

Pathologien der Fortpflanzung – Mediale Alltagsbefunde zu Empfängnis, Schwangerschaft, Geburt und zum Umgang mit Neugeborenen*

Jens Wessel, Christoph J. Ahlers

Pathologies of reproduction – everyday findings in the media for conception, pregnancy, birth, and treatment of newborns

Abstract

In sexual medicine, disorders are differentiated and treated in three dimensions of human sexuality: pleasure, bonding/relationship, and reproduction. Disorders of sexual functioning, sexual development, sexual identity, and sexual preference are established, familiar clinical entities. In contrast, disorders of sexual reproduction are not well-delineated and have not been codable (ICD, DSM) until now. Still, initial research results on denied and concealed pregnancy have been published and the concept of reproversion has been introduced.

Based on an internet search, this article presents case studies dealing with conception, pregnancy, birth, and neonatal handling. The findings have been categorized in 8 phenomenological groups, the spectrum of which ranges from seemingly abstruse applications of modern reproductive medicine in the form of border-crossings (e.g., in postmenopausal women, or uterus transplantations between mother and daughter) to the killing of newborns. Serial forms are also discussed (e.g., the repeated killing of newborns), but also women who have borne an extremely high number of children. In addition, the authors consider the usefulness of the concept of reproversion as an explanation of the observation that in women analogous clinical pictures occur which in men appear as perversions (outdated term). Further scientific research on these phenomena is needed, also in order to achieve adequate coding options in the major classification systems.

Keywords: Reproductive dimension of sexuality, Pathologies of reproduction, Assisted reproductive technologies (ART), Reproversion, Proposal for coding options

* Teile des Manuskriptes wurden auf der gemeinsamen Jahrestagung der Österreichischen Akademie für Sexualmedizin (OEASM) u. der Deutschen Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft (DGSMTW) 2012 in Salzburg vorgetragen (Wessel, 2012)

Zusammenfassung

In der Sexualmedizin werden Störungen der menschlichen Sexualität in drei Dimensionen differenziert und behandelt, nämlich: Erregung/Lust, Bindung/Beziehung, Fortpflanzung/Reproduktion. Störungen der sexuellen Funktion, der sexuellen Entwicklung, der Geschlechtsidentität oder der sexuellen Präferenz sind bekannte klinische Indikationsgruppen. Störungen der sexuellen Fortpflanzung sind hingegen kaum bekannt und bisher praktisch nicht kodierbar (ICD; DSM). Allerdings sind sexualwissenschaftliche Beiträge zu den Themenbereichen der verdrängten und der verheimlichten Schwangerschaft erschienen; zudem wurde das Konzept der Reproversion eingeführt.

Im vorliegenden Beitrag werden, basierend auf einer Internetrecherche, Fallbeispiele rund um die Bereiche Konzeption, Schwangerschaft, Geburt und Neugeborenenumgang zusammengestellt. Es werden Ergebnisse zur Auswertung und zur Kategorisierung in insgesamt 8 phänomenologische Gruppen beschrieben. Bei den dargestellten Fallbeispielen reicht das Spektrum von abstrus anmutenden Anwendungen von Methoden der Reproduktionsmedizin in Form von Grenzüberschreitungen (z.B. bei postmenopausalen Frauen, zum Teil innerhalb der eigenen Familie unter Beteiligung von Mutter und Tochter bzw. Sohn) bis hin zur Tötungen von Neugeborenen, wobei hier auch serielle Formen aufgezeigt werden (etwa wiederholte Kindstötungen), aber auch von Frauen mit extrem vielen geborenen Kindern. Ferner wird diskutiert, inwiefern das Konzept der Reproversion einen Erklärungsansatz dafür liefern kann, dass bei Frauen solche analogen klinischen Bilder auftreten, die bei Männern – so die Hypothesenbildung – als Persionen (veralteter Begriff) imponieren. Eine weitergehende systematische wissenschaftliche Beschäftigung mit diesen Phänomenen erscheint dringend geboten, auch um adäquate Kodierungsmöglichkeiten in den Klassifikationssystemen zu befördern.

Schlüsselwörter: Reproduktive Dimension der Sexualität, Pathologien der Reproduktion, Assistierte reproduktionsmedizinische Techniken (ART), Reproversion, Vorschlag für Kodierungsmöglichkeiten

Einleitung

Störungen der sexuellen Fortpflanzung fristen – nicht nur in der Sexualmedizin – eine Art Schattendasein, auch weil sie vermeintlich in nur geringer Ausprägung vorkommen. Anhand der vorzustellenden Fallsammlung kann gesagt werden, dass unter Verwendung einer erweiterten Perspektive und bei Beachtung der aufgezeigten ganz weiten empirischen Bandbreite keinesfalls eine nur marginale, sondern vielmehr eine sehr viel größere Verbreitung und damit ein viel gravierenderer Stellenwert existiert.

Basierend auf dem bio-psycho-sozialen Grundverständnis der menschlichen Sexualität (Bloch, 1906) werden in der Sexualwissenschaft drei elementare Dimensionen der Sexualität unterschieden: die Lustdimension, mit sexueller Stimulation, Erregung und Orgasmus; die Beziehungsdimension, mit der Möglichkeit zur Erfüllung psychosozialer Grundbedürfnisse nach Angenommenheit, Nähe und Geborgenheit durch sexuelle Körperkommunikation; und die Fortpflanzungsdimension mit Zeugung, Empfängnis, Schwangerschaft, Geburt und Kindesbehandlung (Beier & Loewit, 2004). Für die Störungen der Sexualität kann hier keine Darstellung des kompletten Spektrums erfolgen (vgl. dazu Ahlers et al. 2005), sondern entsprechend der ICD-10 (WHO, 1992) lediglich eine exemplarische Indikationsübersicht, wobei insbesondere auch die Geschlechterverteilung mit betrachtet werden soll:

Funktionsstörungen (F 52): Störung durch gesteigertes, vermindertes oder ausbleibendes sexuelles Verlangen; Störung der sexuellen Erregung (Erektions- / Lubrikationsstörungen), Störungen des sexuellen Erregungshöhepunktes (vorzeitiger, verzögerter oder ausbleibender Orgasmus), Störungen durch sexuell bedingte Schmerzen (Vaginismus und Dyspareunie).

