative Vorstellungen über den weiblichen Körper dabei auch tief in die medizinische Praxis eingebunden sind.

Da der weibliche Körper nicht nur gesellschaftlich primär als reproduktiv konstruiert wird (Connell, 2013), sondern auch von vielen medizinischen Fachkräften, wie die Aussagen aus den Interviews nahelegen, steht der Sterilisationswunsch einer Frau im Widerspruch zu deren Vorstellungen. So kann die Sterilisation als Symbol einer „Verletzung des [...] konsistenten hegemonialen Familienleitbilds“ (Popp, 2009, S. 94) betrachtet werden. Im Zugang zu einer freiwilligen Sterilisation spiegelt sich somit das von Correll (2009) beschriebene „Spannungsverhältnis zwischen pronatalistischen Leitbildern familienpolitischer Diskurse und dem subjektiven Wissen von gewollt kinderlosen Frauen“ (S. 260). Aufgrund dieses Bruchs mit sozialen Normen, begründen Ärzt\*innen ihre Zweifel gegenüber einer Sterilisation bei Frauen oft mit dem Argument der potenziellen Reue, wie Lalonde (2018) zeigt und im vorherigen Kapitel diskutiert wurde. Neben der sozialen Konstruktion von Reue wird jedoch auch die Sterilisation selbst als „Eingriff“ in den weiblichen Körper besonders hervorgehoben. Im Vergleich zu Männern wird die Sterilisation bei Frauen von medizinischem Personal als schwerwiegender und invasiver dargestellt. Die Ergebnisse aus den Interviews deuten an, dass dies nicht allein auf den erhöhten zeitlichen und finanziellen Aufwand zurückzuführen ist, sondern auch mit der sozialen Konstruktion des weiblichen Körpers als besonders schützenswert aufgrund seines reproduktiven Werts in Zusammenhang steht. Die Erfahrungen der befragten Frauen zeigen, dass aufgrund dieser vergeschlechtlichten Konstruktion des weiblichen Körpers der Zugang zu einer Sterilisation erschwert werden kann.

Im Zugang zu einer Sterilisation wird zudem das „Reproduktionspotenzial“ von jungen Frauen besonders hervorgehoben, da ihre Körper als fähig angesehen werden, noch über einen langen Zeitraum Kinder zu gebären. Pronatalistische Erwartungen richten sich laut Fikslin (2021) nicht nur insbesondere an Frauen, die weiß und sozial privilegiert sind, sondern auch körperlich als „gesund“ wahrgenommen werden. So zeichnet sich auch in den Gesprächen mit den Ärzt\*innen ab, dass jungen Frauen ein hoher reproduktiver Wert zugeschrieben wird. Ein „gesunder“ und „junger“ Körper wird dabei weniger als sterilisationswürdig betrachtet, da er noch über großes „Reproduktionspotenzial“ verfügt. Dies zeigt sich beispielsweise in der Haltung der befragten Ärztin, die betonte, dass der Sterilisationswunsch einer jungen Frau ohne Kinder oft kritischer geprüft wird als der einer älteren Frau mit Kindern. Auch der befragte Arzt implizierte ein größeres Reproduktionspotenzial bei jungen Frauen im Vergleich zu älteren Frauen. Die Erfahrungen von beispielsweise Belinda deuten zudem darauf hin, dass eine Sterilisation bei Frauen mit psychischen Erkrankungen eher gesellschaftlich akzeptiert wird, da ihr Körper weniger als „gesund“ wahrgenommen wird. Die Ergebnisse aus den Interviews schließen somit an Fikslin (2021) an, dass vor allem junge Frauen, deren Körper als „gesund“ und reproduktionsfähig gelten, stärker an pronatalistische Normen gebunden sind. Frauen sind somit auch heute noch „dem hegemonialen Körper- und Reproduktionsdiskurs unterworfen“ (Krüger-Kirn, 2015, S. 322). Es ist jedoch anzumerken, dass in dieser Arbeit keine Frauen mit physischen Behinderungen oder Erkrankungen befragt wurden, weshalb ein Vergleich zwischen „gesundem“ und „krankem“ Körper hier nur begrenzt vorgenommen werden kann. Wie Connell (2007) zudem anmerkt, sind Körper in der Gesellschaft nicht nur vergeschlechtlicht, sondern auch rassifiziert. Schickler et al. (2021) zeigen, dass in der Vergangenheit insbesondere marginalisierte Frauengruppen von Zwangssterilisationen betroffen waren, während hingegen weißen Frauen die Möglichkeit einer freiwilligen Sterilisation häufig verwehrt blieb. Dies steht auch im Einklang mit der von Etzemüller (2009) definierten „doppelt differenzierten Fertilität“ (S. 66). Da in dieser Arbeit jedoch lediglich weiße Frauen befragt wurden, können hierzu keine verifizierenden Aussagen getroffen werden.

Inwiefern kann nun der Zugang zu einer freiwilligen Sterilisation als „körperreflexive Praxis“ verstanden werden? Mit dem Konzept der körperreflexiven Praxis verdeutlicht Connell (2013), dass soziale Strukturen einerseits auf den Körper einwirken, aber Menschen auch über und mit ihren Körpern handeln. Der vergeschlechtlichte Körper stellt dabei einen Ort dar, an dem soziale Zuschreibungen stattfinden. So wird in der „reproduktiven Arena“, hier die Medizin, die Fähigkeit, gebären zu können, als gesellschaftlich wertvoll markiert und insbesondere die

Körper von Frauen über ihr „Reproduktionspotenzial“ bewertet. Dabei wägen Ärzt\*innen unter anderem anhand des Alters und der Gesundheit des Körpers ab, ob eine Sterilisation legitim ist. Diese individuelle Bewertung geschieht häufig nicht auf Basis von objektiven Kriterien, sondern spiegelt die eigenen Haltungen wider, welche in soziale Normen eingebettet sind. Da der Körper in Bezug auf den Zugang zu einer freiwilligen Sterilisation zu einem Spiegel von gesellschaftlichen Vorstellungen über Geschlecht, Mutterschaft und Alter wird, kann man diesen als körperreflexive Praxis verstehen.

Gleichzeitig stellt die Sterilisation auch aus Sicht der befragten Frauen eine körperreflexive Praxis dar. Indem sie sich dazu entscheiden, sich sterilisieren zu lassen, reflektieren sie nicht nur ihren Körper selbst, sondern auch seine gesellschaftliche Rolle. So war es für viele der sterilisierten Frauen ein jahrelanger Prozess, sich mit der ihnen auferlegten Reproduktionsverantwortung auseinanderzusetzen und gesellschaftliche Erwartungen an sie als Frauen zu hinterfragen. Der Körper stellt für den Zugang zu einer Sterilisation somit nicht nur ein Objekt dar, über das geurteilt wird, sondern etabliert sich ebenfalls zu einem Ort des Widerstands und der Emanzipation. Wie in den idealtypischen Bedeutungszuschreibungen von Belinda und Emily hervorgegangen ist, stellt die Sterilisation auch einen wichtigen Schritt für deren körperliche Identität dar. Der Körper wird somit gleichzeitig zu Subjekt und Objekt von gesellschaftlichen Aushandlungen (Young, 1980). Als Subjekt wird er durch die individuelle Handlung der Frau sichtbar, die eine bewusste und reflektierte Entscheidung über ihren Körper trifft. Als Objekt wird der vergeschlechtlichte Körper durch medizinische Instanzen behandelt, die unter Einfluss von sozial hergestellten Normen über dessen „Sterilisationswürdigkeit“ urteilen.

Insgesamt verdeutlichen sowohl die bisherige Forschung als auch die hier durchgeführten Interviews, dass die Körper von Frauen eng mit gesellschaftlichen Vorstellungen von Reproduktion und Weiblichkeit verknüpft sind. Die Ergebnisse implizieren, dass diese sozial konstruierten Zuschreibungen den Zugang zu einer freiwilligen Sterilisation beeinflussen können. Neben Geschlecht und Alter werden somit auch über die Körperlichkeit Zugangsmöglichkeiten reguliert. Aus Sicht der befragten Frauen steht die Sterilisation jedoch nicht nur für den Verzicht auf Reproduktion, sondern wird auch als Symbol für deren reproduktive Autonomie und Selbstbestimmung über den eigenen Körper verstanden. Im nächsten Kapitel werden daher die Ergebnisse unter Einbeziehung des theoretischen Rahmens mit Blick auf Autonomie näher diskutiert.

### 8.3 Autonomie

*„Also im Prinzip ist das ihre Entscheidung und jeder darf selber entscheiden und über den eigenen Körper mehr oder weniger verfügen. Das ist einfach so.“ (Ärztin, Z. 116-117)*

Wie bei allen reproduktiven Entscheidungen ist auch bei der Sterilisation Autonomie ein zentrales Thema. In Kapitel 5.2 habe ich hierzu verschiedene Definitionen von Autonomie vorgestellt. Die bestehende Literatur zeigt, dass ein individualistisches Verständnis von Autonomie in der Medizin vorherrschend ist (Lewis & Holm, 2022; Mackenzie, 2008). Diese These bestätigen auch meine Interviews mit den Ärzt\*innen. So verstehen sie ihre Patientinnen als autonome Subjekte, die selbst über ihren Körper entscheiden können. Insbesondere die Aussagen der befragten Ärztin zeigen jedoch, dass ihre eigene Perspektive als Mutter in ihre Bewertung der Beweggründe der Frauen mit Sterilisationswunsch miteinfließen. Obwohl sie mehrmals betont, dass die Frau selbst über ihren Körper entscheiden kann, sagt sie an anderer Stelle, dass die Werte von Ärzt\*innen immer miteinfließen. Ihre Aussagen sind daher ambivalent. Zusammen mit den Erfahrungen aus den Gesprächen mit den sterilisierten Frauen wird deutlich, dass viele Gynäkolog\*innen ihre medizinischen Bewertungen nicht von eigenen Werten loslösen können. Wie autonom können die Frauen also wirklich handeln?

