



BERLINER BEITRÄGE ZUR SKANDINAVISTIK

Titel/
title: *Gesundheit/Krankheit
Kulturelle Differenzierungsprozesse um Körper, Geschlecht und
Macht in Skandinavien*

Autor/
author: Magdalena Bengtsson Levin/Kristina Engwall/Katharina Woellert

Kapitel/
chapter: »Differenzierungsprozesse im Zusammenhang mit Kinderlosigkeit
in Deutschland und Schweden im 20. Jahrhundert«

In: Körper, Lill-Ann/von Schnurbein, Stefanie (Hg.):
Gesundheit/Krankheit. Kulturelle Differenzierungsprozesse um
Körper, Geschlecht und Macht in Skandinavien. Berlin:
Nordeuropa-Institut, 1. Auflage, 2010

ISBN: 978-3-932406-31-7

Reihe/
series: Berliner Beiträge zur Skandinavistik, Bd. 16

ISSN: 0933-4009

Seiten/
pages: 231-260

© Copyright: Nordeuropa-Institut Berlin sowie die Autoren

© Copyright: Department for Northern European Studies Berlin and the authors

Diesen Band gibt es weiterhin zu kaufen. This book can still be purchased.

MAGDALENA BENGTTSSON LEVIN/
KRISTINA ENGWALL/KATHARINA WOELLERT
Differenzierungsprozesse im Zusammenhang
mit Kinderlosigkeit in Deutschland und Schweden
im 20. Jahrhundert

Ungewollte Kinderlosigkeit wurde und wird von den Betroffenen oft als Tragödie wahrgenommen. Das galt lange Zeit insbesondere für Frauen, da die Mutterschaft eng verbunden war mit deren gesellschaftlichem Status. So war die Familiengründung im 20. Jahrhundert für die meisten ein selbstverständliches und erstrebenswertes Ziel. Kinderlos zu bleiben war für viele daher unvorstellbar. Doch manche Menschen unterlagen anderen gesellschaftlichen Wertsetzungen; auch heute ist die Vorstellung vorherrschend, dass Menschen mit Behinderungen möglichst kein Kind bekommen sollen.¹ Und eine weitere aktuelle Debatte thematisiert die Frage, inwieweit Homosexuelle zur Kindererziehung geeignet sind und ob diese in den Genuss der Reproduktionsmedizin gelangen sollten, um ihnen auf diesem Wege eine biologische Elternschaft zu ermöglichen. Im deutschen Kontext wird zudem mitunter die Frage diskutiert, ob Aidskranke ein Anrecht auf reproduktionsmedizinische Unterstützung haben sollten oder ob ihnen dieses zum Schutze des Kindes vor eventuellen Gefahren während der Schwangerschaft und vor allem während der Geburt zu verwehren sei.²

Kinderlosigkeit kann das Ergebnis einer freien Entscheidung sein oder aber die Folge einer körperlichen Dysfunktion; die Grenze zwischen freiwillig und unfreiwillig ist jedoch fließend. Es handelt sich vielmehr um einen Differenzierungsprozess, in dessen Verlauf diese Grenze vor allem von den Betroffenen selbst definiert wird: Habe ich mich zu meiner Kinderlosigkeit aus freien Stücken entschieden, wurde mir diese aufgezwungen, haben medizinische Probleme eine Schwangerschaft verhindert oder hat sich dieser Zustand einfach so ergeben?

Kinderlosigkeit steht somit in einem Spannungsverhältnis, das sich mit ›nicht wollen – nicht können – nicht dürfen‹ umschreiben lässt. Es kann Teil eines autonomen Beschlusses sein, keine Kinder bekommen zu wol-

1 ARESCHOUGH: 2005.

2 Vgl. MAIER: 2000, 81.

len, das Resultat einer körperlichen Fehlfunktion oder aber das Ergebnis eines politischen Prozesses bzw. einer sozialen Wertsetzung. Kinderlosigkeit – und auch deren Ursachen – kann und muss also aus verschiedenen Perspektiven heraus diskutiert werden. In diesem Beitrag wollen wir die Differenzierungsprozesse in Bezug auf Kinderlosigkeit und insbesondere in Bezug auf die Unterscheidung zwischen freiwillig und unfreiwillig diskutieren. Uns interessieren vor allem die allmählichen Werteverstärkungen im Zusammenhang mit der Beurteilung von Kinderlosigkeit und den politischen Konstellationen, die ebenfalls einen Einfluss auf die Beurteilung von Kinderlosigkeit haben. Zudem werden wir die Frage diskutieren, inwieweit sich Wertungen, Normen, Diskurse und Praktiken im Zusammenhang mit Kinderlosigkeit im Laufe der Zeit verändert haben.

Besonders interessant ist dabei der Vergleich zwischen Deutschland und Schweden. Beide Staaten fallen heute unter die Kategorie Wohlfahrtsstaat, weisen aber – beispielsweise in familienpolitischen Fragen – dennoch große Unterschiede auf. Schweden ist ein Beispiel für das ›individuelle Modell‹, demzufolge die familienpolitischen Rahmenbedingungen an der individuellen Lebensplanung ausgerichtet sind. Im Gegensatz dazu dominierte in Deutschland lange das ›male breadwinner‹-Modell, d. h., die familienpolitischen Rahmenbedingungen in Deutschland orientierten und orientieren sich zum Teil noch immer in hohem Maße am Konzept des männlichen Familienversorgers.³ Hierbei handelt es sich um eine schematische Beschreibung der Situation in Deutschland und in Schweden, die, wie die Historikerin Wiebke Kolbe hervorhebt, die historische Dimension nur unzureichend auffängt.⁴ Dennoch weist diese Gegenüberstellung auf einen wichtigen Unterschied hin. So spricht man in der deutschen Familienpolitik heute mitunter vom »schwedischen Modell«:⁵ Das so genannte ›Elterngeld‹, welches 2007 in Deutschland eingeführt wurde, soll nunmehr beiden Elternteilen die Möglichkeit geben, ihre Kinder länger zu Hause zu betreuen. Durch den finanziellen Ausgleich erfährt der Beitrag der Frauen zum Familieneinkommen eine Wertschätzung; gleichzeitig wird den Vätern ein Anreiz geboten, ebenfalls in Elternzeit zu gehen. Das neue ›Elterngeld‹ in Deutschland entspricht in Grundzügen somit der schwedischen Regelung (›pappdagarna‹).

3 KOLBE: 2002, 29–31.

4 Ebd., 31.

5 KÜHN: 2005.

These und Diskussionsverlauf

In diesem Artikel diskutieren wir die Differenzierungsprozesse im Zusammenhang mit Kinderlosigkeit, indem wir von den verschiedenen Faktoren ausgehen, die unserer Meinung nach auf die Deutung dieses Begriffes Einfluss haben. Wir diskutieren die Normen und Wertsetzungen im Zusammenhang mit Familiengründung, Geschlechterrollen, Behinderung sowie sexueller Orientierung und analysieren zudem die Auswirkungen körperlicher Dysfunktionen, die Bedeutung der medizinischen Technik und die Perspektiven, die sich daraus ergeben, dass das Leben durch den medizin-technischen Fortschritt auch in reproduktiver Hinsicht (scheinbar) planbar wird, sowie die durch Gesetze, Praxis und normative Wertsetzungen gesellschaftlich erzwungene Kinderlosigkeit.

Dazu konzentrieren wir uns auf den Zeitraum von 1900 bis heute, doch ist der Aufsatz nicht als ein chronologisch einheitlicher Text zu verstehen. Wir haben vielmehr einen Zeitraum ausgewählt, in dem der Wandel der Differenzierungsprozesse im Zusammenhang mit Kinderlosigkeit gut darstellbar ist. Es soll nur in dem Maße auf chronologische Zusammenhänge eingegangen werden, wie es die Darstellung von Veränderungen und Kontinuität erfordert.

Die in diesem Aufsatz genannten empirischen Beispiele sind den verschiedenen Forschungsprojekten der beteiligten Autorinnen entnommen. Magdalena Bengtsson-Levin arbeitet an einem Projekt, das auf Interviews mit älteren Menschen aus einer größeren schwedischen Stadt aufbaut. Kristina Engwall arbeitet an einer Studie über freiwillige Kinderlosigkeit und hat in diesem Zusammenhang schwedische Frauen interviewt. Katharina Woellert arbeitet zu diskursiven Veränderungen im Zusammenhang mit Sexualität und Fortpflanzung im Vergleich zwischen Deutschland und Schweden. Die in diesem Aufsatz genannten Beispiele entstammen also einer ganzen Reihe sehr verschiedener Quellen und stellen daher mehr eine Illustration denn eine systematische Quellenarbeit dar.

Der Einfluss des medizinischen Fortschritts auf die Wahrnehmung der Kinderlosigkeit

Kinderlosigkeit wird oftmals mit Unfreiwilligkeit verbunden. Um die Wende zum 20. Jahrhundert stellten die körperlichen Ursachen einer Kinderlosigkeit ein weitaus größeres Problem dar, als es heutzutage der Fall ist. Das medizinische Wissen über die Ursachen von Sterilität und Infertilität war deutlich geringer und auch die damaligen Therapiemöglichkeiten sind mit den heutigen in keiner Weise vergleichbar. Der medizinische Fortschritt hat einen entscheidenden Einfluss auf die Möglichkeiten einer Kinderwunschbehandlung.

Lange Zeit galt die unfreiwillige Kinderlosigkeit als ein primär weibliches Problem; die Diskussion möglicher Behandlungsstrategien fokussierte daher oftmals vorrangig auf die Frau. Das hatte verschiedene Ursachen: Nach der traditionellen Geschlechtsrollenverteilung war die Frau für die Kindererziehung und für den Haushalt verantwortlich. Familienplanung gehörte ebenfalls zu diesem Aufgabenkreis – das galt für Verhütungsfragen ebenso wie für ausbleibenden Kindersegen. Erst im Verlauf des 20. Jahrhunderts zeigte die Wissenschaft allmählich größeres Interesse an der männlichen Fertilität. Zwar wurde diese auch schon vorher unter Fachmedizinerinnen vereinzelt diskutiert, aber viele Männer entzogen sich der Behandlung.⁶ Mittlerweile gilt die männliche Fertilität im gleichen Maße wie die weibliche als Ansatzpunkt für eine Kinderwunschbehandlung.⁷

Mitunter lässt sich den Diskussionen ein feiner Unterschied zwischen der körperlichen und der psychosozialen Seite der unfreiwilligen Kinderlosigkeit entnehmen. Erstere fällt unter den Begriff Sterilität und gilt der Definition nach als ein pathologischer Zustand. Demgegenüber werden oftmals die sozialen und psychologischen Folgen des Nicht-Kinderkriegen-Könnens abgegrenzt. Dieser Unterschied könnte als akademische Haarspalterei gedeutet werden, wäre er nicht heutzutage in vielen europäischen Ländern politisch von Bedeutung.⁸ Dahinter steht die Frage, ob der Umstand, keine Kinder bekommen zu können, als medizinisches Problem oder aber als ein nicht erfüllbarer, individueller Wunsch zu deuten sei. Welche dieser beiden Sichtweisen in der politischen Debatte do-