Hier ist von einer Gleichverteilung zwischen männlichem und weiblichem Geschlecht auszugehen: ♀ : ♂.

Störungen der sexuellen Entwicklung (F 66): Störungen der sexuellen Reifung, Orientierung, Identität und Beziehung: ♀ : ♂.

Störungen der Geschlechtsidentität (F 64): unter anderem Transsexualität etc.; hier überwiegt das männliche Geschlecht: ♀ : ♂ ♂.

Störungen der sexuellen Präferenz (F 65): Voyeurismus, Exhibitionismus, Frotteurismus, Toucheurismus, Pädo philie etc.. Hier überwiegt das männliche Geschlecht deutlich: ♀ : ♂ ♂ ♂ ♂.

Im Vergleich zu diesen bekannten Indikationen besteht bezüglich der **Störungen der sexuellen Fortpflanzung** bisher kein Bewusstsein, obwohl die resultierenden Symptome auf der Verhaltensebene zunehmend große Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit erfahren. Als typische Formen gelten etwa der chronische, unerfüllte Kinderwunsch ohne somatisches Korrelat oder auch der überwertige, desintegrierte bis neurotisch-kompensatorische Kinderwunsch. Die sog. assistierte Kinderwunschbehandlung ist die Domäne der Reproduktionsmedizin, also das Betätigungsfeld von speziell qualifizierten Gynäkologen und Andrologen, die alles in allem eine ganz überwiegend somatozentrische reduzierte Reproduktionsmedizin betreiben, in deren Rahmen ein ganzheitliches, auf dem bio-psycho-sozialen Verständnis menschlicher Geschlechtlichkeit beruhendes Vorgehen eher als Ausnahme denn als Regel gelten dürfte, wiewohl es auch Zentren mit zumindest psychosomatischer Expertise gibt.

Nicht selten werden gerade bei Kinderwunscha paaren im Rahmen einer Sterilitätsbehandlung sexuelle Funktionsstörungen offenkundig oder sie werden durch die Sterilitätsbehandlung selbst hervorgerufen (sog. iatrogene sexuelle Dysfunktionen durch reproduktionsmedizinische Behandlungen). Durch einen sexualmedizinischen Fokus könnte die Paarbeziehung gerade auch in dieser speziellen Belastungssituation berücksichtigt und ggf. sogar verbessert werden, indem die Erfüllung der psychosozialen Grundbedürfnisse in der Beziehung – auch durch die sexuelle Kommunikation – erstmals oder wieder ermöglicht wird (Beier & Loewit, 2004). Mit einer vorgeschalteten sexualpsychologischen Beratung und / oder Behandlung könnten womöglich manche reproduktionsmedizinischen Behandlungen überflüssig werden, weil durch sie eine Schwangerschaft auf natürlichem Wege wahrscheinlicher werden kann, vornehmlich etwa bei Störungen des sexuellen Verlangens (Appetenzlosigkeit), Störungen der sexuellen Erregung (Lubrikations- und Erektionsstörungen) oder Störungen des sexuellen Erregungshöhepunktes (vorzeitiger, verzögerter oder ausbleibender Orgasmus). An einer solchen Vorgehensweise dürfte der Wirtschaftszweig der Reproduktionsmedizin aus finanziellen Gründen womöglich nur geringes Interesse haben.

Als Formen der gestörten sexuellen Fortpflanzung treten aber auch andere Phänomene in Erscheinung, die an die Situation „Schwangerschaft“ gebunden sind. Sie treten rund um die Bereiche Empfängnis, Schwangerschaft, Geburt und in der Phase der Annahme der Neugeborenen auf und können sich manifestieren in Phänomenen wie der nicht wahrgenommenen oder verdrängten sowie der verheimlichten Schwangerschaft, bis hin zu Neugeborenenabstoßung und Kinde stötungen.

Derartige Störungen der sexuellen Fortpflanzung werden im weiteren eingehender dargestellt. Es soll aber bereits schon jetzt auf die bezüglich des Geschlechterverhältnisses eindeutige Dominanz bei Frauen hingewiesen werden, ♀ ♀ ♀ ♀ : ♂.

Die im folgenden geschilderten Fallbeispiele gehen über einen wie auch immer definierten „normalen“ Rahmen von Vorkommnissen rund um Zeugung, Schwangerschaft und Geburt bzw. Neugeborenenannahme hinaus. Den Autoren geht es hierbei darum, die Spannbreite klinisch relevanter Erscheinungsformen rund um die sexuelle Fortpflanzung aufzuzeigen. Damit wird auch klinisches Neuland betreten, dessen versuchsweise theoretische Einordnung in der Diskussion erfolgt.

Literaturübersicht

Aus sexualwissenschaftlicher Sicht wurde bereits vor 20 Jahren zu bestimmten Teilaspekten wie der verdrängten Schwangerschaft und der Kindestötung publiziert (Wille & Beier, 1994); auch weitergehende Einordnungen unter Verwendung des Konzeptes der *Reproversion* wurden veröffentlicht (Beier et al., 2006; Wessel et al., 2007).