Im Rahmen der erhobenen Interviews hat sich gezeigt, dass die Entscheidungsfähigkeit der Frauen in vielen Fällen zunächst geprüft wird. Wie die befragte Ärztin beschreibt, werden dabei verschiedene Fragen gestellt, um zu testen, wie sicher sich die Frauen in ihrer Entscheidung sind. Dass insbesondere junge und kinderfreie Frauen mit Sterilisationswunsch sich in Österreich häufig mit prüfenden Fragen konfrontiert sehen, die ihre Entscheidung hinterfragen und sie dazu zwingen, diese rechtfertigen zu müssen, bestätigen auch die Erfahrungen vieler der befragten Frauen. Aus den Gesprächen geht hervor, dass die Frauen unterschiedlich auf das Hinterfragen ihrer Entscheidung reagieren. Während beispielsweise Alina diese Fragen als Teil des Prozesses akzeptierte, empfanden vor allem Belinda und Emily diesen Begründungszwang als äußerst belastend. Die verschiedenen Umgangsstrategien, mit denen Frauen auf diese Herausforderungen reagieren, sind jedoch nicht Fokus dieser Arbeit und können daher an dieser Stelle nicht weiter vertieft werden.

Obwohl Frauen also grundsätzlich als autonome Subjekte anerkannt werden, wird deren Entscheidung aufgrund pronatalistischer Werte von Ärzt\*innen oft infrage gestellt. Dieses medizinische Verhalten wird auch als Paternalismus bezeichnet, bei dem die Autonomie der

Patientin nicht respektiert wird (McQueen, 2020; Benn & Lupton, 2005). Dabei treten die persönlichen Werte von medizinischem Personal in den Vordergrund und überlagern das individuelle Entscheidungsrecht der Frau (Kreß, 2015). Aus medizinethischer Perspektive kritisiert McQueen (2020) diese Behandlungspraxis jedoch als Einschränkung der reproduktiven Kontrolle von Frauen, da in deren körperliche Autonomie eingegriffen wird. Wenn Ärzt\*innen eine Sterilisation mit der Begründung ablehnen, die Patientin könnte ihre Entscheidung später bereuen, projizieren sie ihre eigenen Vorstellungen davon, was für die Patientin das Beste sei, auf diese (Benn & Lupton, 2005). Mit der „Behandlungsverweigerung aus Gewissensgründen“ (Fiala & Arthur, 2015, S. 311) wird somit ein Machtungleichgewicht zwischen Ärzt\*innen und Patient\*innen hergestellt, wo medizinische Fachkräfte ihre Vertrauens- und Machtposition missbrauchen, um den von ihnen abhängigen Patient\*innen persönliche Überzeugungen aufzuzwingen. In vielen Ländern erschwert dies den Zugang zu medizinischen Behandlungen, obwohl diese gesetzlich erlaubt sind (Fiala & Arthur, 2015). Da reproduktive Gesundheitsleistungen überwiegend Frauen betreffen, handelt es sich bei solchen Verweigerungen zugleich um eine Form von geschlechtsspezifischer Diskriminierung (Bleisch & Büchler, 2020; Fiala & Arthur, 2015). Dass insbesondere Frauen im Vergleich zu Männern der Zugang zu einer freiwilligen Sterilisation erschwert wird und ein geschlechtsspezifisches Ungleichgewicht existiert, haben bereits mehrere Studien belegt (McQueen, 2020; Lalonde, 2018; McQueen, 2017; Richie, 2013) und wurde zuvor diskutiert.

Darüber hinaus sind Informationen ein wichtiger Bestandteil für die Ausübung von reproduktiver Autonomie (Bleisch & Büchler, 2020; Almeida & Da Silva, 2019). Sie stellen nicht nur eine Grundlage für viele Entscheidungen dar, sondern gelten auch selbst als wichtige Gesundheitsleistung (Fedeli et al., 2023). Aus medizinischer Sicht wird diese Leistung vor allem durch das Aufklärungsgespräch erbracht, dessen Bedeutung in den Interviews mit den Ärzt\*innen auch mehrfach betont wurde. Allerdings hebt Laufer-Ukeles (2011) hervor, dass die von medizinischem Personal erbrachten Informationen nie objektiv sein können, sondern auch immer eigene Werte und Haltungen widerspiegeln. Dies zeigte sich auch in den Gesprächen mit den sterilisierten Frauen. Während beispielsweise Belinda und Gabriella von ihren Gynäkologinnen über ihre Möglichkeiten umfassend aufgeklärt und in ihrem Vorhaben unterstützt wurden, haben auf der anderen Seite zum Beispiel Clara und Emily nur begrenzte Informationen von ihren Gynäkologinnen erhalten oder wurden auch von der Sterilisation aufgrund eigener Vorbehalte abgeraten.

Allgemein zeigen die Gespräche mit den sterilisierten Frauen, dass Informationen bereits vor der Kontaktaufnahme mit operierenden Ärzt\*innen eine wichtige Grundlage für autonomes Handeln und den Zugang zu einer Sterilisation bilden. Aus den Interviews geht hervor, dass die Frauen sich die notwendigen Informationen größtenteils selbst beschaffen mussten, da diese online oft nicht transparent oder inhaltlich übereinstimmend verfügbar waren. Auch in der direkten Kontaktaufnahme mit behandelnden Gynäkolog\*innen wurden häufig keine Informationen bereitgestellt, wie die Erfahrungen von Emily verdeutlichen. Der Mangel an klaren und zugänglichen Informationen erschwerte jedoch für viele der befragten Frauen den Zugang zur Sterilisation erheblich. Ein zentrales Problem dabei ist, dass Frauen ohne spezifisches Expert\*innenwissen auf unterschiedliche und teils widersprüchliche Informationen stoßen, was zu stark variierenden Zugangswegen führt. So wussten beispielsweise Alina und Belinda von Anfang an, dass sie sich an öffentliche Krankenhäuser wenden können, während Gabriella über dieses Wissen nicht verfügte und sich vorwiegend an private Kliniken wandte, wo die Kosten für eine Sterilisation deutlich höher ausfallen. Je nach sozialem Hintergrund und konjunktivem Wissen erscheinen unterschiedliche Wege und Informationskanäle als sinnvoll. Es deutet somit darauf hin, dass diese Unterschiede in der Informationsbeschaffung mit den individuellen Sozialisationen und sozialen Ressourcen der Frauen in Zusammenhang stehen. Die Abhängigkeit von sozialen Ressourcen zeigt sich beispielsweise bei Belinda und Gabriella, deren Gynäkologinnen wichtige und unterstützende Informationsquellen waren, die ihren Zugang zur Sterilisation erleichterten. Gleichzeitig kommt auch mit diesen Fällen die Machtposition, die Ärzt\*innen in diesem Prozess innehaben, zum Vorschein. Das Beispiel von Felicitas verdeutlicht zudem, dass man auch von persönlichen Netzwerken wie Facebook-Gruppen, die relevante Informationen teilen, profitieren kann.

Die Informationen, die die befragten Frauen erhalten haben, waren somit nicht für alle gleich sichtbar oder zugänglich, sondern von deren sozialen Ressourcen und konjunktivem Wissen abhängig. Wie sich anhand der großen Kostenunterschiede der befragten Frauen jedoch zeigt, führt dies dazu, dass Frauen mit Sterilisationswunsch je nach Informationsstand, eigener Rechercheleistung und sozialem Netzwerk unterschiedlich hohe Kosten für ihre Sterilisation aufbringen mussten. Die großen Kostenunterschiede zwischen den befragten Frauen demonstrieren somit, dass der Zugang zu einer Sterilisation nicht nur von individuellen Entscheidungen, sondern auch von sozialen Faktoren geprägt ist. So ist der Zugang für Frauen sowohl von sozialen als auch finanziellen Ressourcen abhängig. Dies unterstreicht, dass autonomes Handeln im medizinischen Kontext relational zu verstehen ist und von den

Beziehungen, Netzwerken sowie Ressourcen der jeweiligen Person abhängt (Christman, 2004). Autonomie im Hinblick auf Sterilisationen ist somit nicht objektiv, rational oder wertfrei, sondern auch immer in Relation zu den jeweiligen Personen zu betrachten. Während es auch in Österreich unterstützende Gynäkolog\*innen für eine Sterilisation gibt, kann von Frauen im Vorhinein nicht abgewogen werden, welche Werte und Haltungen diese vertreten. Felicitas formuliert es treffend, dass der Zugang zu einer Sterilisation davon abhängt, dass „man den richtigen Arzt erwischt“ (Interview 6, Z. 600-601). Sobald die befragten Frauen auf eine Klinik gestoßen sind, ist, unabhängig vom Zugangstypen, die Sterilisation problemlos verlaufen.

Allgemein stellt die freiwillige Sterilisation für viele Frauen ein Akt der Selbstbestimmung in zweifacher Hinsicht dar. Sie entlastet diese nicht nur von der Sorge, ungewollt schwanger zu werden, sondern symbolisiert für alle befragten Frauen auch ihre körperliche Autonomie. Der Zugang zu einer Sterilisation ist, ebenfalls wie andere reproduktive Leistungen, ein Bestandteil von reproduktiver Autonomie (McQueen, 2020; Almeida & Da Silva, 2019) und stellt ein reproduktives Recht dar, das sowohl Männern als auch Frauen in Österreich ab dem Alter von 25 Jahren gemäß § 90 Abs. 2 StGB zusteht. Die Resultate aus meinen Interviews deuten darauf hin, dass die reproduktive Autonomie von Frauen durch paternalistische Haltungen und pronatalistische Vorstellungen in der Medizin eingeschränkt wird. Dies steht im Einklang mit den Beobachtungen von Lemke et al. (2023), Schickler et al. (2021), Lalonde (2018), McQueen (2017) und Richie (2013). Die Ergebnisse zeigen eine grundlegende Diskrepanz zwischen dem Autonomieverständnis von Ärzt\*innen und den Erfahrungen von sterilisierten Frauen in Bezug auf ihre körperliche Selbstbestimmung. So wird die Abwägung der Ärzt\*innen, ob eine Sterilisation bewilligt wird oder nicht, als pragmatische und rationale Bewertung konstruiert. Dieses individualistische Verständnis von Autonomie vernachlässigt jedoch die emotionalen und relationalen Aspekte, die für das autonome Handeln von Frauen mit Sterilisationswunsch zentral sind. Im österreichischen Kontext zeigt sich, dass die vorherrschende Autonomiedefinition in der Medizin im Widerspruch zur gelebten Realität der Frauen steht, deren Autonomie von relationalen Faktoren beeinflusst wird. Die Ausübung von Autonomie in der medizinischen Praxis sollte daher nicht isoliert und rein individualistisch betrachtet werden, sondern als relationales Handeln, welches durch soziale Beziehungen erleichtert oder erschwert werden kann (Christman, 2004).