6 Vgl. beispielsweise WINTER: 1921.

7 LUNDIN: 1999.

8 VAN BALEN und INHORN: 2002, II.

miniert, hat einen großen Einfluss darauf, welche finanziellen Ressourcen bereitgestellt werden. Wenn sich in der Politik die Auffassung durchsetzt, dass es sich hierbei um ein vorrangig medizinisches Problem handelt, können öffentliche Mittel zu dessen Behandlung verwendet werden. Gelten Kinder jedoch als ein Bestandteil des persönlichen Lebensstils, ist es in weitaus größerem Umfang möglich, die Kosten der Kinderwunschbehandlung den kinderlosen Paaren selbst zu übertragen. In Schweden liegt es in der Verantwortung eines jeden *Landtings* darüber zu entscheiden, wie viele Fruchtbarkeitsbehandlungen finanziert werden.⁹ In Deutschland bezahlen die Krankenkassen die Hälfte der ersten drei Behandlungszyklen.¹⁰

Aber die medizinische Technik ist nicht für alle gleichermaßen zugänglich. Früher war die Ehe in der Regel Voraussetzung dafür, zu einer Kinderwunschbehandlung zugelassen zu werden. Im heutigen Schweden ist die Ehe dagegen keine unabdingbare Voraussetzung mehr; gefordert wird allerdings eine feste Partnerschaft. In Deutschland ist die Ehe nach wie vor Voraussetzung, um finanzielle Unterstützung bei der Kinderwunschbehandlung zu erhalten. In beiden Ländern steht die heterosexuelle Partnerschaft im Fokus. In Schweden haben lesbische Paare seit 2005 das Recht auf eine Spermien spende.¹¹ Für Deutschland gilt das nicht. Die Leihmutterchaft ist in beiden Ländern verboten, die In-Vitro-Fertilisation (IVF) darf keine Eizellspende einschließen und die Verwendung von Fremdsperma ist nur unter bestimmten Voraussetzungen gestattet.¹² Diese Übersicht zeigt, dass Sterilität – ein Zustand, der früher als etwas Definitives und Unabänderliches betrachtet wurde – heute in manchen Fällen behandelt werden kann. Zudem existieren technische Möglichkeiten, auch ohne festen Partner ein Kind zu bekommen. So betrachtet sind die Grenzen des Zustandes ›unfreiwillig kinderlos‹ durchlässiger geworden. Die neue Medizintechnik trug somit dazu bei, dass die traditionelle Kernfamilie bestehend aus Vater, Mutter und Kindern durchlässiger wurde.

9 ADRIAN: 2006.

10 »Richtlinien des Bundesausschusses [...]«: 2006, 922.

11 In Deutschland erhalten nur heterosexuelle Ehepaare Zugang zu fertilitätsmedizinischer Behandlung. Unverheiratete werden auf Antrag ebenfalls zugelassen, müssen die Kosten in der Regel aber selbst tragen. Vgl. »Künstliche Befruchtung«, § 27a im *Sozialgesetzbuch* (SGB).

12 Vgl. »(Muster-)Richtlinien [...]«: 2006, A 1392–A 1403; *Lag om ändring i lagen (1988: 711) om befruktning utanför kroppen*. Svensk författningssamling 2005:445.

Mittels In-Vitro-Fertilisation (IVF) wurde auch eine weitere Technik möglich, die Präimplantivdiagnostik (PID). Darunter fallen jene Techniken, die ein Urteil über den genetischen und somatischen Zustand des Embryos vor dessen Transfer in den Körper der Frau ermöglichen. Auf diese Weise erhalten jene Paare, bei denen zumindest einer der Partner Träger einer schweren Erbkrankheit ist (z. B. Chorea Huntington), die Möglichkeit sicherzustellen, dass die eigenen Kinder nicht dasselbe Schicksal werden teilen müssen.¹³ Das wirft die Frage auf, ob eine solche PID nicht einen selektiven und eugenischen Effekt hat. Andererseits können sich Frauen, die mittels IVF schwanger wurden, wie alle anderen Schwangeren auch für eine Pränataldiagnostik (PND) entscheiden – bei einem auffälligen Befund verbunden mit der Möglichkeit, eine Abtreibung vornehmen zu lassen. Das ließe sich durch eine PID, also eine ähnliche Diagnostik zu einem deutlich früheren Zeitpunkt, vermeiden¹⁴ – ein Argument, das aus ethischer Perspektive für die PID spricht. Des Weiteren gibt es heutzutage Paare, die fertilitätsmedizinische Techniken in Anspruch nehmen, ohne dass eine direkte medizinische Indikation dafür vorläge, um auf diesem Wege das Risiko der Weitergabe einer Erbkrankheit zu umgehen. Manche Paare lassen – zu diesem Zweck oder aber, um die Chancen einer Schwangerschaft zu erhöhen – die IVF-Behandlung im Ausland vornehmen.¹⁵

Die moderne Fertilitätsmedizin berührt somit Fragen des Nicht-Könnens, aber in Hinblick auf etwaige Erbkrankheiten auch des Nicht-Wollens und eventuell des Nicht-Dürfens. Eine ähnliche Verbindung existierte auch in den 1930er Jahren, als Gynäkologen sowohl zur Sterilität als auch zur Sterilisierung forschten. Letzteres galt gleichermaßen als Verhütungsmaßnahme (temporäre Sterilisierung) wie auch als Mittel zur Realisierung eugenischer Ziele.¹⁶

¹³ In Schweden darf die PID nur in Fällen schwerer genetischer Erkrankungen, für die es heutzutage keine Behandlung oder Linderung gibt, angewendet werden. Vgl. *Lag om genetisk integritet m.m.* Svensk författningssamling 2006:351. In Deutschland ist die Anwendung der PID nach wie vor umstritten. Entscheidend ist das *Embryonenschutzgesetz* vom 13.12.1990. Derzeit kommt die PID offiziell nicht zur Anwendung, doch von vielen Seiten wird die Forderung erhoben, das Embryonenschutzgesetz in dieser Hinsicht zu überarbeiten. Eine Ausnahme bildet die so genannte Polkörperdiagnostik, die nicht im Embryonenschutz geregelt ist und die von einigen Zentren seit 2006 angewendet wird. Vgl. »(Muster-)Richtlinien [...]«: 2006, A 1392–A 1403.

¹⁴ *Genetische Diagnostik* [...]: 2003.

¹⁵ KRASKE und LUDWIG: 2005.

¹⁶ Vgl. beispielsweise HISGEN: 1938; VAN DEN VELDE: 1929.

Neue medizinische Techniken bedingen neue Differenzierungsprozesse im Zusammenhang mit Kinderlosigkeit. Unter welchen Voraussetzungen definiert man sich selbst als kinderlos, und gilt Kinderlosigkeit als freiwillig oder als unfreiwillig? Diese Frage stellt sich insbesondere angesichts einer mit fortgeschrittenem Alter – statistisch – abnehmenden Fruchtbarkeit. Das Drängen der ›biologischen Uhr‹ betrifft vor allem Frauen und das gilt gleichermaßen für deren ›natürliche‹ und deren reproduktivmedizinisch unterstützte Fruchtbarkeit. Wie ist der Unterschied zwischen Freiwilligkeit und Unfreiwilligkeit vor diesem Hintergrund zu definieren? Ein weiterer Aspekt besteht darin, ab wann Betroffene sich zum Kreis der ungewollt Kinderlosen zählen. Eine schwedische Studie, in deren Rahmen Paare interviewt wurden, zeigt, dass Männer und Frauen diese Frage oft unterschiedlich beantworten – auch dann, wenn sie zum gleichen Zeitpunkt über den medizinischen Sachverhalt in Kenntnis gesetzt wurden.¹⁷

Fertilität und Sterilität werden auch im Zusammenhang mit der Forschung zur freiwilligen Kinderlosigkeit diskutiert, weil viele Studien zu diesem Thema darauf hindeuten, dass reproduktives Vermögen und der Wille, keine Kinder bekommen zu wollen, gleichermaßen grundlegende Voraussetzung für eine freiwillige Kinderlosigkeit sind.¹⁸ Ein Problem einer solchen Definition besteht darin, dass viele kinderlose Frauen und Männer gar nicht wissen, inwieweit sie fruchtbar sind oder nicht. Eher wissen vor allem jene Paare, die sich dazu entschließen, ihren Kinderwunsch zu realisieren, wie es um ihr reproduktives Vermögen bestellt ist.

Der Gedanke, dass freiwillig Kinderlose auch fertil sein müssen, um als solche bezeichnet werden zu können, geht von einer biologistischen bzw. medikalisierenden Sichtweise aus. Diese Perspektive findet ihre Entsprechung in der Definition der unfreiwilligen Kinderlosigkeit. Darunter fallen jene, die einerseits aus medizinischen Gründen nicht in der Lage sind, Kinder zu bekommen, andererseits aber einen starken Kinderwunsch verspüren. Freiwillig kinderlos zu sein basiert dagegen nicht notwendigerweise auf diesem Gegensatz, d. h. zwar fruchtbar zu sein, aber keine Kinder haben zu wollen.

Die Frage nach dem Grad der Freiwilligkeit ausgehend von medizinischen Aspekten wird in mehreren mit heutigen schwedischen Frauen geführten Interviews aufgeworfen. In einem Fall gab die betreffende Frau

¹⁷ WIRTBERG: 1992, 42–44; SPIEWAK: 2002.

¹⁸ HOUSEKNECHT: 1999.

erst auf die Frage nach der Verhütung an, dass sie nur schwer schwanger werden könne. Nachdem sie in ihrem vierten Lebensjahrzehnt gynäkologische Beschwerden hatte, nahm ihr reproduktives Vermögen zusehend ab. Im Grunde hätte sie seitdem keine Verhütungsmittel mehr anwenden müssen.¹⁹ Auch eine andere Frau gab in einem der Interviews an, dass sie an einer Krankheit gelitten habe, deren Behandlung durchaus dazu geführt habe könne, dass sie nur schwer schwanger werden könne. Sie vermute, dass aus ihrer Umgebung viele davon ausgingen, dass sie aufgrund der Risiken im Zusammenhang mit ihrer Erkrankung keine Kinder bekommen wolle, sie sei aber der Meinung, dass das keinen Einfluss auf ihren Kinderwunsch gehabt habe. Ihr Beschluss habe vielmehr andere Gründe.²⁰

Es zeigt sich also, dass die medizinische Forschung zur Fertilität und die neuen medizinischen Techniken starke Veränderungen bei der sozialen Deutung von Kinderlosigkeit bewirkten. Dadurch wurden für unfreiwillig Kinderlose neue Möglichkeiten geschaffen, leibliche Kinder zu bekommen, während freiwillig Kinderlosen der Weg geebnet wurde, auch weiterhin kinderlos zu bleiben. Die Grenze zwischen beiden wird also durch die Selbstwahrnehmung der Betroffenen und durch die soziale Umgebung gezogen.