Eine unbemerkte oder verdrängte Schwangerschaft wird von der Schwangeren nicht bewusst wahrgenommen. Die Häufigkeitsangabe von 1 Fall auf etwa 500 Geburten wird durch entsprechende, auch internationale Ergebnisse gestützt. Im Extremfall wird die Schwangerschaft erst mit der Geburt bekannt (Häufigkeit 1 : 2500). Aufgrund der unzureichenden Schwangerenvorsorge sind sowohl die kindlichen wie die mütterlichen Schwangerschaftsrisiken erhöht. Mit der verdrängten Schwangerschaft sind weitere ungewöhnliche Phänomene / Irrationalismen verbunden, die nicht hinreichend erklärt werden können, etwa das Nichtbemerken der Gravidität im Umfeld der Schwangeren, auch durch Partner trotz wiederholten Koitus oder sogar von Ärzten; menstruationsähnliche Blutungen in der Schwangerschaft; Rationalisierung von schwangerschaftstypischen Symptomen wie Bauchschmerzen als Magenverstimmung oder als bekannte Gallenprobleme. Frauen mit verheimlichter Schwangerschaft wissen dagegen meist bereits zu einem ganz frühen Zeitpunkt um das Bestehen der Gravidität; sie versuchen diese aber unter allen Umständen zu verbergen. Auslösend können etwa familiäre Konflikte, religiöse Hintergründe, zum Beispiel ein Tabu vorehelicher Sexualkontakte, sein – Konflikte, die aber auch für die Schwangerschaftsverdrängung beschrieben wurden. (Beier et al., 2006; Brezinka et al., 1994; Friedman et al., 2007; Nirmal et al., 2006; Wessel, 2003; Wille & Beier, 1994).

Konzept der Reproversion

Zur Erläuterung des Konzeptes der *Reproversion* ist zunächst auf die männlichen Sexualstörungen, primär auf die früher als *Perversionen* bezeichneten Störungen der Sexualpräferenz (Paraphilien) hinzuweisen: Diese sind sowohl in ICD als auch DSM gut kodierbar abgebildet (z.B. Voyeurismus, Exhibitionismus, Pädophilie). Auffällig ist hier, dass ganz überwiegend Männer betroffen sind (und mitunter zu Präferenz-Tätern werden). Weibliche (Präferenz-) Täterinnen stellen in diesem Bereich hingegen eine außerordentliche Ausnahme dar bzw. sind extrem selten.

Laut Beier (1995) legt das die Frage nahe, ob es nicht auf Seiten der Frauen eine Art Analogie zu den überwiegend bei Männern auftretenden Paraphilien geben müsse. Während sich bei Männern psychische Bewältigungsstrategien für konflikthafte Geschehen im Bereich Geschlechtlichkeit und Sexualität eher in der Lustdimension der Sexualität abspielen und damit eher die äußeren Genitalen betreffen, lässt sich im Unterschied dazu für die Frau postulieren, dass nämlich Konflikte geschehen sich vornehmlich im Bereich der reproduktiven Dimension der Sexualität manifestiert und damit die inneren Genitalien betrifft (vgl. Beier, 1995). Die Impulsivität, die bei Männern häufig im lustbezogenen Sexuellen anzutreffen ist, könnte bei Frauen mehr im Bereich der fortpflanzungsbezogenen Dimension der Sexualität verortet werden. In Analogie zur *Perversion* des Mannes hat Beier als Begriff für den komplementären Bereich der Reproduktion bei der Frau den Begriff *Reproversion* vorgeschlagen. Den nämlich Verarbeitungsmodus der Frau könnte man daher nicht *pervers*, sondern *reprovers* bezeichnen (Beier, 1995). Beim reproversen Konfliktverarbeitungsmodus kommt es mit dem Ziel der Stabilisierung einer brüchigen weiblichen (Sexual-) Identität zur Dynamisierung reproduktiver Impulse, zur Verlagerung von Konflikten in den Bereich der Fortpflanzung, ganz analog zur Dynamisierung lustvoll-genitalerregungsbezogener Impulse als Abwehr von männlichen Identitätsängsten bei den Perversionen (vgl. Beier et al., 2005).

Methodisches Vorgehen

Es wurden mittels Internetrecherchen Medienberichte bzw. Nachrichten-Angebote (ganz überwiegend deutschsprachig, z.B. n-tv.de, yahoo.de etc.) ausgewertet, mit dem Ziel, solche Inhalte zu erfassen, die Auffälligkeiten rund um Zeugung, Empfängnis, Schwangerschaft, Geburten sowie Neugeborenenbehandlung thematisierten.

Die Inhalte der Meldungen wurden nach differenzierenden Kriterien in acht Gruppen kategorisiert und anhand der vorgefundenen Inhalte gruppenweise nach Alter der Frauen, Anzahl der Kinder, Nationalität, etc. (im einzelnen vgl. Ergebnisse) ausgewertet. Aus den Gruppen wurden Beispiele zur Illustration ausgewählt; die individuellen Fallüberschriften orientieren sich an den vorgefundenen Überschriften der Originalmeldungen.

Diese Art Meldungen sind häufig in einer Rubrik wie „Aus aller Welt“ zu finden. Die im folgenden geschilderten Beschreibungen basieren auf den Berichten der genannten Quellen; dabei werden die URL mit genannt (mit Angabe des Datums ihres Erscheinens) bzw. anderweitige Quellen angegeben. Nicht alle ursprünglichen URL sind heute noch online vorhanden (den Autoren liegen von allen Berichten Druckversionen vor), oder es wurden andere als die initialen Quell-URL gefunden und mit verwertet (ggf. neuer bzw. jünger als November 2012, s. Ergebnisse).