## 9 FAZIT

In dieser Arbeit habe ich den Zugang zu freiwilligen Sterilisationen von kinderfreien Cis-Frauen in Österreich aus einer sozialkonstruktivistischen Perspektive in den Blick genommen. Dazu wurden insgesamt neun fokussierte Interviews geführt, davon sieben Interviews mit sterilisierten Frauen sowie zwei Interviews mit Ärzt\*innen aus der Gynäkologie. Dabei habe ich drei idealtypische Zugänge zu einer Sterilisation identifiziert. Den konformen Zugang definiere ich als einen vorwiegend unkomplizierten Prozess, bei dem Frauen so gut wie keinen Hürden bei dem Weg zu einer Sterilisation begegnen und von medizinischem Personal in ihrem Wunsch respektiert und unterstützt werden. Auf der anderen Seite verstehe ich den reglementierten Zugang zu einer Sterilisation als einen Prozess, der mit mehreren Hürden verbunden ist, welche sich auf emotionaler, finanzieller sowie zeitlicher Ebene äußern können. Zuletzt wird der ausweichende Zugang dadurch charakterisiert, dass aufgrund von verschiedenen Einschränkungen oder Hürden, die Sterilisation im Ausland durchgeführt wird, wo sich der Sterilisationswunsch einfacher realisieren lässt als im eigenen Land.

Aus meinen Ergebnissen lassen sich weiters drei zentrale Herstellungsprozesse ableiten, die bei dem Zugang zu einer Sterilisation von großer Bedeutung sind. Erstens hat sich in Übereinstimmung mit bestehender Literatur gezeigt, dass der Zugang zu einer Sterilisation als ein vergeschlechtlichter Prozess zu verstehen ist, bei dem Frauen aufgrund vorherrschender Geschlechternormen und pronatalistischer Vorstellungen, die Mutterschaft mit Weiblichkeit gleichsetzen (McQueen, 2020), häufig mit Hürden konfrontiert sind. Geschlecht fungiert dabei als eine zentrale Konstruktion, die den Zugang für Frauen erschweren kann. Zweitens kann der Zugang zu einer Sterilisation gemäß der Definition von Raewyn Connell (2013) als körperreflexive Praxis verstanden werden. Einerseits wird der weibliche Körper durch seine Reproduktionsfähigkeit normativ aufgeladen, was dazu führt, dass pronatalistische Vorstellungen von ärztlicher Seite die Haltung gegenüber einer Sterilisation und deren Zugang beeinflussen. Das betrifft in besonderem Maße junge Frauen, die noch über ein vermeintlich höheres Reproduktionspotenzial verfügen. Der vergeschlechtlichte Körper wird so zu einem Ort sozialer Zuschreibungen, die das medizinische Handeln prägen und die Zugangsmöglichkeiten regulieren. Andererseits treffen Frauen, die sich sterilisieren lassen, eine bewusste Entscheidung über ihren Körper und dessen Reproduktionsfähigkeit, womit sich einige auch von dem normativen Weiblichkeitsbild in der Gesellschaft abgrenzen. Körperliche Konstruktionen spielen somit ebenfalls eine zentrale Rolle im Zugang zu einer Sterilisation.

Drittens legen die Ergebnisse eine Diskrepanz zwischen dem individualistischen Autonomieverständnis in der Medizin und der tatsächlichen Ausübung von Autonomie durch Frauen mit Sterilisationswunsch nahe. Obwohl Ärzt\*innen Frauen grundsätzlich als autonome Subjekte anerkennen, sind die Erfahrungen der Frauen beim Zugang zu einer Sterilisation oft davon geprägt, ob sie über ausreichend Informationen sowie soziale und finanzielle Ressourcen verfügen, aber auch ob sie auf Ärzt\*innen treffen, deren persönliche Werte nicht im Widerspruch zu ihrem Sterilisationswunsch stehen. Trotz der Anerkennung der Entscheidungsfreiheit von Frauen zeigen sich in der medizinischen Praxis in Österreich auch häufig paternalistische Tendenzen. So wird die Entscheidungs- und Zurechnungsfähigkeit der Frauen in vielen Fällen zunächst geprüft. Diese subjektiven Bewertungen können den Zugang zu einer Sterilisation maßgeblich beeinflussen und die reproduktive Autonomie von Frauen einschränken. Die Interviews mit den sterilisierten Frauen legen nahe, dass deren autonomes Handeln in diesem Prozess auch immer in soziale Beziehungen und Netzwerke eingebettet ist. Das sozial hergestellte Verständnis von Autonomie bildet somit ebenfalls eine zentrale Konstruktion, die bei dem Zugang zu einer Sterilisation einwirken kann. Zusammenfassend ist der Zugang zu einer freiwilligen Sterilisation somit von sozial hergestellten Vorstellungen von Geschlecht, Körper und Autonomie geprägt, welche tief in soziale Normen und Strukturen eingebettet sind. Der Sterilisationswunsch von Frauen steht dabei in Widerspruch mit pronatalistischen Normen, welche ausgehend von einer kapitalistischen Reproduktionspolitik die gesellschaftliche Erwartung an Frauen widerspiegeln, Kinder – und damit zukünftige Arbeitskräfte – hervorzubringen.

Mit dieser Arbeit verfolgte ich das Ziel, freiwillige Sterilisation aus einer soziologischen Perspektive zu analysieren und diese Thematik näher in den Fokus von geschlechts- und körpersociologischen Debatten zu rücken. Die Untersuchung hat gezeigt, dass die Erforschung von freiwilligen Sterilisationen bei kinderfreien Frauen wertvolle Einblicke in sozial eingebettete Vorstellungen von Geschlecht, dem weiblichen Körper und autonomem Handeln im medizinischen Kontext bietet. Bis heute sind Sterilisationen jedoch tief in intersektionale Machtverhältnisse eingebettet. Sie dienen nicht nur als Verhütungsmethode auf freiwilliger Basis, sondern werden nach wie vor auch in manchen Ländern als Instrument missbraucht, um die Reproduktion von vulnerablen Gruppen zu kontrollieren (Maila et al., 2025). Dies verdeutlicht, dass reproduktive Technologien wie die Sterilisation auch immer von machtpolitischen Interessen geprägt und in soziale Strukturen eingebettet sind (Bleisch & Büchler, 2020). Die Vielschichtigkeit von Sterilisationen kann daher in einer einzelnen Arbeit

nicht bearbeitet werden. Ziel dieser Arbeit war es, eine erste Annäherung an das Thema zu ermöglichen und erste Erkenntnisse für die soziologische Forschung bereitzustellen. Auf Grundlage der hier gewonnenen Resultate lassen sich mehrere Implikationen sowohl für die Praxis als auch für die Forschung ableiten, welche ich im Folgenden zusammen mit den Limitationen noch darlegen möchte.

## 9.1 Implikationen für die Praxis

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen, dass der Zugang zu einer freiwilligen Sterilisation für Frauen ohne Kinder von dem Verhalten und der Haltung von medizinischen Fachkräften geprägt ist. Diese können entweder den Zugang für Frauen ermöglichen oder erschweren. Ein unterstützendes Umfeld ist jedoch von zentraler Bedeutung für Frauen, die sich für eine Sterilisation entscheiden. Besonders positiv hervorgehoben wurde ein empathischer und interessierter Umgang mit den Patientinnen. Für Fachkräfte im gynäkologischen Bereich bedeutet dies, dass sie den Anliegen der Frauen aufmerksam zuhören und ihnen mit Empathie begegnen sollten, auch wenn sie die Entscheidung nicht nachvollziehen können. Unabhängig davon, ob medizinische Entscheidungen aus der Perspektive mancher Ärzt\*innen nicht nachvollziehbar erscheinen, sollten sie gemäß der Autonomiedefinition von Lewis und Holm (2022) dennoch respektiert werden. Um die Perspektive der betroffenen Personen besser verstehen zu können, sollte medizinisches Personal sich die Zeit nehmen, die Situation, Werte und Prioritäten aus Sicht der Patient\*innen zu betrachten (Mackenzie, 2008).

Darüber hinaus wurde deutlich, dass der Zugang zu einer Sterilisation nicht nur darin besteht, die Operation bewilligt zu bekommen, sondern auch den Weg dorthin miteinschließt. Dabei spielen insbesondere Informationen eine wichtige Rolle. Laut den befragten Frauen ist das Informationsangebot in Österreich im Vergleich zu Deutschland noch sehr limitiert. Ein vergleichbarer Verein wie „Selbstbestimmt steril e.V.“ in Deutschland, der Aufklärungsarbeit und Unterstützungsangebote bereitstellt, existiert aktuell nicht in Österreich. Für Gynäkolog\*innen impliziert dies, dass Informationen auch digital und transparent bereitgestellt werden sollten, um den Zugang für Frauen zu erleichtern und gleichzeitig die begrenzte Zeit des medizinischen Personals effizienter zu nutzen. Neben dem Aufklärungsgespräch ist es daher ebenso wichtig, bereits im Vorfeld umfassende Informationen digital bereitzustellen.

Zuletzt hat sich gezeigt, dass der Zugang zu einer Sterilisation nicht ausschließlich durch rechtliche Vorgaben geregelt ist. So werden in den einzelnen Krankenhäusern von den

Abteilungsleitungen der Gynäkologie individuelle Kriterien zu Mindestalter und Kinderanzahl festgelegt. Um einen gerechten und einheitlichen Zugang österreichweit zu gewährleisten, wäre es daher sinnvoll, standardisierte Richtlinien zu entwickeln. Diese könnten als Orientierung für das medizinische Personal dienen und sicherstellen, dass der Zugang für Frauen nicht von individuellen Werten oder Vorstellungen der Ärzt\*innen und entsprechend der geographischen Positionierung der Frauen abhängig ist.

## 9.2 Limitationen und Implikationen für die Forschung

Trotz der aufschlussreichen Erkenntnisse, die im Rahmen dieser Arbeit zum Zugang zu einer freiwilligen Sterilisation gewonnen werden konnten, gibt es auch einige Limitationen, die es zu berücksichtigen gilt. An dieser Stelle möchte daher diese Limitationen aufzeigen, um zukünftigen Forschungsvorhaben mögliche Ansatzpunkte für die Schließung dieser Forschungslücken zu bieten.