Das Recht, über die Familienplanung zu bestimmen

Eine aktive Familienplanung und auch der Entschluss, keine Kinder haben zu wollen, setzen die Selbstbestimmung über seinen eigenen Körper voraus. Vielfach sind das Wissen um den Zugang zu und die Anwendung von Verhütungsmitteln, aber auch die Möglichkeit einer Abtreibung, Voraussetzung, um den Wunsch nach freiwilliger Kinderlosigkeit zu realisieren. Vor diesem Hintergrund stellte Rosemary Gilliespie fest, allein der Umstand, dass eine Frau Kinder habe, sei nicht zwangsläufig ein Zeichen dafür, dass sie tatsächlich habe Mutter werden wollen.²¹

In Schweden waren zwischen 1910 und 1938 und in Deutschland seit 1900 die Werbung für und der Verkauf von Verhütungsmitteln verboten.²²

19 Interview Nr. 6, Kristina Engwall.

20 Interview Nr. 8, Kristina Engwall.

21 GILLIESPIE: 2000.

22 Durch § 184 RStGB (die so genannte ›Lex Heinze‹) wurde in Deutschland unter anderem die Werbung für ›Gegenstände, die zum unzüchtigen Gebrauch bestimmt

Dennoch gab es beispielsweise in Deutschland versteckte Reklame für solche Produkte, in der diese verschleiern als ›hygienische Bedarfsartikel‹ bezeichnet wurden.²³ Dass Verhütungsmittel bereits vor 1900 und auch während des Verbotes angewendet wurden, ist hinreichend belegt.²⁴ Aber für viele waren Verhütungsmittel und eine ärztliche Beratung zu teuer, das galt insbesondere für die Frauen der Arbeiterklasse.²⁵ Unwissen sowie der Mangel an Verhütungsmitteln bereiteten vor allem wirtschaftlich schwach gestellten Frauen und Paaren große Probleme, die in Deutschland als ›Konzeptionsangst‹ oder ›Sexualnot‹ bezeichnet wurden.²⁶ Aus Interviews mit schwedischen Frauen, die Anfang der 1920er Jahre geboren wurden, geht zudem hervor, dass viele heirateten, da sie schwanger wurden. Der Mangel an Möglichkeiten zur Geburtenkontrolle war in vielen Fällen ausschlaggebend für die Wahl des Ehepartners und den Zeitpunkt der Geburt des ersten Kindes.²⁷

Die Unwissenheit zu sexuellen Fragen war groß und das Reden über Sexualität und Fortpflanzung für viele schambesetzt.²⁸ Das erklärt, weshalb der schwedische *Riksförbundet för sexuell upplysning* (RFSU)²⁹ und die deutschen Sexualberatungsstellen so großen Erfolg hatten.³⁰ Ein Vergleich beider Länder zeigt, dass das Bewusstsein für den Bedarf an Sexualaufklärung vor allem im Deutschland der 1920er Jahre entwickelt wurde, die Sexualaufklärung selbst aber in Schweden in wesentlich breiterem Umfang realisiert wurde. Bereits in den 1940er Jahren wurde in den schwedischen Schulen der Aufklärungsunterricht offiziell eingeführt.³¹

Auch die Pille, die 1961 in der BRD, 1964 in Schweden und 1965 in der DDR eingeführt wurde, hatte eine immense Bedeutung für das Recht der

sind‹, verboten – eine Umschreibung, die lange Jahre als auch für Verhütungsmittel zutreffend gedeutet wurde. Zudem galten Verhütungsmittel oft als unmoralisch und nach 1933 auch als gesellschaftspolitisch problematisch. 1941 erging ein schärferes Verbot bestimmter Verhütungsmittel. SAUERTEIG: 1999, 290; BERGMANN: 1992, 30–33; HERZOG: 2005, 32, 331–332.

23 MÜLLER-LANDGRAF: 1996, 110.

24 ELGÁN: 1994.

25 *Vorwärts – und nicht vergessen*: 1982, 148.

26 HAGEMANN: 1989, 252.

27 SUNDSTRÖM-FEIGENBERG: 1989, 174–175.

28 HAGEMANN: 1989, 251.

29 Reichsverband für sexuelle Aufklärung.

30 LENNERHED: 2002; LEVIN: 1997; VON SODEN: 1988; FISCHER: 1992.

31 WOELLERT: 2005.

Frauen, selbst über ihre Fruchtbarkeit zu bestimmen.³² Zuvor mussten Frauen oftmals darauf vertrauen, dass der Mann ein Kondom verwendete oder aber den Koitus Interruptus zuverlässig ausführte. Die so genannte ›freie Abtreibung‹, in Schweden 1975 eingeführt, hatte ebenfalls großen Einfluss auf die Planbarkeit von Schwangerschaften für Frauen und Paare. In Deutschland existiert juristisch gesehen kein Recht auf Abtreibung. Es bestehen allerdings einige Ausnahmeregelungen, denen zufolge eine Abtreibung weder für Schwangere noch für den abtreibenden Arzt strafbar ist. Dazu gehört seit 1995 auch die so genannte ›Beratungsklausel‹, nach der eine Abtreibung dann als straflos gilt, wenn der Abbruch innerhalb der ersten zwölf Schwangerschaftswochen stattfindet und die Betroffene sich zuvor durch eine unabhängige Stelle hat beraten lassen. Über diesen Zeitpunkt hinaus ist eine Abtreibung straffrei aber auch dann möglich, wenn die Schwangerschaft eine ernsthafte Gefahr für die physische oder psychische Gesundheit der Schwangeren darstellt.³³ In der Praxis bedeutet das, dass nahezu jede Frau, die sich zu einer Abtreibung entschließt, diese auch durchführen kann.

Das Recht auf Abtreibung war für viele freiwillig kinderlose Frauen lange Zeit von hoher Bedeutung. Einige der Frauen, die in den schwedischen Studien interviewt wurden, entschieden sich für eine Abtreibung, um auch weiterhin kinderlos bleiben zu können. Eine der Interviewpartnerinnen reflektierte ihre Abtreibungsentscheidung vor dem Hintergrund, dass Abtreibungen häufig als psychisches Trauma für die betroffenen Frauen dargestellt werden. Für sie war diese Entscheidung dagegen offenbar eine Erleichterung, die sie daher auch nie bereute.³⁴

32 SIEG: 1996; SCHWARZ: 1996.

33 Vgl. § 218a StGB. Der neue § 218a ist ein Ergebnis des deutsch-deutschen Wiedervereinigungsprozesses. Er stellt einen Kompromiss zwischen dem freien Abtreibungsrecht in der DDR und dem weitestgehenden Abtreibungsverbot der BRD dar.

34 Interview Nr. 3, Kristina Engwall.

Nicht-Dürfen – das Recht auf Fortpflanzung wird dem kollektiven Wohl untergeordnet

Kinderlosigkeit wird oft mit medizinischen Begriffen diskutiert, die das individuelle reproduktive Vermögen in den Mittelpunkt stellen. Dabei geht darum, ob die Betroffenen Kinder bekommen können oder nicht. Es ist aber eine weitere Perspektive denkbar: Inwieweit war und ist Kinderlosigkeit das Resultat formeller oder informeller Machtstrukturen, die dazu führten, dass manchen Menschen das Recht auf Reproduktion verweigert wurde. Vor allem in den 1920er, 1930er und 1940er Jahren, aber auch zuvor und ebenso heute wurde bzw. wird manchen das Recht auf Nachkommen abgesprochen. Das gilt unabhängig von den politischen Verhältnissen sowohl für Deutschland als auch für Schweden.

In Schweden hatten zwei Gesetze direkte Bedeutung für die staatlich verordnete Kinderlosigkeit: das Sterilisierungsgesetz von 1934 und das Abtreibungsgesetz von 1938.³⁵ In Deutschland existierten mehrere relevante Gesetze: das ›Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses‹ von 1933 mit einer Ergänzung 1935, die die Abtreibung bei eugenischer Indikation gestattete, sowie das ›Blutschutzgesetz‹ und das ›Ehegesundheitsgesetz‹, beide von 1935.³⁶ Alle Gesetze hatten eine eugenische Intention, d. h. die Absicht, die ›Qualität‹ der geborenen Kinder zu verbessern und Eltern, die dieses nicht gewährleisten konnten, von der Fortpflanzung auszuschließen. In Schweden kam das Sterilisierungsgesetz vor allem gegenüber Frauen zur Anwendung – ebenso wie in vielen weiteren Ländern, in denen die eugenische Sterilisierung praktiziert wurde. Der Frauenanteil unter den Sterilisierten betrug in Schweden 95 %.³⁷ In Deutschland waren Frauen und Männer von der Sterilisierungsgesetzgebung dagegen gleichermaßen betroffen.³⁸

35 *Lag om sterilisering av vissa sinnessjuka, sinnesslöa eller andra som lida av rubbad själsverksamhet*. Svensk författningssamling 1934:171; *Lag om avbrytande av havandeskap*. Svensk författningssamling 1938:318.

36 »Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933« und dessen Zusätze: »Änderungsgesetz vom 26. Juni 1935« (RGBl. I, 773); »Gesetz zum Schutze des deutschen Blutes und der deutschen Ehre vom 15. September 1935« (›Blutschutzgesetz‹, Bestandteil der ›Nürnberger Gesetze‹; RGBl, 1146); »Gesetz zum Schutze der Erbgesundheit des deutschen Volkes vom 18. Oktober 1935« (›Ehegesundheitsgesetz‹; RGBl I, 1246); *Richtlinien* [...]: 1936, 9–13. Vgl. auch BOCK: 1986, 94–103.

37 TYDÉN: 2002, 59.

38 Vor 1933 wurden auch in Deutschland größtenteils Frauen sterilisiert. BOCK: 1986, 372–374.

Auch wenn sich die Sterilisierungsgesetze in beiden Ländern im Großen und Ganzen glichen, so bestand doch ein großer Unterschied in der Anzahl der Opfer.³⁹ In Deutschland fielen der Sterilisierungspraxis in der Zeit zwischen 1933 und 1945 mindestens 400.000 Menschen zum Opfer.⁴⁰ In Schweden wurden zwischen 1935 und 1975 ca. 63.000 Menschen sterilisiert.⁴¹ In beiden Ländern fanden die Sterilisierungen unter Zwang statt; in Deutschland war die Zulässigkeit physischer Zwangsmaßnahmen gesetzlich geregelt, die schwedische Gesetzgebung schloss diese dagegen aus.⁴² Darüber hinaus kamen in beiden Ländern weitere Formen von Zwang zur Anwendung. Beispielsweise bedeutete die ungleiche Wahl zwischen zwei Optionen, deren einziger Ausweg in der ›Einwilligung‹ in eine Sterilisierung bestand, de facto eine Zwangssituation. Das galt zum Beispiel, wenn die Entlassung aus einer Anstalt oder die Erteilung einer Ehegenehmigung mit der Bedingung einer vorherigen Sterilisation verbunden wurde.⁴³ In der Praxis hatte das für viele Betroffene eine erzwungene Kinderlosigkeit zur Folge.