Ergebnisse

Insgesamt wurden für den Zeitraum August 2007 bis November 2012 (5 Jahre und 3 Monate) 62 Fälle aufgenommen (durchschnittlich ca. 1 Fall pro Monat). Mehrfachschilderungen ein und desselben Falles (etwa Auffinden von Kindsleiche(n), später Feststellung der Täterin, später Gerichtsverhandlung) wurden nur als ein Fall gezählt.

1. Nicht wahrgenommene (verdrängte) Schwangerschaft, lebendes Kind, N = 4

Altersbereich: 12–22 Jahre (einmal keine Angabe), Mittelwert (MW): 16 Jahre. Bei allen jugendlichen Mädchen bzw. jungen Frauen kam es zu einer plötzlichen Spontangeburt, ohne dass zuvor eine Schwangerschaft bekannt bzw. erkannt worden war:

- 22-jährige, chilenische Gewichtheberin bringt in einer Turnhalle ein Kind zur Welt: Sie habe sich während des Trainings unwohl gefühlt, woraufhin der Trainer einen Arzt gerufen hatte. Vor Ort gebar sie ein Kind; von der Schwangerschaft habe weder sie noch ihre Umgebung gewusst. Erst kürzlich hatte sie einen Wettkampf gewonnen. Zum Zeitpunkt der Geburt soll sie etwa im sechsten Monat schwanger gewesen sein. (<http://www.welt.de/vermischtes/article-5545181/Gewichtheberin-bringt-ploetzlich-Kind-zur-Welt.html>, 16.12.2009)

- 14-jähriges, japanisches Mädchen: Ohne Wissen um die Schwangerschaft hat das Mädchen während einer Urlaubsreise in Berlin auf einer Toilette ein Baby zur Welt gebracht. Da sie kaum Deutsch sprach, musste ein Dolmetscher herangezogen werden. Nach ihren eigenen Angaben wusste sie nicht, dass sie schwanger war. (<http://www.n-tv.de/panorama/14-Jaehrig-gebaert-auf-dem-Klo-article815887.html>, 09.04.2010)
- 12-jährige Schülerin, Niederlande: Während eines Schulausfluges bekommt das Mädchen starke Bauchschmerzen, kurz darauf bringt sie zur Überraschung aller eine Tochter auf die Welt. Weder sie noch ihre Familie hatten die Schwangerschaft erkannt, es habe keinerlei äußere Hinweise gegeben. (<http://www.n-tv.de/panorama/Zwoelfjaehrige-bekommt-Tochter-article2968646.html>, 29.03.2011)
- Soldatin (keine Altersangabe), Großbritannien: In einem afghanischen Feldlager gebar die Soldatin spontan ein Kind, ohne dass sie von ihrer Schwangerschaft gewusst habe. (Die Entsendung schwangerer Soldatinnen in Kampfeinsätze ist unzulässig.) (<http://www.n-tv.de/panorama/Brite-kommt-im-Feldlager-zur-Welt-article7269856.html>, 20.09.2012)

2. Nicht wahrgenommene bzw. verheimlichte Schwangerschaft, tote(s) Kind(er), N = 21

Altersbereich 20–46 Jahre (viermal ohne Angabe), MW 33 Jahre. 18 Fälle aus Deutschland, 2 aus Frankreich und einer aus Australien. Zweimal kam es neben den toten / getöteten Kindern auch zu Todesfällen der Mütter (einmal Suizid, einmal unklare Todesursache). Da bei den 21 Müttern insgesamt 47 tote Kinder auftraten, waren Mehrfach-Neugeborenen-Todesfälle vorgekommen: in sechs Fällen je 3 tote Kinder, in je einem Fall 4 bzw. 5 bzw. 8 tote Kinder. Elf Frauen (52%) hatten darüber hinaus noch weitere lebende Kinder. Fallbeispiele:

- Mutter in Frankreich gesteht Tötung von acht Babys: In Frankreich hat eine 45-jährige Krankenpflegerin gestanden, acht ihrer Neugeborenen unmittelbar nach der Geburt erstickt zu haben. Schwangerschaften und Geburten seien von niemandem bemerkt worden, auch vom Ehemann nicht, der erst durch die polizeiliche Vernehmung davon erfuhr. Zwei Leichen waren im Garten des Hauses vergraben, sechs wurden in der Garage gefunden. Die Französin hatte bereits zwei erwachsene Töchter und mehrere Enkel. Sie sei so dick gewesen, dass die Schwangerschaften kaum auffielen. Sie sei vor allem erleichtert,

da sie von einem schweren Geheimnis befreit wurde. Zusammen mit ihrem Mann war sie in der Dorfgemeinschaft gut angesehen. Laut Staatsanwaltschaft habe sie keine Kinder mehr gewollt, ebenso wenig einen Arzt um Kontrazeptiva bitten wollen. Fünf oder sechs Taten seien verjährt, weil sie mehr als 10 Jahre zurück liegen. (<http://www.n-tv.de/panorama/Mutter-gesteht-Baby-Morde-article1164286.html>, 29.07.2010; <http://www.n-tv.de/panorama/Baby-Moerderin-erleichtert-article1172646.html>, 30.07.2010)