Wie in jedem qualitativen Forschungsdesign ist das Sample in dieser Arbeit mit nur sieben befragten Frauen und zwei interviewten Ärzt\*innen sehr gering. Daher können die Resultate nicht repräsentativ die Sterilisationserfahrungen aller kinderfreien Frauen in Österreich abbilden. Ebenso ist die Repräsentativität der Ärzt\*innen begrenzt, weswegen die Aussagen nicht alle medizinische Haltungen in der Gynäkologie widerspiegeln können. Um repräsentative Erkenntnisse über den Zugang zu einer freiwilligen Sterilisation erzielen zu können, wäre somit eine quantitative Untersuchung erforderlich, die eine größere Stichprobe umfasst und aussagekräftigere Ergebnisse ermöglichen kann.

Diese Arbeit hat sich zudem auf die Perspektive von kinderfreien Frauen konzentriert. Die Ergebnisse aus den gewonnenen Daten deuten darauf hin, dass der Zugang durch proutalistische Normen geprägt ist. Um diese These näher zu testen, sollte sich zukünftige Forschung auch dem Zugang zu einer Sterilisation bei Frauen mit Kindern widmen, um mögliche Differenzen im Vergleich zu kinderfreien Frauen herausarbeiten zu können. So lassen sich auch Frauen mit einem oder mehreren Kindern sterilisieren, ebenso wie vermutlich Trans\*-Frauen und non-binäre Personen. Deren Erfahrungen konnten hier jedoch nicht berücksichtigt werden, aber sollten in zukünftiger Forschung ebenfalls mehr Beachtung erhalten. Der Einfluss von Sexualität konnte hier ebenfalls nicht näher diskutiert werden, obwohl die befragten Frauen nicht ausschließlich heterosexuell waren. In dieser Arbeit stand insbesondere die Verflechtung

zwischen Alter und Geschlecht im Fokus. Allerdings sind die intersektionalen Machtverhältnisse bei Sterilisationen weitaus komplexer und daher auch differenzierter zu betrachten. Die für diese Arbeit interviewten Frauen waren alle weiß und können folglich nicht die Erfahrungen von beispielsweise Frauen mit Migrationshintergrund oder einer anderen Ethnizität widerspiegeln. Darüber hinaus wurden in dieser Arbeit nicht die Erfahrungen von Frauen mit Behinderung in den Blick genommen, obwohl insbesondere diese Gruppe von Frauen in der Vergangenheit von Zwangssterilisationen besonders betroffen war (Maila et al., 2025; Wolf, 2008; Link, 1999).

Weiterhin lassen die erhobenen Interviews mit den Frauen vermuten, dass der Zugang zu einer Sterilisation nationenabhängig ist. In dieser Arbeit habe ich mich ausschließlich auf Österreich konzentriert, unter anderem wegen der besonderen Rechtslage, dass in Österreich Sterilisationen erst ab 25 Jahren möglich sind (StGB § 90 Abs. 2, 2020). Mehrere der hier befragten Frauen sind für ihre Sterilisation jedoch nach Deutschland gereist, mit der Begründung, dass der Zugang einfacher gestaltet ist. Ob der einfachere Zugang nun lediglich auf die rechtliche Altersbeschränkung zurückzuführen ist oder andere Gründe hat, konnte in dieser Arbeit nicht beantwortet werden. So agiert auch der ehrenamtliche Verein „Selbstbestimmt steril“ als zentrale Ressource für Frauen mit Sterilisationswunsch in Deutschland. Künftige Forschungsprojekte sollten daher näher in den Blick nehmen, inwiefern sich der Zugang zu einer freiwilligen Sterilisation im deutschsprachigen Raum unterscheidet und auf welche Gründe dies zurückzuführen ist. Es wäre daher spannend, die Sterilisationserfahrungen von kinderfreien Frauen in anderen deutschsprachigen Ländern zu untersuchen und in Vergleich zu setzen, da in Deutschland und in der Schweiz das Mindestalter 18 Jahre beträgt. Zudem wurde in Kapitel 4.4 gezeigt, dass die Sterilisation von Frauen bereits in anderen geographischen Kontext wie der USA, Großbritannien oder Indien untersucht wurden (McQueen, 2017; Edmeades et al., 2011; Arora et al., 2010; Borrero et al., 2009). Der Forschungsstand in Kombination mit den hier vorliegenden Ergebnissen deutet darauf hin, dass die kulturellen und politischen Einflüsse in einem Land eine Rolle bei dem Umgang sowie der Bedeutung von Sterilisationen spielen. Um diese These zu bestätigen, müsste sich jedoch ein Forschungsprojekt dem widmen, eine quantitative Studie zu erheben, die Ländervergleiche und repräsentative Ergebnisse ermöglicht.

Die Erkenntnisse dieser Arbeit implizieren außerdem, dass der Zugang zu einer Sterilisation für Frauen sowie medizinische Prozesse maßgeblich von sozialen Geschlechternormen beeinflusst sind. Allerdings lag der Fokus hier auf den Erfahrungen von sterilisierten Frauen.

Die Perspektive von Männern, die sterilisiert sind, ist in der Forschung bisher kaum berücksichtigt und sollte zur Vergleichbarkeit mehr Beachtung finden. Auch wenn bisherige Studien aus der Medizinethik sich bereits mit Verhaltensmustern und zugrundeliegenden Haltungen in der Medizin auseinandergesetzt haben (z. B. McQueen, 2020; McQueen, 2017; Richie, 2013; Benn & Lupton, 2005), könnte soziologische Forschung in Zukunft außerdem näher untersuchen, wie diese beispielsweise durch Diskurse oder der medizinischen Sozialisierung im Studium und der Arbeitspraxis sozial hergestellt werden.

Wie in der Diskussion bereits angedeutet, stehen auch die Geschlechts- und Körperidentität in Zusammenhang mit freiwilligen Sterilisationen. Da Identität jedoch nicht im zentralen Fokus dieser Arbeit stand, konnte dieser Aspekt nur am Rande thematisiert werden. Die Ergebnisse legen jedoch nahe, dass zukünftige Forschung in der Soziologie und Psychologie verstärkt sich diesem Zusammenhang widmen könnten. Psychologische Studien könnten außerdem künftig näher untersuchen, welche Strategien Frauen anwenden, um mit den Herausforderungen beim Zugang zu einer Sterilisation umzugehen. Während Lemke et al. (2023) zwar bereits die psychischen Auswirkungen einer Ablehnung analysiert haben, deuten die hier erhobenen Interviews darauf hin, dass Frauen unterschiedlich auf einen eingeschränkten Zugang und soziale Hürden reagieren. Diese Unterschiede könnten möglicherweise auf individuelle Persönlichkeitsmerkmale zurückzuführen sein und den Zugang zu einer Sterilisation ebenfalls beeinflussen. So könnte beispielsweise ein selbstbewusstes und sicheres Auftreten gegenüber medizinischem Personal den Zugang erleichtern, während die Entscheidung bei schüchternen oder zurückhaltenden Frauen eher hinterfragt wird.

Zusammenfassend war es Ziel dieser Arbeit, sich aus einer soziologischen Perspektive dem Thema freiwilligen Sterilisationen anzunähern und erste Erkenntnisse in diesem komplexen Feld zu gewinnen. Meine Ergebnisse implizieren, dass verschiedene idealtypische Zugänge zu einer Sterilisation existieren, welche durch soziale Konstruktionen von Geschlecht, Körper und Autonomie hergestellt werden. Während manche kinderfreie Frauen eine Sterilisation ohne größere Hindernisse ermöglicht bekommen, stoßen viele dennoch auf erhebliche Barrieren. Abschließen möchte ich daher mit den Worten von Belinda:

*„Da gibt es auf jeden Fall auch noch Verbesserungsbedarf“*

**LITERATURVERZEICHNIS**

- Adelman, M. & Ruggi, L. (2016). The sociology of the body. *Current Sociology*, 64(6), 907–930. <https://doi.org/10.1177/0011392115596561>
- Akhtar, M. U., Bhatti, M. E. & Fredericks, S. (2025). What factors influence patient autonomy in healthcare decision-making? A systematic review of studies from the Global South. *Nursing Ethics*, 32(3), 875–891. <https://doi.org/10.1177/09697330241272794>
- Alkatout, I., Struck, S., Pape, J. M., Mettler, L., Maass, N., Freytag, D. & Mechler, U. (2022). Geschichte der Laparoskopie: Meilensteine und Stimmen interviewter Zeitzeugen. *coloproctology*, 44(5), 293–299. <https://doi.org/10.1007/s00053-022-00636-7>
- Alkemeyer, T. (2015). Verkörperte Soziologie – Soziologie der Verkörperung. Ordnungsbildung als Körper-Praxis. *Soziologische Revue*, 38(4), 470–502. <https://doi.org/10.1515/srsr-2015-0069>
- Almeida, M. N. & Da Silva, A. F. F. (2019). Voluntary and compulsory sterilization in Brazil and the reproductive rights of women. *AG About Gender - International Journal of Gender Studies*, 8(15), 283–298. <https://doi.org/10.15167/2279-5057/AG2019.8.15.1056>
- Arora, N., Choudhary, S. & Raghunandan, C. (2010). Young women opting for tubal sterilisation in rural India: reasons and implications. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 30(2), 175–178. <https://doi.org/10.3109/01443610903486169>
- Ashburn-Nardo, L. (2017). Parenthood as a moral imperative? Moral outrage and the stigmatization of voluntarily childfree women and men. *Sex Roles*, 76(5-6), 393–401. <https://doi.org/10.1007/s11199-016-0606-1>
- Benn, P. & Lupton, M. (2005). Sterilisation of young, competent, and childless adults. *The BMJ*, 330(7503), 1323–1325. <https://doi.org/10.1136/bmj.330.7503.1323>
- Bi, S. & Klusty, T. (2015). Forced sterilizations of HIV-positive women: A global ethics and policy failure. *American Medical Association Journal of Ethics*, 17(10), 952–957. <https://doi.org/10.1001/journalofethics.2015.17.10.pfor2-1510>
- Bleisch, B. & Büchler, A. (2020). *Kinder wollen: Über Autonomie und Verantwortung*. Carl Hanser Verlag.
- Bohnsack, R. (2013). Typenbildung, Generalisierung und komparative Analyse: Grundprinzipien der dokumentarischen Methode. In R. Bohnsack, I. Nentwig-Gesemann & A.-M. Nohl (Hrsg.), *Die dokumentarische Methode und ihre*