Bei der Durchsicht von Patientenakten verschiedener schwedischer Nervenheilanstalten der 1930er Jahre fanden sich eine Reihe von Beispielen, die zeigen, wie Frauen durch eine Sterilisierung zur Kinderlosigkeit gezwungen wurden. Offenbar galt für viele Patientinnen, dass eine Anstaltsentlassung nur dann in Frage käme, wenn sie sich zuvor sterilisieren ließen. Ein Arzt schrieb 1932 in eine Patientenakte:

Ihre Fügsamkeit und Sanftmütigkeit gebieten geradezu den Versuch einer Pflege in einem geeigneten Privatheim oder einem Arbeitsheim. Solange die Möglichkeit zur Befruchtung besteht, dürfte die Entlassung nicht zu verantworten sein. Nach einer Sterilisation könnte sie möglicherweise versuchsweise entlassen werden; sollte der Versuch misslingen, so wären die Konsequenzen weniger schwerwiegend.⁴⁴

39 Mattias Tydén weist in seiner Abhandlung auf die grundsätzliche Problematik hin, die Opferziffern verschiedener Kontexte bzw. Länder miteinander zu vergleichen, da die Registrierung jeweils sehr unterschiedlich erfolgte. TYDÉN: 2002, 372–374.

40 BOCK: 1986, 8.

41 TYDÉN: 2002, 41.

42 BOCK: 1986, 256–258.

43 TYDÉN: 2002, 188–232; BOCK: 1986, 258–278.

44 »Hennes foglighet och fromsinthet inbjuda ju till ett försök med vård i lämpligt privat hem eller å arbetshem. Så länge möjlighet till konception förefinnes, torde utskrivning ej vara försvarlig. Efter en sterilisation kunde hon möjligen utskrivas å försök;

Aus dem Zitat geht auch hervor, dass das Wohl der Gesellschaft im Zweifelsfall schwerer wog als der Wille des Einzelnen. Kinderlosigkeit wird in den Patientenakten nie aus der Perspektive der Patientinnen diskutiert. Dagegen gibt es Beispiele von sterilisierten Frauen, die nach ihrer Entlassung nach Möglichkeiten suchten, ihre Fertilität wieder zu erlangen. Solche Schicksale zeigen einerseits, dass viele Frauen nicht unbedingt richtig verstanden, was die sterilisierende Operation bedeutete, und andererseits, dass deren Kinderlosigkeit nicht freiwillig war und vielmehr viele Opfer in der Folgezeit versuchten, ihre Fruchtbarkeit zurück zu erlangen.⁴⁵ Viele Betroffene vermieden es, die Ursachen ihrer Kinderlosigkeit preiszugeben, da Kinderlosigkeit in Folge einer Sterilisierung stigmatisierend war und möglicherweise noch immer ist.⁴⁶

In Deutschland wurde das ›Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses‹ erst 1974 annulliert, wenngleich es seit 1945 nicht mehr angewendet worden war. Doch ist das Gesetz noch immer nicht formell für ungültig erklärt.⁴⁷ Auch wenn es sich dabei streng genommen um einen rein formaljuristischen Unterschied handelt, so gibt dieser Umstand doch einen Einblick in die Situation der Sterilisierungsoffer. Diese kämpfen nach wie vor darum, als Opfergruppe offiziell anerkannt zu werden. Erst in den 1980er Jahren erhielten sie eine geringe Entschädigungszahlung. Der Bund der ›Euthanasie‹-Geschädigten und Zwangssterilisierten e. V. setzt sich noch heute für die Rechte der Betroffenen ein.⁴⁸

Das schwedische und das deutsche Abtreibungsgesetz sowie der Zusatz zum ›Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses‹ konnten in ihrer Anwendung zur aufgezwungenen Kinderlosigkeit führen, aber auch zu dem, was man als unfreiwillige Elternschaft bezeichnen könnte. Einem Abtreibungswunsch wurde auf unterschiedliche Art begegnet. Die ersten beiden Alternativen sind offensichtlich: Entweder wurde die Abtreibung abgelehnt oder aber dem Antrag wurde stattgegeben. Aber es waren auch andere Varianten denkbar. Einigen Frauen wurde zwar eine Abtreibung

konsekvenserna av ett misslyckande vore då av mindre betydelse.« Uppsala landsarkiv, Västra Marks Sjukhus, Patientjournal 253/31.

45 ENGWALL: 2000, 191–192.

46 MAIWALD und MISCHLER: 1999, 217, 222–224.

47 Das ›Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses‹ wurde 1945 nicht als nationalsozialistisch eingestuft und daher auch nicht wie andere ›nationalsozialistische Gesetze‹ für ungültig erklärt. Vgl. ETZEL: 1992, 201.

48 *Erbgesundheitsgeschichte. Dokumentation mit Zeitzeugenberichten*: 1997.

verwehrt, doch wurden die Betroffenen direkt nach der Geburt sterilisiert. Anderen wurde die Abtreibung mit der Auflage gestattet, sich zugleich auch sterilisieren zu lassen.⁴⁹ Die Abtreibung war in diesem Kontext kein Mittel der individuellen Familienplanung; vielmehr bot das Abtreibungsgesetz Möglichkeiten, kollektive Forderungen dem individuellen Körper aufzuzwingen. Freiwillige Anträge auf Abtreibung, aber auch auf Sterilisierung, wurden abgewiesen, wenn die begutachteten Stellen davon ausgingen, dass die betreffende Frau diese als Verhütungsmittel einsetzte.⁵⁰ Im Zusammenhang mit der Abtreibung lassen sich auch Klassenunterschiede beobachten – jene, die über die nötigen Finanzmittel verfügten und in der Lage waren, für die eigenen Bedürfnisse einzutreten, hatten eine größere Chance eine Abtreibung bewilligt zu bekommen. Die Chance auf eine fachgerecht durchgeführte Abtreibung vergrößerte sich ebenfalls durch die finanziellen Möglichkeiten und persönliche Kontakte.⁵¹

Die Sterilisierungs- und Abtreibungsgesetze trugen zur Begrenzung des Rechtes auf Elternschaft und zur Kontrolle der Reproduktion bei. Darüber hinaus existierten andere Wege, eine Kinderlosigkeit zu erzwingen. Für die in geschlossenen Einrichtungen untergebrachten so genannten ›Schwachsinnigen‹ und ›Geisteskranken‹ bedeuteten Unterbringung und Pflege an sich schon eine Einschränkung ihrer reproduktiven Möglichkeiten. Sämtliche Anstalten waren entweder eingeschlechtlich, oder aber es existierten getrennte Männer- und Frauenabteilungen, wodurch sexuelle Kontakte zwischen den Insassen unterbunden werden sollten.⁵² Auch hinter der Ehegesetzgebung, die beispielsweise ›Schwachsinnige‹ und ›Geisteskranke‹ mit einem Heiratsverbot belegte, stand das klare Ziel zu verhindern, dass aus solchen Verbindungen Kinder hervorgingen.⁵³

An den Umständen der erzwungenen Kinderlosigkeit lassen sich deutlich geschlechtsspezifische Machtverhältnisse ablesen, aber auch Machtkonstellationen, die auf dem sozialen oder ökonomischen Status der Be-

49 PALMBLAD: 2000a; TYDÉN: 2002, 234–241; BOCK: 1986, 159.

50 Ebd., 275–277; RUNCIS: 1998.

51 PALMBLAD: 2000b, 66–72; LENNERHED: 2006.

52 Natürlich konnte es geschehen, dass eine Patientin durch einen sexuellen Übergriff durch das männliche Pflegepersonal schwanger wurde. Darauf wurde hinsichtlich einer späteren Zeitperiode im amerikanischen Kontext hingewiesen. Ebenfalls wurde diskutiert, ob die Sterilisierungen der Patientinnen dazu beitrugen, dieses Problem zu verschleiern. Vgl. FINE und ASHLEY: 1988.

53 ENGWALL: 2000, 172–180.

troffenen basierten. Die Forschung zur Sterilisierung in Schweden zeigt deutlich, dass überwiegend Frauen sterilisiert wurden. Dahinter stand die gesellschaftlich den Frauen zugewiesene Verantwortung für die Kindererziehung. Und auch die Kategorien ›schwachsinnig‹ und ›geisteskranke‹ basieren nicht auf einer objektiven Wahrheit, sondern waren Konstruktionen, die durch die Dichotomie normal/unnormal und zudem durch die Zugehörigkeit der Betroffenen zu einer bestimmten sozialen Schicht geprägt waren. Das zeigt sich daran, dass die Diagnose ›schwachsinnig‹ überwiegend Personen mit einem bestimmten sozialen Hintergrund betraf. Frauen und Männer aus der Mittel- und Oberschicht wurden vergleichsweise selten behördlich kontrolliert. Sie waren zudem in der Lage, spezielle Hilfen zu bezahlen, was dazu führte, dass dieser Personenkreis seltener in jene Institutionen und Anstalten gelangte, in denen die Gefahr einer Sterilisierung besonders groß war.⁵⁴ In dieser Hinsicht war auch die erzwungene Kinderlosigkeit in gewissem Umfang vom jeweiligen sozialen Hintergrund abhängig.

In den 1920er, 1930er und 1940er Jahren war der Bereich des Privaten im Vergleich zu heute vergleichsweise klein. Das Wohl der Gemeinschaft hatte Priorität vor den Bedürfnissen des Einzelnen. Vor diesem Hintergrund gab es auch Raum für die Kontrolle und für Integritätsverletzungen des Lebens der Menschen, die heute nicht akzeptabel sind. Kinder zu bekommen war nicht nur eine private Frage, sondern betraf die gesamte Nation. Vor diesem Hintergrund konnten Ärzte, Sozialbetreuer, Kuratoren und Vertreter anderer Berufsgruppen eingreifen und über den Kopf des Individuums hinweg über die Fertilität des Einzelnen entscheiden.⁵⁵

Aber viele diskutierten ihre eigene Eignung zur Fortpflanzung und die ihres Partners auch ohne derartigen staatlichen Zwang. Das zeigt sich zum Beispiel in Leserbriefen aus der schwedischen bürgerlichen Familienzeitschrift *Idun*. Eine Frau bat die Leserinnen um Rat bezüglich der eugenischen Qualitäten ihres Verlobten:

Der Mann, der selbst gut und in jeder Hinsicht achtenswert ist, gehört einer Familie an, deren einziger gesunder Spross er ist. Alle seine Verwandten sind reine Proletariertypen und ausgesprochen widerlich. Einen Fall angeborener Blindheit gibt es auch in der Familie. Zudem fehlt es allen Sippenmitgliedern an Willen und Vermögen, sich zu benehmen, und sie sind demzufolge äußerst

54 ARESCHOUG: 2003.

55 JOHANNISSON: 1997, 227.

arm. Ich selbst gehöre einer angesehenen Beamtenfamilie an und habe beste Erbfaktoren. Wie soll ich mich verhalten? – *Grüblerin*⁵⁶

Zwei Frauen antworteten auf diese Anfrage:

Rassenhygienische Fragen sind kompliziert und meiner Meinung nach auch gefährlich, denn wenn man sich zu sehr in sie vertieft, bekommt man Beklemmungen. [...] Ihr Zukünftiger ist ja selbst gesund und ein Ehrenmann, und wenn seine Eltern ›Proletarier‹ sind, heißt das ja noch lange nicht, dass sie minderwertig sind. [...] Aber ich weiß, wenn ich an Ihrer Stelle wäre und den Mann liebte, dann würde ich ihn heiraten und mich dem Schicksal ergeben. Vielleicht würde ich keine Kinder zur Welt bringen, bevor ich nicht ausführlich mit einem Arzt gesprochen und seinen oder ihren Rat eingeholt hätte [...] – *Eine Anteilnehmende*⁵⁷

Wenn Sie den geringsten Zweifel haben und seine Sippe erblich belastet ist, dann heiraten Sie ihn um Himmels Willen nicht. Es ist verantwortungslos, unter solchen Umständen Kinder in die Welt zu setzen – man hat ja nicht das Recht⁵⁸, unglückliche und kranke Menschen zu erzeugen. – *Eine Erfahrene*⁵⁹

Auch heute noch Aufforderung zur Kinderlosigkeit

Die Gesetze, die eine unfreiwillige Kinderlosigkeit erzwingen, wurden in Deutschland nach 1945 sukzessive abgeschafft; in Schweden hatte das Sterilisierungsgesetz bis in die 1970er Jahren hinein Bestand. Aber auch für die gegenwärtige Situation stellt sich die Frage, ob es nicht andere For-

56 »Mannen som själv är god och i allo aktningvärd, tillhör en släkt inom vilken han själv är det enda friska skottet. Alla hans närmaste äro rena proletärtyper och ytterligt motbjudande. Ett fall av medfödd blindhet finnes inom släkten. Samtliga släktingar sakna både vilja och förmåga att sköta sig och äro följaktligen ytterlig fattiga. Själv tillhör jag en ansedd ämbetsmannasläkt och har bästa arvsfaktorer. Hur skall jag handla? – *Grubblande*«. In: *Idun* 40 (1927:6), 135.