- Kind aus Fenster geworfen
Eine 41-jährige Berlinerin wurde zu viereinhalb Jahren Gefängnis verurteilt wegen Totschlags in einem minderschweren Fall: Sie hatte ihr neugeborenes Kind aus dem Fenster der im fünften Stock gelegenen Wohnung geworfen. Sie gab an, ihr damaliger Freund und späterer Ehemann habe nichts von ihrer Schwangerschaft gewusst, sie habe diese verheimlichen wollen. Die Geburt fand heimlich im Badezimmer der gemeinsamen Wohnung statt. Danach habe sie das Neugeborene in ein Handtuch gewickelt, in eine Mülltüte gepackt und aus dem Badezimmerfenster geworfen. Sie habe nicht mit einem Kind aus dem Bad zu ihrem Lebensgefährten kommen wollen. Zum Tatzeitpunkt befand sich neben dem Partner auch ihre 15-jährige Tochter in der Wohnung. Das Neugeborene starb an schweren Sturzverletzungen. (<http://www.n-tv.de/panorama/Mutter-zu-Haft-verurteilt-article6528836.html>, 18.06.2012)
- Fünf Jahre Haft für Mutter – Babys getötet und eingefroren
In Münster wurde eine 46-jährige Frau im Revisionsprozess zu fünf Jahren Haft verurteilt; der Richter sprach von einer Familientragödie. Die Mutter von drei lebenden Kindern hatte 1986, 1988 und 2004 heimlich im Bad drei Mädchen geboren, sie getötet und in der Tiefkühltruhe versteckt. Entdeckt wurden die Leichname, als ein Sohn nach einer Tiefkühlpizza suchte. Das Urteil des Revisionsgerichtes lag höher als das Urteil der Vorinstanz (vier Jahre und drei Monate Haft). Laut Obduktion waren alle drei Neugeborenen lebensfähig; eine der Kindstötungen war bereits verjährt. Die Frau gab an, in panischer Angst vor gynäkologischen Untersuchungen die Schwangerschaften verdrängt zu haben. (<http://www.n-tv.de/panorama/Babys-getoetet-und-eingefroren-article1936401.html>, 15.11.2012)

3. Babyraub, N = 10

Altersbereich 24–48 Jahre (zweimal ohne Angabe), MW 31 Jahre. 6 Fälle aus USA, 2 aus Deutschland, je ein Fall aus Frankreich bzw. Neuseeland. In der Hälfte der Fälle kam es zum Tod der Mutter (was in einem Fall in den USA zu einem Todesurteil führte), zweimal zum Tod des Kindes. Exemplarische Fallvignetten:

- Unfassbares Verbrechen – Todesurteil für Baby-Räuberin
Eine 39-jährige Frau wurde von einem US-Geschworenengericht wegen Mordes zum Tode verurteilt. Sie hatte eine hochschwängere Frau getötet, an ihr einen Kaiserschnitt vollzogen und das Baby entführt. Das Kind gab sie als ihr eigenes aus und hatte es stolz ihrer Familie gezeigt, bevor sie von der Polizei verhaftet wurde (<http://www.n-tv.de/panorama/Todesurteil-fuer-Baby-Raeuberin-article239635.html>, 27.10.2007). Später wurde das Todesurteil in eine lebenslange Freiheitsstrafe ohne Bewährung umgewandelt (<http://www.examiner.com/article/heather-snively-korena-roberts-crawlspace-baby-murderer>, 09.10.2013).
- Schwangerschaft vorgetäuscht – Entführerin wollte ein Baby
Ein neugeborenes Mädchen wurde aus einer Geburtsklinik in Frankfurt a.M. entführt. Die Kindsmutter übergab das fünf Stunden alte Kind einer angeblichen Klinikmitarbeiterin, die vorgab, ein Foto machen zu wollen. Diese, eine 28-jährige Frau, wurde innerhalb von sechs Stunden als Täterin ermittelt, die ihrer gleichaltrigen Lebenspartnerin (lesbische Beziehung) das Fortbestehen der nach künstlicher Befruchtung entstandenen Schwangerschaft vor-täuschte, obwohl sie eine Fehlgeburt erlitten hatte. Sie habe den Beschluss gefasst, sich irgendwie ein Kind zu besorgen. Als Motiv für die Entführung wurde extremer Kinderwunsch angegeben. (<http://www.n-tv.de/panorama/Entfuehrerin-wollte-ein-Baby-article2118196.html>, 10.12.2010; <http://www.n-tv.de/ticker/Babyentfuehrerin-wuenschte-sich-sehnlichst-ein-Kind-article2122431.html>, 10.12.2010)
- Mutter getötet – Baby entführt
Eine 30-jährige Krankenschwester hat in den USA eine 28-jährige Mutter mit mehreren Schüssen getötet und ihr drei Tage altes Neugeborenes entführt. Innerhalb weniger Stunden gelang es der Polizei, das Neugeborene zu finden und die Täterin festzunehmen. Sie hatte kürzlich eine Fehlgeburt erlitten, diese aber verschwiegen. Das entführte Baby wollte sie als

ihr eigenes ausgeben. Sie war bereits Mutter von 2 Kindern. (<http://www.n-tv.de/panorama/Baby-entfuehrt-article6063921.html>, 19.04.2012)

- Urteil im Fall Carlina White¹ – Falsche Mutter muss in Haft
Von einem Richter in Manhattan wurde Ann Pettway 25 Jahre nach der Entführung eines Babys zu 12 Jahren Haft verurteilt. Die Whites hatten ihre 19 Tage alte Tochter Carlina 1987 wegen Fiebers in ein New Yorker Krankenhaus gebracht, wo sie von Pettway, als Krankenschwester verkleidet, entführt wurde. Unter falschem Namen wuchs White in verschiedenen Bundesstaaten bei ihrer Entführerin auf. Schon als Kind kamen ihr Zweifel; letztlich fand sie auf einer Internet-Website für vermisste Kinder ihr Foto und nahm Kontakt zu ihrer leiblichen Mutter auf. Nach 23 Jahren kam es zum ersten Wiedersehen. (<http://www.n-tv.de/panorama/Falsche-Mutter-muss-in-Haft-article6861136.html>, 01.08.2012)