- Forschungspraxis: Grundlagen qualitativer Sozialforschung* (3. Auflage, S. 241–270). Springer VS.
- Bohnsack, R. (2021). *Rekonstruktive Sozialforschung: Einführung in qualitative Methoden* (10. Auflage). Verlag Barbara Budrich.
- Bohnsack, R., Geimer, A. & Meuser, M. (2018). *Hauptbegriffe qualitativer Sozialforschung* (4. Auflage). Verlag Barbara Budrich.
- Bohnsack, R., Nentwig-Gesemann, I. & Nohl, A.-M. (2013). Einleitung: Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. In R. Bohnsack, I. Nentwig-Gesemann & A.-M. Nohl (Hrsg.), *Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis: Grundlagen qualitativer Sozialforschung* (3. Auflage, S. 9–32). Springer VS.
- Borrero, S., Nikolajski, C., Rodriguez, K. L., Creinin, M. D., Arnold, R. M. & Ibrahim, S. A. (2009). “Everything I know I learned from my mother...or not”: Perspectives of African-American and White Women on decisions about tubal sterilization. *Journal of General Internal Medicine*, 24(3), 312–319. <https://doi.org/10.1007/s11606-008-0887-3>
- Bratt, C., Abrams, D., Swift, H. J., Vauclair, C.-M. & Marques, S. (2018). Perceived age discrimination across age in Europe: From an ageing society to a society for all ages. *Developmental Psychology*, 54(1), 167–180. <https://doi.org/10.1037/dev0000398>
- Butler, J. (2007). *Gender Trouble: Feminism and the subversion of identity* (2. Auflage). Routledge.
- Chaparro-Buitrago, J. (2024). Sterilizing body-territories: Understanding contemporary cases of forced sterilization in the United States and China. *Feminist Anthropology*, 5(2), 215–229. <https://doi.org/10.1002/fea2.12135>
- Christman, J. (2004). Relational autonomy, liberal individualism, and the social constitution of selves. *Philosophical Studies*, 117, 143–164. <https://doi.org/10.1023/B:PHIL.0000014532.56866.5c>
- Clarke, E. (2021). Indigenous women and the risk of reproductive healthcare: Forced sterilization, genocide, and contemporary population control. *Journal of Human Rights and Social Work*, 6(2), 144–147. <https://doi.org/10.1007/s41134-020-00139-9>
- Committee on Practice Bulletins - Gynecology (2019). ACOG Practice Bulletin No. 208 summary: Benefits and risks of sterilization. *Obstetrics and Gynecology*, 133(3), 592–594. <https://doi.org/10.1097/AOG.00000000000003134>

- Connell, R. (1998). *Gender and power: Society, the person and sexual politics*. Polity Press. (Erstveröffentlichung 1987)
- Connell, R. (2007). *Southern theory: The global dynamics of knowledge in social science*. Polity.
- Connell, R. (2013). *Gender*. Springer VS.
- Correll, L. (2009). "Es ruft nichts nach mir". Frauen ohne Kinder und der gesellschaftspolitische Ruf nach Elternschaft. In P.-I. Villa & B. Thiessen (Hrsg.), *Mütter - Väter: Diskurse, Medien, Praxen* (S. 259–274). Westfälisches Dampfboot.
- Costello, C., Hillis, S. D., Marchbanks, P. A., Jamieson, D. J. & Peterson, H. B. (2002). The effect of interval tubal sterilization on sexual interest and pleasure. *Obstetrics and Gynecology*, 100(3), 511–517. [https://doi.org/10.1016/S0029-7844\(02\)02042-2](https://doi.org/10.1016/S0029-7844(02)02042-2)
- Dalla Costa, M. (1973). Die Frauen und der gesellschaftliche Umsturz. In M. Dalla Costa & S. James (Hrsg.), *Die Macht der Frauen und der Umsturz der Gesellschaft* (S. 27–66). Merve Verlag.
- Dalla Costa, M. (2022). Frauen als Opfer des medizinischen Systems: Ein Ausflug in die Geschichte (2005). In M. Dalla Costa (Hrsg.), *Frauen und der Umsturz der Gesellschaft: Gesammelte Aufsätze*. Unrast. (Erstveröffentlichung 2005)
- Dalla Costa, M. (2022). Reproduktion und Emigration (1974). In M. Dalla Costa (Hrsg.), *Frauen und der Umsturz der Gesellschaft: Gesammelte Aufsätze* (S. 105–154). Unrast. (Erstveröffentlichung 1974)
- Đerić, M. (2020). What is autonomy anyway? In M. Kühler & V. L. Mitrović (Hrsg.), *Theories of the self and autonomy in medical ethics* (S. 17–30). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-56703-3\\_2](https://doi.org/10.1007/978-3-030-56703-3_2)
- Dick, K. (2012). *Geburtenkontrolle aus eugenischer Perspektive in Österreich vor 1938* [Diplomarbeit]. Karl-Franzens-Universität, Graz.
- Donath, O. (2016). *#regretting motherhood: Wenn Mütter bereuen*. Knaus.
- Eckardt, F. (2014). *Stadtforschung: Gegenstand und Methoden. Lehrbuch*. Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-00824-6>
- Edmeades, J., Pande, R. P., Falle, T. & Krishnan, S. (2011). Son preference and sterilisation use among young married women in two slums in Bengaluru city, India. *Global Public Health*, 6(4), 407–420. <https://doi.org/10.1080/17441692.2010.533686>
- Ely, L. K. & Truong, M. (2017). The role of opportunistic bilateral salpingectomy vs tubal occlusion or ligation for ovarian cancer prophylaxis. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 24(3), 371–378. <https://doi.org/10.1016/j.jmig.2017.01.001>

- Etzemüller, T. (2009). Zu traditionell, zu emanzipiert: Frauen als Quell der permanenten demographischen Katastrophe. In P.-I. Villa & B. Thiessen (Hrsg.), *Mütter - Väter: Diskurse, Medien, Praxen* (S. 63–73). Westfälisches Dampfboot.
- Falconer, H., Yin, L., Grönberg, H. & Altman, D. (2015). Ovarian cancer risk after salpingectomy: A nationwide population-based study. *Journal of the National Cancer Institute*, 107(2). <https://doi.org/10.1093/jnci/dju410>
- Fedeli, P., Cecchi, S., Scendoni, R. & Cannovo, N. (2023). Legal medicine aspects of female sterilization: our experience. *Frontiers in Medicine*, 10(1198668). <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1198668>
- Federici, S. (2012). *Caliban und die Hexe: Frauen, der Körper und die ursprüngliche Akkumulation*. Mandelbaum.
- Fiala, C. & Arthur, J. (2015). Die Verweigerung einer medizinischen Behandlung ist keine Frage des Gewissens. In U. Busch & D. Hahn (Hrsg.), *KörperKulturen. Abtreibung: Diskurse und Tendenzen* (S. 311–322). transcript.
- Fikslin, R. A. (2021). Toward an intersectional psychological science of reproductive norms: Generating research across the natalism spectrum. *Psychology of Women Quarterly*, 45(3), 308–324. <https://doi.org/10.1177/03616843211011716>
- Flick, U. (2022). Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 533–548). Springer VS.
- Freundl, G. (2003). Natürliche Familienplanung und "nichthormonale Kontrazeption". *Gynäkologe*, 36(12), 1099–1112. <https://doi.org/10.1007/s00129-003-1457-8>
- Fuchs, K. (2023, 18. Mai). Endlich Freimachen: Warum Sterilisation bei Frauen kein Tabuthema sein sollte. *Vogue Germany*. <https://www.vogue.de/artikel/sterilisation-bei-frauen-tabuthema>
- Gillespie, R. (2003). Childfree and feminine. *Gender & Society*, 17(1), 122–136. <https://doi.org/10.1177/0891243202238982>
- Gotlib, A. (2016). "But you would be the best mother": Unwomen, counterstories, and the motherhood mandate. *Journal of Bioethical Inquiry*, 13(2), 327–347. <https://doi.org/10.1007/s11673-016-9699-z>
- Graham, M. & Rich, S. (2014). Representations of childless women in the Australian print media. *Feminist Media Studies*, 14(3), 500–518. <https://doi.org/10.1080/14680777.2012.737346>
- Haraway, D. (1995). *Die Neuerfindung der Natur: Primaten, Cyborgs und Frauen*. Campus Verlag.

- Heitlinger, A. (1991). Pronatalism and women's equality policies. *European Journal of Population*, 7(4), 343–375.
- Herrmann, C. (2023, 9. Mai). Sterilisation mit 27? Julia Brandner: "Möchte selbst über meinen Uterus entscheiden". *Kleine Zeitung*.  
[https://www.kleinezeitung.at/lebensart/gesundheit/6236799/Sterilisation-mit-27\\_Julia-Brandner\\_Moechte-selbst-ueber-meinen](https://www.kleinezeitung.at/lebensart/gesundheit/6236799/Sterilisation-mit-27_Julia-Brandner_Moechte-selbst-ueber-meinen)
- Högler, E. M. (2012). *Die guten Sitten im Straf- und im Zivilrecht* [Dissertation]. Karl-Franzens-Universität, Graz. <https://unipub.uni-graz.at/obvugr/hs/download/pdf/222419?originalFilename=true>
- Hummer, H. (2024). Motherhood myths and mystiques: How childless women navigate cultural beliefs about motherhood. *Journal of Marriage and Family*, 86(4), 1098–1118. <https://doi.org/10.1111/jomf.12996>
- Kekatos, M. (2025, 19. Juni). A pregnant brain-dead woman in Georgia was kept on life support. Experts say it raises ethical, legal questions: Adriana Smith was eight weeks pregnant when she was declared brain dead. *ABC News*.  
[https://abcnews.go.com/Health/pregnant-brain-dead-woman-georgia-life-support-experts/story?id=122963319&utm\\_source=chatgpt.com](https://abcnews.go.com/Health/pregnant-brain-dead-woman-georgia-life-support-experts/story?id=122963319&utm_source=chatgpt.com)
- Kreß, H. (2015). Schwangerschaftsabbrüche im Kontext von Reproduktionsmedizin und Präimplantationsdiagnostik: Reproduktive Autonomie und der Status des vorgeburtlichen Lebens in ethischer Abwägung. In U. Busch & D. Hahn (Hrsg.), *KörperKulturen. Abtreibung: Diskurse und Tendenzen* (S. 139–162). transcript.
- Krüger, D. C., Herma, H. & Schierbaum, A. (Hrsg.). (2013). *Familie(n) heute: Entwicklungen, Kontroversen, Prognosen*. Beltz Juventa.
- Krüger-Kirn, H. (2015). *Die konstruierte Frau und ihr Körper: Eine psychoanalytische, sozialwissenschaftliche und genderkritische Studie zu Schönheitsidealen und Mutterschaft*. Psychosozial-Verlag.
- Kruse, J. (2015). *Qualitative Interviewforschung: Ein integrativer Ansatz* (2. Auflage). Beltz Juventa.
- Kubandt, M. (2016). *Geschlechterdifferenzierung in der Kindertageseinrichtung: Eine qualitativ-rekonstruktive Studie*. Verlag Barbara Budrich.
- Kunker, S. P., Sathyanarayana Rao, T. S. & Andrade, C. (2017). Study of sexual functioning and disorder in women before and after tubal sterilization (tubectomy). *Indian Journal of Psychiatry*, 59(1), 63–68. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.204433>