57 »Rashygieniska frågor äro komplicerade och även farliga, skulle vilja säga, ty börjar man röra allför mycket i dem, blir man alldeles mörkrädd. [...] Er tilltänkta är ju själv frisk och en hedersman och om hans föräldrar varit ›proletärer«, så betyder väl icke det att de varit mindervärdiga. [...] men jag vet att om jag vore i Ert ställe och tyckte om mannen, så gifte jag mig med honom och överlämnade mig åt ödet. Kanske att jag icke satte några barn till världen, förrän jag ingående talat med en läkare och tagit hans eller hennes råd. [...] – *En deltagande*«. In: *Idun* 40 (1927:8), 186.

58 Interessant ist hier der implizite doppelte Wortsinn: moralisches und juristisches Recht.

59 »Om Ni har den minsta tvekan och hans släkt är ärfligt belastad, gift Er då för all del inte. Det är ansvarslost att under sådana omständigheter sätta barn till världen – man har ju icke rätt att ge upphov till olyckliga och sjuka människor. – *En erfaren*«. In: *Idun* 40 (1927:8), 186.

men der unfreiwilligen Kinderlosigkeit gibt, da manche Menschen nach wie vor als weniger geeignete Eltern gelten.

Mehrere Interviewstudien deuten darauf hin, dass viele Frauen mit körperlichen Behinderungen mit Zweifeln bezüglich ihrer Fähigkeit sowohl zu einem erfüllten Sexualleben als auch zur Elternschaft konfrontiert sind. Den Frauen begegnen diese Haltungen sowohl im Familien- und Freundeskreis wie auch im Rahmen der medizinischen Betreuung durch Ärzte und Gynäkologen.⁶⁰ Natürlich kann niemand diese Frauen daran hindern, Kinder zu bekommen, aber der Mangel an Ermunterung und Hilfe kann eine große Rolle spielen, da diese Frauen in besonderem Maße auf Unterstützung angewiesen sind, um den Alltag als Mutter bewältigen zu können.

Heute gibt es kein schwedisches oder deutsches Gesetz, das eine Zwangssterilisierung oder die zwangsweise Verabreichung von Verhütungsmitteln an Menschen mit Entwicklungsstörungen zulässt. Dennoch bilden diese eine Gruppe, die sich weit weniger häufig zur Familiengründung entschließt als andere.⁶¹ Die Forschung hat gezeigt, dass viele Angehörige und Betreuer von Menschen mit Entwicklungsstörungen befürchten, dass diese schwanger werden bzw. ein Kind zeugen könnten, was dazu führt, dass Menschen mit Entwicklungsstörungen oftmals in besonderem Maße dazu ermuntert werden, Verhütungsmittel anzuwenden.⁶² Zudem erhalten sie häufig eine negative Schilderung der anstrengenden und fordernden Seite des Elternseins.⁶³ Häufig trägt das dazu bei, dass bei den Betroffenen das Bewusstsein für die eigene Behinderung mit dem Ziel gestärkt wird, sie davon zu überzeugen, dass sie als Eltern nicht geeignet seien.⁶⁴

Unter welchen Voraussetzungen Menschen mit Entwicklungsstörungen Eltern werden sollten, ist eine komplexe Frage. Die Historikerin Judith Areschoug setzt sich damit auseinander, wie das Recht auf Eltern-

60 Vgl. beispielsweise MALMBERG: 1996; HELMIUS: 1999.

61 In Deutschland dürfen Menschen nur dann sterilisiert werden, wenn diese a) es selbst wünschen oder wenn b) im Falle ihrer Nichteinwilligungsfähigkeit ein Stellvertreter in ihrem Sinne um den Eingriff bittet, unter der Annahme, dass eine Schwangerschaft für die Betroffenen ein schwerwiegendes gesundheitliches Risiko darstellen würde. Vgl. §§ 1905, 1899 BGB.

62 LÖFGREN-MÄRTENSON: 2003.

63 BARRON: 2004.

64 ARESCHOUG: 2005, 163–164; BARGFREDE, BLANKEN und PIXA-KETTNER: 1996.

schaft gegen das Recht der Kinder auf gute Eltern aufgewogen werden müsse. Doch eine Durchsicht öffentlicher Dokumente, die sich mit entwicklungsgestörten Menschen befassen, zeigt, dass das Recht dieser Menschen auf Elternschaft nur sehr restriktiv diskutiert wird – obwohl die Gesetze zur Regelung der Kinderlosigkeit längst abgeschafft worden sind.⁶⁵

Ein anderes Bild vermittelt dagegen eine Studie der Soziologin Karin Barron. Demnach wollen manche Frauen mit Entwicklungsstörungen heute keine Kinder haben. Dabei handelt es sich um eine freiwillige Kinderlosigkeit, wobei sich die Hintergründe deutlich von denen anderer freiwillig kinderloser Frauen unterscheiden. Eine wichtige Ursache dafür, dass Frauen mit Entwicklungsstörungen keine Kinder haben wollen, besteht darin, dass diese Frauen Angst haben, die mühsam erreichte Selbständigkeit zu verlieren. Sie wissen, dass ein Kind dazu führen würde, dass sie im Vergleich zu vorher auf deutlich mehr Hilfe angewiesen wären und dass die eigenen Eltern und andere Helfer einen größeren Raum in ihrem Alltag einnehmen würden. Das Risiko, einen Teil der Selbständigkeit einzubüßen, beeinflusst maßgeblich ihre Entscheidung, auf Kinder zu verzichten.⁶⁶

Die Beispiele oben zeigen, dass die Sicht auf Kinderlosigkeit unterschiedlich ist, und zwar in Abhängigkeit davon, von welchen gesellschaftlichen Gruppen wir sprechen. Von Menschen mit körperlichen oder geistigen Beeinträchtigungen, insbesondere mit Entwicklungsstörungen, wird auch heute noch erwartet, dass sie kinderlos bleiben, und sie werden in dieser Haltung bestärkt.

Freiwillige Kinderlosigkeit

Aber auch die bewusste Entscheidung für die Kinderlosigkeit scheint in der so genannten ›westlichen Welt‹ mittlerweile weit verbreitet zu sein. Es erscheint plausibel, dass ein ›Entscheidung‹ für oder gegen eigene Kinder von der Haltung gegenüber Kindern und Elternschaft beeinflusst werden, aber auch von den Kosten, die ein Kind verursacht.⁶⁷ Freiwillige Kinderlosigkeit muss nicht zwangsläufig als Reaktion auf die höheren Anforderungen an Eltern, sondern eher als Akzeptanz dieser Verhältnisse

65 ARESCHOUG: 2005.

66 BARRON: 2005.

67 MCALLISTER und CLARKE: 2000.

gedeutet werden.⁶⁸ Wie wissen auch, dass die gestiegene Kinderlosigkeit insgesamt gesehen ein Resultat des immer höheren Alters von Erstgebärenden ist. Die Folge sind Fertilitätsprobleme und eine möglicherweise dadurch bedingte unfreiwillige Kinderlosigkeit. Dies führt aber auch dazu, dass die Frage nach eigenen Kindern nicht gestellt wird und die freiwillige Kinderlosigkeit zunimmt.⁶⁹

Freiwillige Kinderlosigkeit ist keine neue Erscheinung – auch früher wählten Frauen und Männer diesen Weg, aber das Ausmaß an Wahlfreiheit kann diskutiert werden. Statistisch gesehen verblieb ein Fünftel der um 1900 geborenen Frauen unverheiratet.⁷⁰ Viele von ihnen waren zudem kinderlos, was dem damaligen Moralempfinden, demzufolge Kinder ausschließlich innerhalb der Ehe gezeugt werden durften, entsprach. Der Zeitraum mit dem größten Anteil unverheirateter Frauen fiel damit zusammen, dass viele Mittelklassefrauen sich vermehrt bildeten und beruflich engagierten. Vielfach war es aber nur unverheirateten und kinderlosen Frauen gestattet, einen Beruf auszuüben. Bis 1938 konnte einer Frau, die in Diensten des schwedischen Staates stand, im Falle einer Eheschließung oder einer Schwangerschaft gekündigt werden.⁷¹ In Deutschland existierte eine ähnliche Verordnung, die erst im Jahre 1957 für ungültig erklärt wurde.⁷² Viele um 1900 geborene Frauen konnten Berufstätigkeit und Ehe bzw. Mutterschaft daher nicht miteinander verbinden. Ist es angesichts dieser Voraussetzungen dennoch richtig, von freiwilliger Kinderlosigkeit zu sprechen?

Im Rahmen der Forschung zur freiwilligen Kinderlosigkeit wird üblicherweise zwischen ›Aufschiebern‹ (›postponers‹) und ›frühen Aussprechern‹ (›early articulators‹) unterschieden.⁷³ Erstere entschließen sich bereits frühzeitig, niemals Kinder bekommen zu wollen, während letztere die Entscheidung für oder gegen Kinder so lange vor sich herschieben, bis sie – und das betrifft vor allem Frauen – physiologisch nicht mehr dazu in der Lage sind. Die Kritik an diesen Begriffen zielt darauf ab, dass sie alle Varianten verschiedener Motive für oder gegen Kinder ausblenden. Aus

68 MARSHALL: 1993.

69 MCALLISTER und CLARKE: 2000, 193–194.

70 ÅMARK: 2002.