4. Meine Oma ist meine Mutter, N = 11

Altersbereich 50–70 Jahre, MW 60 Jahre. Je zwei Fälle traten in den Niederlanden bzw. USA auf, je ein Fall in Mexiko, China, Indien, Spanien, Vietnam, Deutschland und Brasilien. Alle 11 Frauen hatten sich Prozeduren der sog. „Assistierten Reproduktionstechnologie“ (ART) unterzogen, davon viermal innerhalb des eigenen Familienverbundes in vertikaler Richtung, d.h. die Mutter hatte sich als Leihmutter für ihre eigenen Kinder (Tochter oder Sohn) zur Verfügung gestellt. Exemplarische Fallvignetten:

- Mutter (56 Jahre) trägt Drillinge für ihre Tochter (36 Jahre) aus
Jacelyn Dalenberg brachte für ihre Tochter Kim (die keine Kinder bekommen kann) und Schwiegersohn Joe Coseno (29 J.) drei Töchter zur Welt. Weil der Adoptionsprozess ihr zu lang erschien, stellte sie sich selbst als Leihmutter für die befruchteten Eizellen ihrer Tochter zur Verfügung; eine der beiden transferrierten Eizellen hatte sich intrauterin geteilt, so dass es zur Drillingsgravidität kam. Dalenberg, bereits Mutter von 4 Töchtern im Alter von 31 bis 36 Jahren, wird zitiert mit den Worten: „Ich wollte schon immer noch mal schwanger werden. Aber ich hatte keine Lust mehr, die Kinder zu erziehen. Ich möchte sie

verwöhnen und dann wieder nach Hause schicken.“ Die Drillingsstöchter sind zugleich ihre Enkel. (<http://www.bz-berlin.de/archiv/mutter-56-traegt-drillinge-fuer-ihre-tochter-36-aus-article317240.html>, 14.11.2008; <http://www.krone.at/Steil/Amerikanerin-bringt-eigene-Enkelinnen-zur-Welt-Dreifaches-Glueck-Story-119699/index.html>, 27.10.2008)

- Älteste Spätgebärende gestorben – Zwillinge jetzt zweieinhalb Jahre alt
Die seinerzeit mit 66 Jahren als älteste Spätgebärende der Welt² bekannt gewordene Spanierin Maria del Carmen Bousada de Lara verstarb mit 69 Jahren im Juli 2009 an Krebs; sie hinterließ ihre im Dezember 2006 geborenen zweieinhalbjährigen Zwillinge. Die Schwangerschaft resultierte aus einer ART in den USA; sie hatte die Ärzte über ihr wahres Alter belogen und 55 Jahre angegeben – die gerade noch zulässige Höchstgrenze dieser Klinik. Nach der Geburt hatte sie gesagt, jede Frau solle „zum richtigen Zeitpunkt“ Kinder haben dürfen. Sie selbst habe den Tod ihrer eigenen Mutter abwarten wollen, die von ihr bis zum Schluss gepflegt wurde. Die Mutter war im Alter von 101 Jahren gestorben, und sie selbst wolle ebenso lange leben und auch noch Großmutter werden. (<http://www.n-tv.de/incoming/Aelteste-Spaetgebärende-gestorben-article412943.html>, 15.07.2009; http://de.wikipedia.org/wiki/Mar%C3%ADa_del_Carmen_Bousada, 24.10.2013)
- Frau gebiert Sohn und Enkel
Eine 50-jährige Mexikanerin hat einen Jungen geboren, der zugleich ihr Sohn und Enkel ist: Sie hatte sich als Leihmutter für ihren homosexuellen Sohn zur Verfügung gestellt und die mit dessen Samen befruchtete Eizelle seiner besten Freundin ausgetragen. Auf ihren ersten Enkel und zugleich viertes Kind sei die Mutter des Kindes und des Vaters stolz. (<http://www.n-tv.de/panorama/Frau-gebirt-Sohn-und-Enkel-article1880966.html>, 08.11.2010)

5. Die Schönen und die Reichen, N = 4

Im Beobachtungszeitraum fielen folgende vier „berühmte Pärchen“ (sog. *Celebrities*) auf: 2007 Dennis Quaid (53 J.) und seine Frau Kimberly (35 J.); 2008 Angelina Jolie und Brad Pitt (33 bzw. 34 J.); 2009 Sarah Jessica Parker (44 J.) und Matthew Broderick (47 J.); 2011 Nicole Kid-

¹ Die hier angegebenen echten (?) Namen von Personen werden jeweils so wie in den mitgeteilten Berichten beibehalten, diese Namen werden ohne Beschränkungen im Internet verwendet.

² Dieser zweifelhafte krönende Superlativ wird im übrigen immer wieder neu vergeben – jeweils nach dem zuletzt erreichten „tollen Erfolg“.

man (43 J.) und Keith Urban (47 J.). Exemplarisch soll der Fall von Brad Pitt + Angelina Jolie („Brangelina“) vorgestellt werden.