- Lalonde, D. (2018). Regret, shame, and denials of women's voluntary sterilization. *Bioethics*, 32(5), 281–288. <https://doi.org/10.1111/bioe.12431>
- Laufer-Ukeles, P. (2011). Reproductive choices and informed consent: fetal interests, women's identity, and relational autonomy. *American Journal of Law & Medicine*, 37(4), 567–623. <https://doi.org/10.1177/009885881103700403>
- Lawrie, T. A., Kulier, R. & Nardin, J. M. (2016). Techniques for the interruption of tubal patency for female sterilisation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8(CD003034), 1–67. <https://doi.org/pub4>
- Leiber-Caspers, C. (2024). Historie der männlichen Sterilisation. *Gynäkologische Endokrinologie*, 22(3), 189–191. <https://doi.org/10.1007/s10304-024-00574-1>
- Lemke, J., Mollen, D. & Buzolits, J. S. (2023). Sterilized and satisfied: Outcomes of childfree sterilization obtainment and denials. *Psychology of Women Quarterly*, 47(4), 562–573. <https://doi.org/10.1177/03616843231164069>
- Lewis, J. & Holm, S. (2022). Patient autonomy, clinical decision making, and the Phenomenological reduction. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 25(4), 615–627. <https://doi.org/10.1007/s11019-022-10102-2>
- Link, G. (1999). Eugenische Zwangssterilisationen und Schwangerschaftsabbrüche im Nationalsozialismus. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 59(8), 416–424. <https://doi.org/10.1055/s-1999-15366>
- Mackenzie, C. (2008). Relational autonomy, normative authority and perfectionism. *Journal of Social Philosophy*, 39(4), 512–533. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9833.2008.00440.x>
- Mackenzie, C. & Stoljar, N. (2000). Introduction: autonomy refigured. In C. Mackenzie & N. Stoljar (Hrsg.), *Relational autonomy: Feminist perspectives on autonomy, agency, and the social self* (S. 3–32). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780195123333.003.0001>
- Maila, S. M., Castelyn, C. & Adam, S. (2025). Informed consent and ethical issues pertaining to female sterilization-scoping review. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 169(3), 1037–1064. <https://doi.org/10.1002/ijgo.16100>
- McQueen, P. (2017). Autonomy, age and sterilisation requests. *Journal of Medical Ethics*, 43(5), 310–313.
- McQueen, P. (2020). A defence of voluntary sterilisation. *Res Publica*, 26(2), 237–255. <https://doi.org/10.1007/s11158-019-09439-y>

- Mering, R. von, Merki, G. S. & Keller, P. J. (2003). Ist die Tubensterilisation noch eine zeitgemässe Verhütungsmethode? *Gynäkologisch-geburtshilfliche Rundschau*, 43(1), 25–30. <https://doi.org/10.1159/000067166>
- Mertlitsch, K. (2023). Feministische Erkenntnis- und Wissenschaftstheorie. In J. Dorer, B. Geiger, B. Hipfl & V. Ratković (Hrsg.), *Handbuch Medien und Geschlecht: Perspektiven und Befunde der feministischen Kommunikations- und Medienforschung* (S. 173–182). Springer VS.
- Mesner, M. (2010). *Geburten/Kontrolle: Reproduktionspolitik im 20. Jahrhundert*. Böhlau.
- Nash, P., Taylor, T. & Levy, B. (2020). The intersectionality of ageism. *Innovation in Aging*, 4(S1), 846–847. <https://doi.org/10.1093/geroni/igaa057.3105>
- Nave-Herz, R. (2013). Eine sozialhistorische Betrachtung der Entstehung und Verbreitung des Bürgerlichen Familienideals in Deutschland. In D. C. Krüger, H. Herma & A. Schierbaum (Hrsg.), *Familie(n) heute: Entwicklungen, Kontroversen, Prognosen* (S. 18–35). Beltz Juventa.
- Ndayishimye, S., Olorunfemi, G. & Nahayo, B. (2023). Prevalence and factors associated with female sterilization in Rwanda: evidence from the demographic and health survey data (2019-2020). *BMC Public Health*, 23(1), 1–7. <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17334-8>
- Neyer, G. & Bernardi, L. (2011). Feminist perspectives on motherhood and reproduction. *Historical Social Research*, 36(2), 162–176. <https://doi.org/10.2307/41151279>
- Nohl, A.-M. (2013). *Interview und dokumentarische Methode: Anleitungen für die Forschungspraxis* (4. Auflage). VS Verlag für Sozialwissenschaften. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-19421-9>
- Oberlerchner, H. & Stromberger, H. (2014). Zwangssterilisationen: Die Klagenfurter Psychiatrie im Nationalsozialismus. *Neuropsychiatrie*, 28(1), 33–39. <https://doi.org/10.1007/s40211-013-0093-3>
- Officer, A. & La Fuente-Núñez, V. de (2018). A global campaign to combat ageism. *Bulletin of the World Health Organization*, 96(4), 295–296. <https://doi.org/10.2471/BLT.17.202424>
- Park, K. (2002). Stigma Management among the voluntarily childless. *Sociological Perspectives*, 45(1), 21–45.
- Peterson, H. B. (2008). Sterilization. *Obstetrics & Gynecology*, 111(1), 189–203. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000298621.98372.62>

- Popp, U. (2009). Das hegemoniale Familienleitbild zwischen anachronistisch-restaurativen Tendenzen und gegenwärtigen Familienrealitäten - Über Paradoxien in Medien und Alltagsdiskursen. In P.-I. Villa & B. Thiessen (Hrsg.), *Mütter - Väter: Diskurse, Medien, Praxen* (S. 90–106). Westfälisches Dampfboot.
- Rädiker, S. & Kuckartz, U. (2019). *Analyse qualitativer Daten mit MAXQDA: Text, Audio und Video*. Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-22095-2>
- Reichertz, J. (2016). *Qualitative und interpretative Sozialforschung: Eine Einladung*. Springer VS. <https://doi.org/10.1007/9783658134624>
- Reinders, H., Bergs-Winkels, D., Prochnow, A. & Post, I. (Hrsg.). (2022). *Empirische Bildungsforschung: Eine elementare Einführung*. Springer VS.
- Reiß, A.-S. (2025, 14. April). Tabuthema Sterilisation: Warum es Frauen so schwer gemacht wird, kinderfrei zu leben. *nordbayern*.  
<https://www.nordbayern.de/panorama/tabuthema-sterilisation-warum-es-frauen-so-schwer-gemacht-wird-kinderfrei-zu-leben-1.14650441>
- Rendl, S. (2023, 24. Februar). Lipfiller, Botox und Co.: Warum Schönheits-OPs schon bei 18-Jährigen boomen. *Kleine Zeitung*.  
[https://www.kleinezeitung.at/lebensart/gesundheit/6247902/Lipfiller-Botox-und-Co\\_Warum-SchoenheitsOPs-schon-bei-18Jaehrigen](https://www.kleinezeitung.at/lebensart/gesundheit/6247902/Lipfiller-Botox-und-Co_Warum-SchoenheitsOPs-schon-bei-18Jaehrigen)
- Strafgesetzbuch, BGBl Nr. 60/1974 (1974).
- Strafgesetzbuch § 87, BGBl. Nr. 60/1974 (2020).  
<https://www.ris.bka.gv.at/eli/bgbl/1974/60/P87/NOR40217850>
- Strafgesetzbuch § 90 Absatz 2, BGBl. Nr. 60/1974 idgF (2020).  
<https://www.ris.bka.gv.at/eli/bgbl/1974/60/P90/NOR40217851>
- Richie, C. (2013). Voluntary sterilization for childfree women: Understanding patient profiles, evaluating accessibility, examining legislation. *Hastings Center Report*, 43(6), 36–44. <https://doi.org/10.1002/hast.216>
- Schickler, R., Whittum, M., Fanarjian, N., Rapkin, R. & Nguyen, B. T. (2021). The history of female surgical sterilization: A social and ethics perspective. *Journal of Gynecologic Surgery*, 37(6), 465–469. <https://doi.org/10.1089/gyn.2021.0102>
- Shilling, C. (1993). *The body and social theory*. SAGE Publications.
- Shreffler, K. M., Tiemeyer, S., McQuillan, J. & Greil, A. L. (2020). Exploring experiences with sterilization among nulliparous women. *Women's Reproductive Health*, 7(1), 36–48. <https://doi.org/10.1080/23293691.2019.1690306>