71 NEUNSINGER: 2001.

72 Bundesarbeitsgericht, Urteil vom 10.5.1957 – I AZR 249/57.

73 Vgl. beispielsweise HOUSEKNECHT: 1999, 370; CARL: 2002.

einer von Carolyn Morell durchgeführten Interviewstudie geht hervor, dass viele kinderlose Frauen nicht der Meinung sind, in dieser Frage eine bewusste Entscheidung getroffen zu haben, sondern dass ihre Kinderlosigkeit das Resultat der von ihnen präferierten Lebensweise sei.⁷⁴ Die Informantinnen beschrieben ihre Kinderlosigkeit als Ergebnis oder als Prozess einer ganzen Reihe persönlicher und sozialer Lebensumstände.⁷⁵

Alleinstehenden Frauen, die sich für die Kinderlosigkeit entscheiden, wird oftmals mit Skepsis begegnet. Oft wird hinterfragt, inwieweit ihre Entscheidung tatsächlich auf Freiwilligkeit beruhe. Zwei heute als Singles lebende schwedische Frauen berichten, dass in ihrer Umgebung häufig die Vermutung geäußert wird, ihre Kinderlosigkeit rühre ausschließlich daher, dass sie gegenwärtig keinen Partner haben. Aber die Frauen selbst erzählen, dass sie zuvor in Beziehungen gelebt haben, in denen die Kinderfrage durchaus diskutiert wurde. Und beide berichten, dass sie während der Zeit ihrer Beziehungen der Kinderlosigkeit deutlich zweifelnder gegenüberstanden, als sie es heute tun, aber dass sie mit der Zeit von der Richtigkeit ihrer Entschlüsse immer mehr überzeugt waren.⁷⁶ Zum Zeitpunkt der Interviews, als sich beide Frauen ihrem 40. Geburtstag nähern, sind sie fest davon überzeugt, keine Kinder haben zu wollen.

Nicht nur innerhalb der Familie, sondern auch von Freunden und sogar durch Mitarbeiter im Gesundheitswesen wird die freiwillige Kinderlosigkeit immer wieder in Frage gestellt. Ärzte und Hebammen gehen häufig davon aus, dass alle Frauen Kinder haben möchten und sprechen die bei fortschreitendem Alter zunehmenden Schwierigkeiten, schwanger zu werden, an, ohne sich vorab darüber zu informieren, ob sich die betreffende Frau überhaupt Kinder wünscht. Eine negative Einstellung von Ärzten und Pflegepersonal gegenüber der freiwilligen Kinderlosigkeit hat sich auch in anderen Studien gezeigt, aber diese bezogen sich hauptsächlich auf die Situation in den USA und berücksichtigten vor allem Vertreter von ›pro-life‹.⁷⁷

Die meisten Studien zur freiwilligen Kinderlosigkeit beziehen sich auf Frauen. Die wenigen Interviewstudien zum Kinderwunschverhalten von Männern, die vor allem aus den USA stammen, deuten darauf hin, dass

74 MORELL: 1994, 49–50.

75 Ebd., 49.

76 Interviews Nr. 1 und 3, Kristina Engwall.

77 VEEVERS: 1974.

Männer in ihrem Kinderwunsch stark von der Entscheidung ihrer Partnerinnen beeinflusst werden. Sie begründen ihre Kinderlosigkeit damit, dass ihre Freizeitaktivitäten viel Zeit in Anspruch nehmen und dass sie nicht dazu bereit seien, diese Zeit aufzugeben.⁷⁸ Die Betonung eines aktiven Freizeitlebens ist unter freiwillig kinderlosen Frauen nicht im selben Maße ein Argument.

Die Bedeutung von Geschlecht, Funktionsstörungen, sexueller Präferenz und sozialem Stand

Die Vorstellungen, Erwartungen und Wünsche von Männern und Frauen in Bezug auf die eigene Familienplanung unterscheiden sich deutlich. Eine Ursache besteht darin, dass Kinder lange Zeit eine wichtige Funktion bei der Ausbildung der weiblichen Identität hatten, die männlichen Identitätsbilder gründeten dagegen weit mehr in der jeweiligen Berufstätigkeit. Vater zu werden war lange Zeit gleich bedeutend mit der Aufgabe, fortan Familienernährer zu sein. Wie der Soziologe Ulrich Beck betont, bedeutet Familienplanung auch heute noch vielfach, dass die Frau ihre berufliche Karriere unterbricht, um sich um die Kinder zu kümmern, wohingegen Männer häufig deutlich länger arbeiten, um die gewachsene Familie zu unterhalten.⁷⁹ Vor allem Frauen sind mit dem Konflikt konfrontiert, zwischen Beruf und Familie wählen zu müssen. Kinderlose Frauen riskieren, als unreif, selbstsüchtig und karriereorientiert abgestempelt zu werden, wohingegen mit kinderlosen Männern solche Vorstellungen in aller Regel nicht verbunden werden.⁸⁰

Aber nicht nur die Vorstellungen von kinderlosen Männern und Frauen weisen große Unterschiede auf. Es bestehen auch große statistische Differenzen zwischen beiden Gruppen. In Schweden unterscheiden sich kinderlose Männer und Frauen darin, dass erstere in der Regel ein geringeres Bildungsniveau aufweisen und in ländlichen Gebieten wohnen; letztere haben dagegen eine lange Ausbildung und leben vor allem in den Großstädten.⁸¹ Inwieweit das freiwillig und unfreiwillig Kinderlose betrifft, geht aus der Statistik nicht hervor. Auch in Deutschland existie-

78 LUNNEBORG: 1999.

79 BECK: 2000, 107.

80 GILLESPIE: 2000, 225, 228.

81 *Hur många barn får jag när jag blir stor?*: 2002, 31–39.

ren Unterschiede im Bildungsniveau der betroffenen Männer und Frauen: Dort gibt es mehr kinderlose Männer als Frauen und erstere haben in der Regel eine schlechtere Stellung auf dem Arbeitsmarkt als letztere.⁸²

Die Statistik zeigt also Unterschiede im Bildungsniveau kinderloser Männer und Frauen auf. Aus mehreren Studien geht auch hervor, dass es große Unterschiede hinsichtlich der jeweiligen sozialen Zugehörigkeit gibt. Demnach bleiben vor allem Frauen aus der sozialen oberen Mittelklasse und Oberklasse kinderlos. Carolyn Morell widerspricht allerdings Darstellungen, wonach es sich bei freiwilliger Kinderlosigkeit um ein reines Oberklassenphänomen handele und zeigt stattdessen, dass viele ihrer amerikanischen Interviewpartnerinnen einen sozialen Aufstieg erzielten, für den ihre Kinderlosigkeit eine wichtige Voraussetzung war.⁸³

In Schweden bestehen andere Voraussetzungen, um Berufsleben und Elternschaft in Einklang zu bringen. Es gab einen starken politischen Willen, um deren Kombination sowohl Männern als auch Frauen zu ermöglichen.⁸⁴ In den mit schwedischen Frauen geführten Interviews gibt keine an, dass ihre Kinderlosigkeit ihrer beruflichen Karriere geschuldet sei. Nur eine Frau, die nach eigenen Angaben einer traditionellen schwedischen Arbeiterfamilie entstammt, gab an, dass sie bewusst von dem Geschlechterrollenideal ihrer Eltern und ihrer sozialen Umgebung Abstand genommen habe. Darin weiche sie aber deutlich von den Normen ab, nach denen ihre Jugendfreunde ihr Leben gestaltet hätten.⁸⁵ Die unterschiedlichen Hintergründe kinderloser Männer und Frauen deuten darauf hin, dass verschiedene Faktoren – Geschlechtszugehörigkeit, sozialer Hintergrund und Bildungsniveau – als komplexes System auf die Entscheidung für oder gegen eine Familiengründung einwirken.⁸⁶

Die Vorstellungen über Kinderlosigkeit unterscheiden sich auch in Hinblick auf die Persönlichkeitsstruktur und den familiären Hintergrund der potenziellen Eltern. Noch im 20. Jahrhundert galt die Ehe lange Zeit als die selbstverständliche Lebensform für erwachsene Menschen. Vielfach wurde auch vorausgesetzt, dass in einer Ehe zwangsläufig auch Kin-

82 SCHMITT und WINKELMANN: 2005.

83 MORELL: 1994.

84 Vgl. NEUMANN: 2002.

85 Interview Nr. 3, Kristina Engwall.

86 Vgl. SKREDE: 2005.

der geboren würden – erst dann handele es sich um eine Familie.⁸⁷ Obwohl die gesellschaftlichen Normen um die Kernfamilie sehr stark waren, wissen wir, dass viele ihr Leben auch in anderen Familienkonstellationen lebten.

Heute ist die Akzeptanz für andere Familienformen größer als vor einigen Jahrzehnten: Lebensgemeinschaften – auch ohne formalen Eheschwur – sind üblich, alleinerziehend zu sein gilt nicht länger als stigmatisierend, homosexuelle Paare können sich als Lebensgemeinschaft eintragen lassen und immer mehr entscheiden sich für ein Leben als Single.⁸⁸ Aber noch immer gibt es gesellschaftliche Wertsetzungen und Normen darüber, inwieweit diese verschiedenen Familienkonstellationen für Kinder geeignet sind. Mit anderen Worten gibt es auch heute durchaus noch Vorstellungen darüber, wer sich aufgrund seiner privaten Lebensumstände zur Elternschaft eignet und wer besser davon absehen sollte. Ein Beispiel sind homosexuelle Paare, denen auch in der Rechtsprechung ein eigener Status zukommt. Heute sieht das schwedische ebenso wie das deutsche Recht für gleichgeschlechtliche Paare die Möglichkeit vor, sich als Lebensgemeinschaft offiziell registrieren zu lassen – verbunden mit einer Reihe von eheähnlichen Rechten und Pflichten. In Schweden können homosexuelle Paare eine Adoption beantragen, was in Deutschland nicht möglich ist. Homosexuelle können sich dort nicht als Paar um eine Adoption bewerben; nur einer von beiden kann den Antrag stellen – mit geringen Aussichten auf Erfolg, angesichts der großen Menge heterosexueller Paare, die um eines der wenigen zu adoptierenden Kinder konkurrieren.⁸⁹

Wie Kinderlosigkeit aufgefasst wird, unterliegt demnach den Vorstellungen darüber, wie eine ›richtige‹ Familie auszusehen hat und welche Familienformen ein geeignetes Erziehungsumfeld darstellen. Zudem ha-

87 FJELL: 2005, 59

88 ENGWALL: 2005; SÖDERLIND: 2002.

89 Laut schwedischem Recht werden Homosexuelle grundsätzlich als Adoptiveltern anerkannt. Im Falle einer Auslandsadoption muss allerdings auch das Herkunftsland der Auswahl der Adoptiveltern in Bezug auf deren sexuelle Orientierung zustimmen. In Deutschland gilt folgender Grundsatz: »Wer nicht verheiratet ist, kann ein Kind nur alleine annehmen.« Vgl. § 174I, Abs. 2 BGB. Das hat auch Auswirkungen auf die Vorgaben bezüglich der Adoption eines leiblichen Kindes eines Teils einer homosexuellen Partnerschaft durch den neuen (homosexuellen) Lebenspartner: Dieser darf das Kind nur dann adoptieren, wenn das Paar als ›Lebenspartnerschaft‹ registriert ist. Vgl. § 9, Abs. 7 LPartG.

ben die durch die Rechtslage vorgegebenen normativen Rahmenbedingungen einen wichtigen Einfluss auf die soziale Deutung von Kinderlosigkeit. Im Verlauf des 20. Jahrhunderts entstand eine wachsende Anzahl unterschiedlicher Familienformen, aber je mehr es wurden, desto mehr Diskussionen entspannen sich um die Frage, wie Kinderlosigkeit zu deuten sei – als tragisch, selbstverständlich, positiv oder negativ.