- Nach einem Pressebericht sind die neugeborenen Zwillinge Knox Léon und Vivienne Marcheline mit Hilfe künstlicher Befruchtung gezeugt worden. Dabei habe die Schauspielerin diesen ART-Weg gewählt, „um sich nicht dem Stress auszusetzen, auf natürliche Weise zu versuchen, schwanger zu werden“. Beide Schauspieler wollten unbedingt schnell mehr Babys haben. In früheren Interviews hatte Angelina Jolie den Wunsch geäußert, möglichst bald noch viele Kinder zu haben. Neben den Zwillingen hat das Paar eine leibliche Tochter (Shiloh, damals zwei Jahre) sowie drei Adoptivkinder, zwei Jungen (Maddox, sechs Jahre, aus Kambodscha; Pax, vier Jahre, aus Vietnam) und eine Tochter (Zahara, drei Jahre, aus Äthiopien). (<http://www.n-tv.de/archiv/Jolie-kuenstlich-befruchtet-article12850.html>, 25.07.2008)

6. Geht nicht, gibt's nicht, N = 3

In dieser Gruppe werden drei besonders befremdlich anmutende Fallkonstellationen zusammengefasst:

- Achtlingsmutter = „Octomom“ mit insgesamt 14 Kindern: Es handelt sich um Nadya Suleman aus Kalifornien, die, mit 33 Jahren als alleinstehende, arbeits- und mittellose und verschuldete Mutter von bereits sechs Kindern, Achtlinge zur Welt brachte und somit 14-fache Mutter wurde. Sämtliche Kinder waren durch ART entstanden, einen Vater gab es nicht, allerdings für alle 14 Kinder ein und denselben Samenspender (nach einer einmaligen Spermaspende). Im Zuge der Schwangerschaft / Geburt der Achtlinge ist sie als „Octomom“ zu großer medialer Beachtung und Berühmtheit gekommen. Die anfängliche Begeisterung über die medizinische Sensation der Achtlingsgeburt führte zunächst zu Sammel- und Spendenaktionen, schlug dann aber ins Gegenteil um: aus Bewunderung, Rührung und Sympathie für die „tapfere Mutter“ wurde Verständnislosigkeit, Empörung und Ablehnung, als die verwehrten sozialen und wirtschaftlichen Verhältnisse der „Octomom“ bekannt wurden, woraufhin ihr ein „krankhafter Fortpflanzungstrieb“ vorgehalten wurde. Nadya Suleman hatte sich (auch entsprechend eines TV-Interviews), als Ausgleich zu ihrer als Einzelkind erlebten Einsamkeit, schon immer nach einer großen Familie gesehnt, insbesondere nach festen Beziehungen zu eigenen Kindern – ihr sehnsuchtsvoller Traum war, eine riesige Familie mit
 - Papi hat entbunden
Der 34-jährige Thomas Beatie aus den USA machte als „schwangerer Mann“ weltweit Schlagzeilen und
- sicheren Bindungen zu haben. Nach Unterlagen der Gesundheitsbehörde war ihre eigene Kindheit jedoch unauffällig bis eher glücklich, mit liebevollen und unterstützenden Eltern. Im Erwachsenenalter entwickelte sie Depressionen, möglicherweise auch mit ausgelöst durch drei Fehlgeburten in einer Ehe Anfang/Mitte zwanzig. Nach der Trennung von ihrem Ehemann unterzog sie sich mehreren plastisch-chirurgischen Operationen, neben einer Brustaugmentation vor allem auch Gesichtseingriffen (sog. „kosmetische Korrekturen“), um ihr Aussehen dem von *Angelina Jolie* anzugleichen, die sie als Vorbild bewunderte und verehrte. Im Anschluss daran arbeitete Suleman eine Zeit lang als Stripperin und Pornodarstellerin (fraglich als Prostituierte), unter anderem im Rollenfach eines Angelina-Jolie-Doubles. Mit dem Geld aus dieser Tätigkeit bekam sie alleinstehend ihr erstes Kind nach künstlicher Befruchtung – „das Wunderbarste und Beste, was ihr im Leben passiert sei“. Durch denselben Arzt kam es zu vier weiteren Schwangerschaften (einmal Zwillingen), sämtlich per ART. Da sie sich noch ein weiteres Mädchen wünschte (ihre anderen Kinder waren bei der Achtlingsgeburt zwischen zwei und sieben Jahre alt), nahm sie einen weiteren Kredit für eine erneute künstliche Befruchtung auf. Aus den eingesetzten sechs (!) Embryonen entwickelten sich überraschenderweise acht Kinder, deren Geburt und Überleben als medizinische Sensation galt. Der Versuch einer kommerziellen Verwertung ihrer Geschichte (auch zur Deckung der enormen Kosten für die wiederholten künstlichen Befruchtungen sowie den Unterhalt der insgesamt 14 Kinder) verlief letztlich nicht erfolgreich, weil die gesellschaftliche Stimmung ihr gegenüber umgeschlagen war. Gegen den behandelnden Arzt kam es zu Ermittlungen der kalifornischen Gesundheitsbehörde wegen Verletzung der medizinischen Fürsorgepflicht. (http://www.focus.de/panorama/welt/achtlingsmutter-grossfamilie-gegen-die-einsamkeit_aid_368126.html, 06.02.2009; <http://www.mittelbayerische.de/index.cfm?pid=10033&pk=355858&p=1>, 08.02.2009; <http://www.stern.de/wissen/mensch/achtlingsmutter-nadya-suleman-verrueckt-nach-kindern-656059.html>, 28.02.2009; <http://www.berliner-kurier.de/panorama/nadya-suleman-octomom-zeigt-ihren-porno-look,7169224,16318280.html>, 07.06.2009; <http://mobil.tz-online.de/service/lust/octomom-nadya-suleman-beim-porno-dreh-naturtalent-beim-sex-video-tz-lust-2307503.html>, 07.05.2012)

brachte im Juni 2008 eine Tochter zur Welt. Beatie wurde als biologische Frau geboren und hatte etwa 10 Jahre zuvor eine teilweise operative Geschlechtsumwandlung durchführen lassen (sog. „kleine Lösung“): Entfernung der Brüste, Belassung von Ovarien und Uterus, keine chirurgische Penoid-Rekonstruktion. Nach einer anfänglich lesbischen Beziehung mit Nancy (12 Jahre älter) lebte er danach rechtlich als Mann in einer Ehe mit ihr. Aufgrund einer Unterleibsoperation konnte Nancy nicht schwanger werden. Das Paar entschloss sich daher zur „männlichen“ Schwangerschaft von Thomas durch künstliche Befruchtung, wozu die gegengeschlechtliche Hormonapplikation mit Testosteron unterbrochen wurde. Die Angaben darüber, ob die Geburt durch Kaiserschnitt oder auf „natürlichem“ Wege erfolgte, sind widersprüchlich. Das Stillen hat Nancy übernommen: durch Hormonstimulation konnte bei ihr eine künstliche Laktation ausgelöst werden.