- Skrabl, C. (2015). *Kosmetische Operationen im Spannungsfeld zum Strafrecht* [Diplomarbeit]. Johannes Kepler Universität, Linz.  
<https://epub.jku.at/obvulihs/download/pdf/857581?originalFilename=true>
- Strübing, J., Hirschauer, S., Ayaß, R., Krähnke, U. & Scheffer, T. (2018). Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. Ein Diskussionsanstoß. *Zeitschrift für Soziologie*, 47(2), 83–100. <https://doi.org/10.1515/zfsoz-2018-1006>
- Szekeres, H., Halperin, E. & Saguy, T. (2023). The mother of violations: Motherhood as the primary expectation of women. *The British Journal of Social Psychology*, 62(4), 1875–1896. <https://doi.org/10.1111/bjso.12661>
- Tan, J. (2024). Beyond fertility figures: towards reproductive rights and choices. *Humanities and Social Sciences Communications*, 11(1). <https://doi.org/10.1057/s41599-024-02608-2>
- Tanturri, M. L. & Mencarini, L. (2008). Childless or childfree? Paths to voluntary childlessness in Italy. *Population and Development Review*, 34(1), 51–77.  
<https://doi.org/10.1111/j.1728-4457.2008.00205.x>
- Tao, G. (2023). Religion, history, values, and sexual and reproductive health policy in China versus the U.S. *Scholarly Review Journal*, 6, 35–42.  
<https://doi.org/10.70121/001c.121695>
- Textor, M. R. (2002). Mutterwerdung – Mutterschaft. In W. E. Fthenakis & M. R. Textor (Hrsg.), *Mutterschaft, Vaterschaft* (S. 27–47). Beltz Juventa.
- Trumpp, M. (2025, 9. April). Drei Frauen, ein Tabu: „Durch diese Operation fühle ich mich richtiger“. *Schwäbische*. <https://www.schwaebische.de/panorama/drei-frauen-ein-tabu-durch-diese-operation-fuehle-ich-mich-richtiger-3483911>
- van Dyk, S. (2020). *Soziologie des Alters* (2. Auflage). transcript Verlag.
- van Lieshout, L. A. M., Steenbeek, M. P., Hullu, J. A. de, Vos, M. C., Houterman, S., Wilkinson, J. & Piek, J. M. (2019). Hysterectomy with opportunistic salpingectomy versus hysterectomy alone. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8(CD012858).  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD012858.pub2>
- Whittum, M., Schickler, R., Fanarjian, N., Rapkin, R. & Nguyen, B. T. (2021). The history of female surgical sterilization. *Journal of Gynecologic Surgery*, 37(6), 459–464.  
<https://doi.org/10.1089/gyn.2021.0101>
- Wolf, M. (2008). *Eugenische Vernunft: Eingriffe in die reproduktive Kultur durch die Medizin 1900 - 2000*. Böhlau.

Young, I. M. (1980). Throwing like a girl: A phenomenology of feminine body comportment motility and spatiality. *Human Studies*, 3, 137–156.

## ANHANG

Anhang A: Disclaimer Hilfsmittel .....	110
Anhang B: Einwilligungserklärung.....	111
Anhang C: Leitfäden .....	113
Anhang D: Hinweis zur Datenverfügbarkeit.....	119
Anhang E: Codelandkarte .....	119

### **Anhang A: Disclaimer Hilfsmittel**

Für diese Arbeit wurden verschiedene digitale Hilfsmittel verwendet. Zur Literaturverwaltung wurde das Programm Citavi 6 genutzt. Für die Auswertung der qualitativen Interviewdaten diente MAXQDA (Version 24.10.0) als Unterstützung. Weiterhin wurde die kostenlose Version von ChatGPT 4.1 als Hilfsmittel zur Themenfindung sowie für das methodische Vorgehen verwendet. Einzelne Textpassagen wurden außerdem unter Zuhilfenahme des KI-Sprachmodells ChatGPT 4.1 überarbeitet. Die inhaltliche Verantwortung liegt jedoch ausschließlich bei der Autorin.

## Anhang B: Einwilligungserklärung



Masterarbeit im Fach Soziologie  
Vanessa Bock, BA BSc

### Einwilligungserklärung

Im Rahmen der Masterarbeit im Studium Soziologie an der Universität Innsbruck werden Interviews zu freiwilligen Sterilisationen von Frauen in Österreich durchgeführt. Ziel der Untersuchung ist, mehr über die subjektiven Erlebnisse, Erfahrungen und Sichtweisen im Kontext von freiwilligen Sterilisationen zu erfahren.

Um die Interviewdaten wissenschaftlich nutzen zu können, muss das Gespräch aufgezeichnet und im Anschluss verschriftlicht werden. Dieses Transkript dient der Datenanalyse für die Masterarbeit. Nur die Interviewerin und der Betreuer der Masterarbeit (Assoz.-Prof. Mag. Dr. Bernhard Weicht) haben Zugriff auf das Interviewtranskript. Die Aufnahme des Interviews wird spätestens bei Erhalt der Note (voraussichtlich September 2025) durch die Interviewerin endgültig gelöscht.

Alle personenbezogenen Daten werden von allen Beteiligten (Interviewerin und Betreuer) vertraulich behandelt und in pseudonymisierter Form gespeichert bzw. verschriftlicht; d.h. alle persönlichen Angaben im Interviewtranskript werden so verändert, dass zu keinem Zeitpunkt Rückschlüsse auf Ihre Person oder andere Personen möglich sein werden.

Sie haben jederzeit das Recht eine Einsichtnahme der von Ihnen gespeicherten persönlichen Daten und deren Löschung sowie des Interviewtranskripts zu verlangen. Um dies verwirklichen zu können werden die Daten pseudonymisiert: das heißt, das anonymisierte Transkript und die Einwilligungserklärung werden mit einem Code versehen, um diese einander zuordnen zu können. Zur Wahrung Ihres Persönlichkeitsschutzes, wird die Einwilligungserklärung mit Ihren persönlichen Angaben getrennt vom Transkript an einem sicheren Ort unter Verschluss aufbewahrt.

Die Teilnahme an diesem Interview erfolgt freiwillig. Sie haben das Recht Ihre Einwilligung jederzeit ohne Nennung von Gründen und ohne Konsequenzen zu widerrufen.

Ich stimme der Nutzung der erhobenen pseudonymisierten Daten (Interviewtranskript) für wissenschaftliche Zwecken zu:

Ja       Nein



Name der interviewten Person: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift

Name der Interviewerin: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift

## Anhang C: Leitfäden

### Leitfaden für sterilisierte Frauen

*[Begrüßung und Dank].*

Im Rahmen meiner Masterarbeit in Soziologie an der Universität Innsbruck beschäftige ich mich mit freiwilligen Sterilisationen von Frauen in Österreich. Dabei interessiert mich insbesondere, wie gesellschaftliche Vorstellungen zu Geschlecht und Reproduktion den Zugang zu diesem Eingriff beeinflussen.

In unserem Gespräch geht es um deine persönlichen Erfahrungen mit diesem Eingriff – von der Entscheidung über den Prozess bis hin zu möglichen Reaktionen aus deinem Umfeld. Mir ist wichtig, deine individuelle Perspektive kennenzulernen.

Das Interview wird voraussichtlich zwischen 30 und 90 Minuten dauern. Falls es länger dauert, ist das für mich kein Problem – nimm dir gerne so viel Zeit, wie du benötigst. Selbstverständlich steht es dir jederzeit frei, Fragen nicht zu beantworten oder das Interview abubrechen.

Wie du bereits in der schriftlichen Einwilligungserklärung gelesen hast, würde ich das Gespräch gerne aufzeichnen, um mich voll und ganz auf unser Gespräch konzentrieren und das Interview sinnvoll auswerten zu können. Dafür brauche ich auch deine mündliche Erlaubnis: Darf ich das Interview aufnehmen? *[Aufnahmegeräte zeigen und erklären]*

Herzlichen Dank. Dann starte ich jetzt die Aufnahme. *[Aufnahme beginnt]*

Wie du ebenfalls bereits in der schriftlichen Einwilligungserklärung gelesen hast, werde ich die Aufnahme unseres Gesprächs nach dem Interview verschriftlichen. Dabei werden alle personenbezogenen Daten so anonymisiert, dass kein Rückschluss auf deine Person möglich sind.

Selbstverständlich kannst du deine Einwilligung auch nachträglich widerrufen – schließlich weißt du erst nach dem Interview, was du mir erzählt hast.

Der Ablauf des Interviews könnte für dich ungewohnt sein, da ich nur wenige Fragen stellen werde. Zu Beginn lade ich dich ein, in deinem eigenen Tempo von deinen Erfahrungen mit der Sterilisation zu erzählen. Im weiteren Verlauf werde ich gezielt nachfragen, um bestimmte Aspekte zu vertiefen und besser zu verstehen.

Wichtig ist, dass du möglichst frei und konkret über Selbsterlebtes erzählst. Also deine ganz persönlichen Erlebnisse, Erfahrungen und Geschichten. Lass dir gerne so viel Zeit, wie du zum Nachdenken und Erzählen brauchst. Es gibt kein Richtig oder Falsch. Mein Interesse gilt ausschließlich deinen persönlichen Erlebnissen, Sichtweisen und Erfahrungen: was du erlebt hast, wie du es erlebt hast, deine Gedanken, dein Verhalten und deine Gefühle sowie dein Umgang mit dem Ganzen. *[Rückversichern, ob alles klar ist]*

*[Einstiegsfrage]*

Kannst du mir erzählen, wie dein Weg zur Sterilisation verlaufen ist – von der ersten Überlegung bis zum Eingriff selbst?

*[Nachdenkpause zulassen]*

*[Erzählung der interviewten Person]*

In der Erzählung muss beinhaltet sein:

- Warum/wie hat es begonnen? (Auslöser)
- Wie hat es sich entwickelt? (Verlauf)
- Beteiligte Personen / Soziales Umfeld
- Mögliche Hürden, aber auch mögliche Unterstützungen
- Soziale Normen (z. B. bezogen auf Geschlecht, Reproduktion, Alter und/oder Körper)
- Dauer des Prozesses (von Entscheidungsfindung – Kontaktaufnahme – Beratung – Eingriff)

Mögliche Nachfragen:

## I. Entscheidungsfindung

- Wann hast du zum ersten Mal darüber nachgedacht, dich sterilisieren zu lassen?
- Gab es bestimmte Ereignisse oder Überlegungen, die deine Entscheidung beeinflusst haben?
- Wann ist dir klar geworden, dass du keine Kinder haben willst?a

## II. Reaktionen

- Wie haben die Reaktionen aus deinem Umfeld auf deine Entscheidung ausgesehen? (z.B. Familie, Freund\*innen, Partner\*innen) – *[unterstützend und/oder kritisch]*
- Wenn in Partnerschaft: Inwiefern hat dein Partner eine Rolle in dem Prozess gespielt?

## III. Zugang

- Wie bist du bei der Suche nach einer Ärztin / einem Arzt vorgegangen?
- Wie hast du den Umgang mit dir durch Ärzt\*innen (bzw. medizinisches Personal) erlebt?
- Inwiefern sind dir dabei Hürden begegnet?
- Welche Begründungen wurden dir vom medizinischen Fachpersonal genannt? *[sowohl unterstützend als auch ablehnend]*
- Wie hast du die Beratung während des Prozesses erlebt?
- Welche Argumente wurden dir gegenüber für oder gegen die Sterilisation genannt?
- Gab es Momente, in denen du an dem Eingriff gezweifelt hast?