Differenzierungsprozesse im Zusammenhang mit Kinderlosigkeit

In diesem Aufsatz haben wir gezeigt, wie vielfältig die Differenzierungsprozesse im Zusammenhang mit Kinderlosigkeit waren und noch immer sind. Die Auseinandersetzung mit der Kinderlosigkeit handelt nicht nur vom ›Können‹, sondern auch vom ›Wollen‹ und vom ›Dürfen‹. Bei der Gewichtung spielen der rechtliche Kontext sowie gesellschaftliche Normen und Wertsetzungen ebenso eine Rolle wie die körperlichen Voraussetzungen und medizinischen Möglichkeiten – wobei letztere in einem engen Zusammenhang zur Gesetzgebung und den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen stehen. Wer erhält Zugang zu einer neuen Behandlungsmethode? Wer gerät unter den Verdacht, für eine Elternschaft weniger geeignet zu sein? Wer hat und wer nimmt sich das Recht, darüber zu urteilen, ob Kinderlosigkeit Resultat einer freiwilligen Entscheidung ist oder nicht?

Im Verlauf des 20. Jahrhunderts lässt sich eine Medikalisierung der Kinderlosigkeit beobachten. Über den Grad der individuellen Fertilität entscheidet heute nicht allein das Schicksal. Im selben Maße, in dem die Kinderlosigkeit medikalisiert wurde, entstanden auch neue medizinische Erkenntnisse und Techniken, die jenen zugute kommen, die keine Kinder bekommen wollen. Obwohl heutzutage sowohl jenen, die keine Kinder bekommen wollen, als auch solchen, die sich bisher vergeblich Kinder wünschten, mit medizinischen Mitteln geholfen werden kann, bedeutet das nicht, dass dieses Thema an Komplexität und Schwierigkeit verloren hätte. Der Zugang zu fertilitätsmedizinischen Behandlungen ist begrenzt – u. a. durch Gesetze. Durch diese wurden lange Zeit heterosexuelle, verheiratete Paare gegenüber anderen Partnerschaftsformen begünstigt – in Deutschland gilt das im Wesentlichen nach wie vor. Die Normen und Wertsetzungen beeinflussen das, was im Zusammenhang mit Kinderlosigkeit als normal bzw. anormal gilt.

Die Unterschiede in der diesbezüglichen Gesetzgebung der beiden Länder lassen sich durch die verschiedenen Entstehungszeiten erklären. In Deutschland existierte im Vergleich zu Schweden bereits sehr früh eine Sozialgesetzgebung. Das führte in Schweden dazu, dass die Gesetzgebung mehr auf individuelle Rechte als auf die der Familie ausgerichtet war.⁹⁰ Im Zusammenhang mit der Kinderlosigkeit scheinen jedoch heute die Unterschiede in der Gesetzgebung nur geringe Auswirkungen auf die gelebte Praxis zu haben.

Die Auseinandersetzungen mit dem Thema Kinderlosigkeit zeigen auch, dass die Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit das Ergebnis individueller und gesellschaftlicher Ausgangsbedingungen sind. Hier treffen individuelle Wünsche auf gesellschaftliche Normen und Wertsetzungen. Vielfach wird Kinderlosigkeit als Frage des ›Könnens‹ diskutiert – fokussiert wird dabei auf die körperlichen Voraussetzungen, ein Kind zeugen bzw. empfangen zu können. Aber das ist eine allzu einseitige Betrachtungsweise, die die Kinderlosigkeit auf ein Fertilitätsproblem reduziert und dabei leicht andere Hintergründe aus den Augen verliert. Wir sind der Auffassung, dass Geschlechterrollen, soziale Klassenzugehörigkeit, sexuelle Präferenzen ebenso wie körperliche und geistige Behinderung ebenfalls einen großen Einfluss auf die soziale Deutung von Kinderlosigkeit haben.

Frühere Forschungsarbeiten versuchten, die Differenzierungsproblematik im Zusammenhang mit Kinderlosigkeit handhabbar zu machen, indem der Komplex als Kontinuum beschrieben wurde, dessen eines Ende die freiwillige und dessen anderes die unfreiwillige Kinderlosigkeit ausmachte. Auch wenn ein solches Modell eine Diskussion über den Grad der Freiwilligkeit ermöglicht, so ist es doch nicht in der Lage, das komplexe Zusammenspiel zwischen individuellen Wünschen und Fertilitätsvoraussetzungen einerseits, äußeren Einflüssen in Form von Rechtsprechung, medizinischer Entwicklung, medizinischer Praxis und Familienpolitik andererseits abzubilden. Inwieweit Kinderlosigkeit als freiwillig oder unfreiwillig, positiv oder negativ definiert wird, ist eine sehr individuelle Frage, die in erster Linie von den Betroffenen selbst beantwortet werden sollte.

In diesem Zusammenhang sollte man im Blick behalten, dass auch der Begriff Elternschaft keine absolute bzw. eindeutige Definition besitzt.

90 OHLANDER: 2005.

Die Juristin Anna Singer ist der Ansicht, dass diese Frage aus verschiedenen Perspektiven diskutiert werden sollte. Dazu gehören biologische, aber auch juristische und soziale Verwandtschaftsbeziehungen.⁹¹ Ein weiteres Beispiel sind Kinder, die im Rahmen einer Fertilitätsbehandlung entstanden sind. Im Extremfall kann ein solches Kind fünf ›Eltern‹ haben: die Eispenderin, den Samenspender, die Leihmutter und das Paar, bei dem das Kind aufwachsen wird.

Die Differenzierungsprozesse im Zusammenhang mit Kinderlosigkeit zeigen, dass viele verschiedene Faktoren zusammenwirken, sowohl bei der Definition von Kinderlosigkeit als auch bei deren gesellschaftlicher Bewertung einwirken. In historischer Perspektive wird zudem deutlich, dass Normen und Wertsetzungen Wandlungsprozessen unterliegen: Kinderlosigkeit und deren Bedeutung sind nicht einfach zu definieren – dafür ist die Wirklichkeit allzu komplex.

91 SINGER: 2002; WEGENER: 2005.

LITERATUR

- ADRIAN, Stine: *Nye skabelsesberetninger om æg, sæd og embryoner. Et etnografisk studie af skabelser på sædbanker og fertilitetsklinikker.* (= Linköping studies in arts and science; 370), Linköping: Linköpings universitet, Institutionen för tema, Tema genus: 2006.
- ÅMARK, Klas: »Familj, försörjning och livslopp under 1900-talet«. In: BERGMAN, Helena und Peter JOHANSSON (Hg.): *Familjeangelägenheter. Modern historisk forskning om välfärdsstat, genus och politik.* Eslöv: Symposion, 2002, 236–278.
- ARESCHOUG, Judith: »Den som icke kan tillgodogöra sig folkskolans undervisning. Sinnesslöskolan och dess elever 1900–1950«. In: BÖRJESSON, Mats und Eva PALM-BLAD (Hg.): *Problembarnets århundrade.* Lund: Studentlitteratur, 2003, 93–140.
- ARESCHOUGH, Judith: »Parenthood an intellectual disability. Discourses on birth control and parents with intellectual disabilities 1967–2003«. In: *Scandinavian journal of disability research* 7 (2005;3-4), 155–175.
- BARGFREDE, Stefanie, Ingrid BLANKEN und PIXA-KETTNER, Ursula: »Dann waren sie sauer auf mich, daß ich ein Kind haben wollte.« *Eine Untersuchung zur Situation geistigbehinderter Menschen mit Kindern in der BRD.* (= Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit; 75), Baden-Baden: Nomos, 1996.
- BARRON, Karin: »Vem är jag? Utvecklingsstörda kvinnor (re)konstruerar sin identitet«. In: BARRON, Karin (Hg.): *Genus och funktionshinder.* Lund: Studentlitteratur, 2004, 123–154.
- BECK, Ulrich: *Risksamhället. På väg mot en annan modernitet.* Göteborg: Daidalos, 2000.
- BERGMANN, Anna: *Die verhütete Sexualität. Die Anfänge der modernen Geburtenkontrolle.* Hamburg: Rasch und Röhring, 1992.
- BOCK, Gisela: *Zwangssterilisation im Nationalsozialismus. Studien zur Rassenpolitik und Frauenpolitik.* Opladen: Westdeutscher Verlag, 1986.
- CARL, Christine: *Gewollt kinderlose Frauen und Männer. Psychologische Einflussfaktoren und Verlaufstypologien des generativen Verhaltens.* Frankfurt am Main: VAS, 2002.
- ELGÁN, Elisabeth: *Genus och politik. En jämförelse mellan svensk och fransk abort- och preventivmedelspolitik från sekelskiftet till andra världskriget.* (= Studia historica Upsaliensia; 176), Uppsala: Uppsala universitet, 1994.
- ENGWALL, Kristina: »Asociala och imbecilla«. Kvinnorna på Västra Mark 1931–1967. Örebro: Universitetsbiblioteket, 2000.
- ENGWALL, Kristina: *Drömmen om den rätta. Från singel till förälder.* (= Framtidsstudier; 14), Stockholm: Institutet för framtidsstudier, 2005.
- Erbgesundheitsgeschichte. Dokumentation mit Zeitzeugenberichten.* Detmold: Bund der »Euthanasie«-Geschädigten und Zwangssterilisierten e. V., 1997.
- ETZEL, Matthias: *Die Aufhebung von nationalsozialistischen Gesetzen durch den Alliierten Kontrollrat (1945–1948).* (= Beiträge zur Rechtsgeschichte des 20. Jahrhunderts; 7), Tübingen: Mohr, 1992.
- FINE, Michelle und Adrienne ASCH: *Women with disabilities. Essays in psychology, culture and politics.* Philadelphia: Temple University Press, 1988.
- FISCHER, Doris: »Hamburger Ehe- und Sexualberatungsstellen in der Weimarer Republik«. In: GLENSK, Evelyn (Hg.): *Kehrseiten der Wohlfahrt. Die Hamburger Für-*