## IV. Eingriff

- Wie hast du den medizinischen Prozess erlebt? (z.B. Aufklärung, Ablauf des Eingriffs)

Füllfragen:

- Kannst du auf Punkt XY näher eingehen?
- Was ist dann passiert?
- Wie hast du dich dabei gefühlt? // Magst du näher auf deine Gefühlslage eingehen?
- Wie hast du dich über den Prozess hinweg gefühlt?

*[Abschluss]*

Zusammenfassend: Wie erlebst du den Prozess zu deiner Sterilisation im Nachhinein?

*[Erzählung der interviewten Person]*

Wir sind nun am Ende unseres Gesprächs. Gibt es etwas, was du in Bezug auf deine persönlichen Erlebnisse bzw. persönlichen Erfahrungen mir noch mitteilen möchtest?

Herzlichen Dank, dass du dir die Zeit für dieses Interview genommen hast! Hast du sonst noch Anmerkungen zu den Fragen oder der Einverständniserklärung?

*[Transkription Ende; Aufnahme beenden]*

## Leitfaden für Ärzt\*innen

*[Begrüßung und Dank].*

Im Rahmen meiner Masterarbeit in Soziologie an der Universität Innsbruck beschäftige ich mich mit freiwilligen Sterilisationen von Frauen in Österreich.

In diesem Interview möchte ich Ihre medizinische Perspektive kennenlernen und mehr darüber erfahren, wie Sie als Arzt/Ärztin Entscheidungen zur Durchführung von freiwilligen Sterilisationen treffen. Dabei interessiert mich insbesondere, welche Faktoren Ihre Entscheidung beeinflussen, wie Sie den Eingriff beurteilen und welche Kriterien dabei für Sie wichtig sind.

Das Interview wird voraussichtlich zwischen 30 bis 50 Minuten dauern. Selbstverständlich steht es Ihnen jederzeit frei, Fragen nicht zu beantworten oder das Interview abubrechen.

Wie Sie bereits in der schriftlichen Einwilligungserklärung gelesen haben, würde ich das Gespräch gerne aufzeichnen, um mich voll und ganz auf unser Gespräch konzentrieren und das Interview sinnvoll auswerten zu können. Dafür brauche auch Ihre mündliche Erlaubnis: Darf ich das Interview aufnehmen?  
*[Aufnahmegeräte zeigen und erklären]*

Herzlichen Dank. Dann starte ich jetzt die Aufnahme. *[Aufnahme beginnt]*

Wie Sie ebenfalls bereits in der schriftlichen Einwilligungserklärung gelesen haben, werde ich die Aufnahme unseres Gesprächs nach dem Interview verschriftlichen. Dabei werden alle personenbezogenen Daten so anonymisiert, dass kein Rückschluss auf Ihre Person möglich ist.

Selbstverständlich können Sie Ihre Einwilligung auch nachträglich widerrufen – schließlich wissen Sie erst nach dem Interview, was Sie mir erzählt haben.

Der Ablauf des Interviews könnte für Sie ungewohnt sein, da ich nur wenige Fragen stellen werde. Zu Beginn lade ich Sie ein, in Ihrem eigenen Tempo von Ihren Erfahrungen mit Sterilisationen zu erzählen. Im weiteren Verlauf werde ich gezielt nachfragen, um bestimmte Aspekte zu vertiefen und besser zu verstehen.

Wichtig ist, dass Sie möglichst frei und konkret über Ihre eigenen Erfahrungen erzählen. Lassen Sie sich gerne so viel Zeit, wie Sie zum Nachdenken und Erzählen brauchen. Es gibt kein Richtig oder Falsch. Mein Interesse gilt ausschließlich Ihrer Perspektive und Ihrem Entscheidungsprozess in Bezug auf diesen Eingriff. *[Rückversichern, ob alles klar ist]*

*[Einstiegsfrage]*

Können Sie mir erzählen, wie Sie mit Patientinnen umgehen, die zu Ihnen kommen und sich eine Sterilisation wünschen?

*[Nachdenkpause zulassen]*

*[Erzählung der interviewten Person]*

In der Erzählung muss beinhaltet sein:

- Prozess (z. B. Beratungsgespräch vor Eingriff)
- Kriterien/Faktoren (z. B. Alter, Kinder)
- Motive (Wieso wird eine Sterilisation durchgeführt oder nicht durchgeführt?)
- Rechtliche Lage und Handlungsspielraum

Mögliche Nachfragen:

## I. Sterilisation

- Welche Sterilisationsmethoden führen Sie durch?

## II. Kriterien

- Welche Vorgaben oder Richtlinien gibt es in Österreich für Sie bei Sterilisationen? Gibt es diesbezüglich Unsicherheiten aus Ihrer Sicht, die Ihr Vorgehen beeinflussen?
- Welche Kriterien müssen Ihrer Meinung nach erfüllt sein, damit eine Sterilisation in Ihrer Praxis durchgeführt werden kann?
- Gibt es bestimmte Voraussetzungen, die Sie als wichtig erachten?

## III. Entscheidung

- Welche medizinischen und ethischen Überlegungen spielen bei Ihrer Entscheidung eine Rolle?
- Was sind für Sie Gründe, eine Sterilisation nicht durchzuführen?
- Gibt es bestimmte gesellschaftliche (oder kulturelle) Erwartungen, die Sie bei Ihrer Entscheidung zur Sterilisation berücksichtigen müssen?
- Wie erleben Sie den Umgang mit Sterilisationen bei Kolleg\*innen in Ihrem Fach?

## III. Verantwortung

- Gibt es Konsequenzen, die Sie befürchten, wenn eine Frau den Eingriff bereuen sollte? (z. B. rechtlich)
- Inwiefern tragen Sie die Verantwortung bei eventuell auftretender Reue der Frauen?
- Welche Rolle spielt die Bereitschaft der Frauen, Verantwortung für ihre Reproduktion zu übernehmen, beim Zugang zur Sterilisation?

Füllfragen:

- Können Sie auf Punkt XY näher eingehen?
- Können Sie mir Punkt XY näher erläutern / erklären?

*[Ausblick]*

Wo besteht aus Ihrer Sicht Verbesserungsbedarf in Österreich hinsichtlich des Zugangs zu freiwilligen Sterilisationen?

*[Erzählung der interviewten Person]*

Wir sind nun am Ende unseres Gesprächs. Gibt es etwas, was Sie in Bezug auf Ihre beruflichen Erfahrungen mir noch mitteilen möchten?

Herzlichen Dank, dass Sie sich die Zeit für dieses Interview genommen haben! Haben Sie sonst noch Anmerkungen zu den Fragen oder der Einverständniserklärung?

*[Transkription Ende; Aufnahme läuft noch weiter]*

Demographische Daten: *[nur bei Bedarf]*

Alter:

Geschlechtszugehörigkeit:

Berufspraxis in Jahre:

Anzahl Kinder:

*[Demographische Daten werden am Beginn des Transkriptes tabellarisch angegeben]*

*[Aufnahmegerät ausschalten]*

## Anhang D: Hinweis zur Datenverfügbarkeit

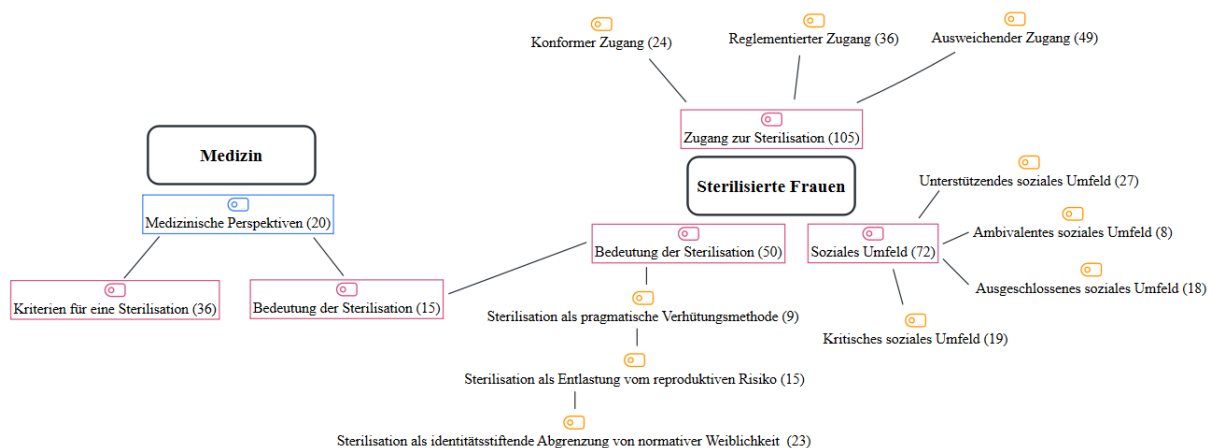
Aufgrund der Sensibilität des Themas werden die vollständigen Transkripte zum Schutz der Interviewteilnehmenden nicht im Anhang veröffentlicht. Trotz Pseudonymisierung und Anonymisierung könnten Rückschlüsse auf einzelne Personen gezogen werden. Die Transkripte liegen ausschließlich der Autorin vor.

## Anhang E: Codelandkarte

Die folgende Abbildung zeigt eine mit MAXQDA erstellte visuelle Darstellung der im Analyseprozess entwickelten Codes sowie die Häufigkeit der jeweils zugeordneten Zitate.

### Abbildung 1

#### Codelandkarte



Anmerkung: Die visualisierte Codelandkarte zeigt die hierarchische Struktur der gebildeten Codes und Sub-Codes. Die Kategorie „Medizin“ basiert auf den Interviews 8 (Arzt) und 9 (Ärztin), während die Kategorie „Sterilisierte Frauen“ auf den Interviews 1 bis 7 beruht.

Quelle: Eigene Darstellung. Erstellt mit MAXQDA.

## EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich erkläre hiermit an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet habe. Alle Stellen, die wörtlich oder inhaltlich den angegebenen Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Jeden Einsatz von generativen Modellen (Künstliche Intelligenz wie z. B. ChatGPT, Grammarly Go, Midjourney) habe ich vollständig und wahrheitsgetreu inkl. Produktversion ausgewiesen.

Die vorliegende Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form noch nicht als Magister-/Master-/Diplomarbeit/Dissertation eingereicht. Ich erkläre mich mit der Archivierung der vorliegenden Masterarbeit einverstanden.

Innsbruck, 7.08.2025

---

Datum

---

Unterschrift