- sorge auf ihrem Weg von der Weimarer Republik in den Nationalsozialismus. Hamburg: Ergebnisse, 1992, 140–161.
- FJELL, Tove Ingebjörg: »Childfree women – desirable or deplorable? On having and not having children and other people's views of these more or less random choices«. In: *Ethnologia Scandinavica* 35 (2005), 55–67.
- Genetische Diagnostik vor und während der Schwangerschaft. Stellungnahme.* Berlin: Nationaler Ethikrat, 2003.
- GILLIESPIE, Rosemary: »When no means no. Disbelief, disregard and deviance as discourses of voluntary childlessness«. In: *Women's Studies International Forum* 23 (2000:2), 223–234.
- HAGEMANN, Karen: *Frauenalltag und Männerpolitik. Alltagsleben und gesellschaftliches Handeln von Arbeiterfrauen in der Weimarer Republik.* Hamburg: Universität Hamburg, 1989.
- HELMIOUS, Gisela: »Handikapp och kön. Arbete och sexualitet i kvinnors vardag«. In: TIDEMAN, Magnus (Hg.): *Handikapp. Synsätt, principer, perspektiv.* Stockholm: Johansson & Skyttmo, 1999, 139–170.
- HERZOG, Dagmar: *Die Politisierung der Lust. Sexualität in der deutschen Geschichte des zwanzigsten Jahrhunderts.* München: Siedler, 2005.
- HISGEN, H.: »Sterilitäts- und Sterilisierungsfragen«. In: *Zentralblatt für Gynäkologie* 62 (1938:20), 1089–1092.
- HOUSEKNECHT, Sharon, K.: »Voluntary childlessness«. In: SUSSMAN, Marvin, Suzanne STEINMETZ und Gary PETERSON (Hg.): *Handbook of marriage and the family.* New York, London: Plenum Press, 1999.
- Hur många barn får jag när jag blir stor? Barnafödande ur ett livsperspektiv.* (= Demografiska rapporter; 2002:5), Stockholm: Statistiska centralbyrån, 2002.
- JOHANNISSON, Karin: »Politisk anatomi«. In: *Kroppens tunna skal. Sex essäer om kropp, historia och kultur.* Stockholm: Pan Norstedts, 1997, 219–257.
- KOLBE, Wiebke: *Elternschaft im Wohlfahrtsstaat. Schweden und die Bundesrepublik im Vergleich 1945–2000.* (= Geschichte und Geschlechter; 38), Frankfurt am Main: Campus, 2002.
- KRASKE, Marion und Udo LUDWIG: »Die Babygrenze«. In: *Der Spiegel* 59 (2005:46), 108–118.
- KÜHN, Konstanze: *Elterngeld und Elternzeit (föräldraförsäkring och föräldraledighet). Ein Erfahrungsbericht aus Schweden.* Basel: Prognos AG, 2005.
- »Künstliche Befruchtung«. In: *Sozialgesetzbuch (SGB) V. Gesetzliche Krankenversicherung* (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988), URL: http://www.gesetze-im-internet.de/sgeb_5/_27a.html, Zugriff am 7.12.2009.
- LENNERHED, Lena: *Sex i folkhemmet. RFSUs tidiga historia.* Uppsala: Gidlunds, 2002.
- LENNERHED, Lena: *Women, quacks and a doctor or two. Abortion in Sweden in the early twentieth century.* Unveröffentl. Konferenzbeitrag, 2006.
- LEVIN, Hjärdis: *Kvinnorna på barrikaden. Sexualpolitik och sociala frågor 1923–36.* Smedjebacken: Smegraf, 1997.
- LÖFGREN-MÄRTENSON, Lotta: »Får jag lov?« *Om sexualitet och kärlek i den nya generationen unga med utvecklingsstörning.* Göteborg: Göteborgs universitet, Institutionen för socialt arbete, 2003.
- LUNDIN, Susanne: *Könsbilder – familjeskap och reproduktionsteknologi. Familj och kön. Etnologiska perspektiv.* Lund: Studentlitteratur, 1999.

- LUNNEBORG, Patricia: *The chosen lives of childfree men*. Westport: Bergin & Garvey, 1999.
- MAIER, Barbara: *Ethik in der Gynäkologie und Geburtshilfe. Entscheidungen anhand klinischer Fallbeispiele*. Berlin et al.: Springer, 2000.
- MAIWALD, Stefan und Gerd MISCHLER: *Sexualität unter dem Hakenkreuz. Manipulation und Vernichtung der Intimsphäre im NS-Staat*. Hamburg, Wien: Europa, 1999.
- MALMBERG, Denise: »Höga klackar och rullstol – En könsteoretisk studie av kvinnor med livslångt funktionshinder«. In: *Kvinnovetenskaplig tidskrift* 17 (1996:3–4), 19–29.
- MCALLISTER, F. und L. CLARKE: »Voluntary childlessnes. Trends and implication«. In: BENTLEY, Gillian R. und Nicholas C. G. MASCIE-TAYLOR (Hg.): *Infertility in the modern world. Present and future prospects*. (= Biosocial society series; 12), Cambridge: Cambridge University Press, 2000, 189–237.
- MORELL, Carolyn: *Unwomanly conduct. The challenges of international childlessness*. New York et al.: Routledge, 1994.
- MÜLLER-LANDGRAF, Ingrid: »Von der Verhütung mit Granat- und Gallapfel zur hormonalen Kontrazeption«. In: STAUPE, Gisela und Lisa VIETH (Hg.): *Die Pille. Von der Lust und von der Liebe*. Katalog zur Ausstellung am Deutschen Hygiene-Museum, Dresden, 1. Juni bis 31. Dezember 1996. Berlin: Rowohlt, 1996, 101–112.
- »(Muster-)Richtlinien zur Durchführung der assistierten Reproduktion. Novelle 2006«. In: *Deutsches Ärzteblatt* 103, (2006:20), A 1392–A 1403.
- NEUMANN, Katrin: *Freiwillige Kinderlosigkeit. Eine vergleichende Studie der Länder Deutschland und Schweden*. Magisterarbeit. Leipzig: Universität Leipzig, Institut für Soziologie, 2002.
- NEUNSIINGER, Silke: *Die Arbeit der Frauen – die Krise der Männer. Die Erwerbstätigkeit verheirateter Frauen in Deutschland und Schweden 1919–1939*. (= Studia historica Upsaliensia; 198), Uppsala: Uppsala Universitet, 2001.
- OHLANDER, Ann-Sofie: *Tidens makt. Historiska förklaringar till skillnader mellan den svenska och tyska välfärdsstatens genuskonstruktion*. Unveröffentl. Konferenzbeitrag, 2005.
- PALMBLAD, Eva: »Abortpolitikens dolda dagordning under trettio- och fyrtiotalen«. In: BROBERG, Gunnar (Hg.): *Fem uppsatser om steriliseringen i Sverige*. (= Ugglan; 12), Lund: Lunds universitet, Avdelningen för idé- och lärdomshistoria, 2000a, 47–92.
- PALMBLAD, Eva: *Den disciplinerade reproduktionen. Abort- och steriliseringspolitikens dolda dagordning*. Stockholm: Carlsson, 2000b.
- »Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung (›Richtlinien über die künstliche Befruchtung‹) vom 15. November 2005«. In: *Bundesanzeiger* 31 (2006), 922.
- Richtlinien für die Schwangerschaftsunterbrechung und Unfruchtbarmachung aus gesundheitlichen Gründen*. Hg. durch die Reichsärztekammer: München: J.F. Lehmann, 1936.
- RUNCIS, Maija: *Steriliseringar i folkhemmet*. Stockholm: Ordfront, 1998.
- SAUERTEIG, Lutz: *Krankheit, Sexualität, Gesellschaft. Geschlechtskrankheiten und Gesundheitspolitik in Deutschland im 19. und frühen 20. Jahrhundert*. (= Medizin, Gesellschaft und Geschichte; 12), Stuttgart: Steiner, 1999.
- SCHMITT, Christian und Ulrike WINKELMANN: »Wer bleibt kinderlos? Was sozialstrukturelle Daten über Kinderlosigkeit bei Frauen und Männern verraten«. In: *Feministische Studien* 23 (2005:1), 9–23.

- SCHWARZ, Gislinde: »Von der Antibaby- zur Wunschkindpille und zurück. Kontrazeptiva in der DDR«. In: STAUPE, Gisela und Lisa VIETH (Hg.): *Die Pille. Von der Lust und von der Liebe*. Katalog zur Ausstellung am Deutschen Hygiene-Museum, Dresden, 1. Juni bis 31. Dezember 1996. Berlin: Rowohlt, 1996, 149–163.
- SIEG, Sabine: »Anovlar« – die erste europäische Pille. Zur Geschichte eines Medikaments«. In: STAUPE, Gisela und Lisa VIETH (Hg.): *Die Pille. Von der Lust und von der Liebe*. Katalog zur Ausstellung am Deutschen Hygiene-Museum, Dresden, 1. Juni bis 31. Dezember 1996. Berlin, 1996, 131–144.
- SINGER, Anna: »Framtidens föräldraskap«. In: SÖDERLIND, Ingrid (Hg.): *Uppväxt, familjeformer och barns bästa. Om familjeliv som offentlig angelägenhet och vardaglig praktik*. (= Framtidsstudier; 2), Stockholm: Institutet för framtidsstudier, 2002, 157–168.
- SKREDE, Kari: »Foreldreskap i förändring – färre menn blir fedre«. In: *Tidsskrift for kjønnsforskning* 29 (2005:2), 4–22.
- SÖDERLIND, Ingrid (Hg.): *Uppväxt, familjeformer och barns bästa. Om familjeliv som offentlig angelägenhet och vardaglig praktik*. (= Framtidsstudier; 2), Stockholm: Institutet för framtidsstudier, 2002.
- SPIEWAK, Martin: *Wie weit gehen wir für ein Kind? Im Labyrinth der Fortpflanzungsmedizin*. Frankfurt am Main: Eichborn, 2002.
- SUNDSTRÖM-FEIGENBERG, Kajsa: *När livet var som bäst. Kvinnor i Sundbyberg berättar om samlevnad, arbete och barn*. Lund: Studentlitteratur, 1987.
- VAN BALEN, Frank und Maria C. INHORN: »Introduction: Interpreting infertility. A view from the social sciences«. In: INHORN, Marcia C. und Frank VAN BALEN (Hg.) *Infertility around the globe. New thinking on childlessness, gender, and reproductive technologies*. Berkeley: University of California Press, 2002, 3–32.
- VAN DEN VELDE, Theodor Henrik: *Die Fruchtbarkeit in der Ehe und ihre wünschenswerte Beeinflussung*. Horw-Luzern: Montana, 1929.
- VEEVERS, Jean E.: »Voluntary childlessness and social policy. An alternative view«. In: *The Family Coordinator* 23 (1974:3), 397–406.
- VON SODEN, Kristine: *Die Sexualberatungsstellen in der Weimarer Republik 1919–1933* (= Stätten der Geschichte Berlins; 18), Berlin: Edition Hentrich, 1988.
- Vorwärts – und nicht vergessen. Arbeiterkultur in Hamburg um 1930. Materialien zur Geschichte der Weimarer Republik*. Hg. von der Projektgruppe Arbeiterkultur Hamburg. Berlin: Frölich & Kaufmann, 1982.
- WEGENER, Angela: »Regenbogenfamilien. Lesbische und schwule Elternschaft zwischen Heteronormativität und Anerkennung als Familienform«. In: *Feministische Studien* 23 (2005:1), 53–67.
- WINTER, G.: »Ursachen und Behandlung der weiblichen Sterilität«. In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 26 (1921), 733–734.
- WIRTBERG, Ingegerd: *His and her childlessness*. Dissertation. Stockholm: Karolinska Institutet, 1992.
- WOELLERT, Katharina: »Sittlich rein und erbggesund«. Die Einführung des Aufklärungsunterrichtes an schwedischen Schulen«. In: *NORDEUROPAforum* 15 (2005:2), 25–42.