In einem Interview mit dem Schwulenmagazin *The Advocate* wird Beatie wie folgt zitiert: „Ich werde der Vater meiner Tochter sein, Nancy die Mutter. [...] Mal abgesehen davon, dass in mir ein Leben heranwächst, geht es mir gut und ich bin überzeugt, ein Mann zu sein. [...] Ein eigenes Kind zu haben, ist weder ein männlicher noch ein weiblicher Wunsch – es ist ein menschlicher Wunsch.“ Im übrigen habe das Paar viel Kritik erfahren; auch Ärzte hätten sich geweigert, ihn zu behandeln.

Das Paar wurde zu einem Medienereignis; Bilder im Internet zeigen beide zusammen mit Kind bei Fernsehauftritten.

Nach der Geburt zweier weiterer, auf die gleiche Weise entstandener Kinder kam es 2012 zur Trennung des Paares, möglicherweise auch aus finanziellen Gründen. Beatie versicherte, dass er sich erneut habe operieren lassen (inkl. chirurgischer Penisrekonstruktion, sog. Penoid-Plastik) und nunmehr keine Kinder mehr bekommen könne. Im September 2012 war die Nachricht zu lesen, dass er mit seiner neuen Partnerin (die Kindergärtnerin seiner drei Kinder (!) ein weiteres Kind haben möchte. Beatie wird wie folgt zitiert: „Schwanger zu sein ist ein einzigartiges Gefühl.“ „Wir wollen beide Kinder. Ich glaube, es ist eine wunderbare Erfahrung, eine Schwangerschaft als Vater zu durchleben. [...] Amber [die neue Partnerin] schlug vor, dass wir beide versuchen sollten, schwanger zu werden. [...] Vielleicht werden wir sogar beide gleichzeitig schwanger.“ Das Paar wolle denselben Samenspender benutzen wie bei den vorherigen drei Kindern. (<http://www.n-tv.de/panorama/Papi-hat-entbunden-article278565.html>, 03.07.2008; <http://www.n-tv.de/panorama/>

[Pflegeleichtes-Kind-article348674.html](http://www.welt.de/vermischtes/prominente/article106207051/Schwangerer-Mann-trennt-sich-von-seiner-Frau.html), 23.07.2008; <http://www.welt.de/vermischtes/prominente/article106207051/Schwangerer-Mann-trennt-sich-von-seiner-Frau.html>, 12.05.2013)

- Schweden transplantierten erstmals Gebärmütter von Mutter zu Tochter

An der Universität Göteborg wurden zwei über 30 Jahre alten Frauen ohne Gebärmutter die Gebärmutter ihrer jeweiligen Mutter eingepflanzt. Bei einer war zuvor der Uterus wegen einer Krebserkrankung entfernt worden, die andere wurde ohne Uterus geboren. Die Transplantationen wurden zur Erfüllung ihres Kinderwunsches vorgenommen – weltweit zum ersten Mal überhaupt tragen diese Frauen nun die Gebärmutter, in der einst sie ausgetragen wurden (Hansen, 2012). Der Kinderwunsch soll durch ART erfüllt werden, die nahe Verwandtschaft bringe einen theoretischen Vorteil bei der notwendigen medikamentösen Immunsuppression mit sich; außerdem sei die Funktionstüchtigkeit des Uterus ja bereits bewiesen. Nach Erfüllung des Kinderwunsches sollen die Organe wieder operativ entfernt werden. Der deutsche Reproduktionsmediziner Christian Thaler hält diese Transplantationsversuche für „ethisch absolut grenzwertig“: die Funktionsfähigkeit des Transplantates sei kaum absehbar, das geplante Experiment mit 2 Patienten – Mutter und Kind – erfüllt ihn in hohem Maße mit Sorge. (<http://www.n-tv.de/wissen/Gebaermutter-transplantiert-article7585461.html>, 18.09.2012; <http://www.vaterland.li/index.cfm?id=117962&source=sda&ressort=home>, 19.09.2012)

7. Ihr Kinderlein kommet, N = 3

Hier werden 3 Frauen zusammengefasst, die insgesamt 48 eigene Kinder geboren haben.

- Die australische 31-jährige Dale Chalk und ihr Ehemann Darren haben insgesamt elf Kinder unter sieben Jahren. Zur Geburt der ersten Tochter kam es im Jahre 2003, danach kamen (nach ART!) zweimal Vierlinge zur Welt. Die zweite Vierlingsschwangerschaft endete 2005 mit der Geburt von drei Kindern (ein Kind verstarb vorgeburtlich in der 21. Schwangerschaftswoche), noch nicht einmal ein Jahr nach Geburt der ersten Vierlinge. 2007 kam es via ART zur Geburt einer weiteren Tochter sowie noch einmal zu Zwillingen im Jahre 2009 (die genauen Jahreszahlen der Geburten sind nur indirekt zu ermitteln, i.d.R. wird in den Medien das Alter der Kinder angegeben). Danach sagte 2009 der Ehemann, dass

weitere Kinder „medizinisch ausgeschlossen seien“ (<http://www.n-tv.de/panorama/Elf-Kinder-unter-sieben-Jahren-article543153.html>, 12.09.2009). Am 01.12.2012 wurde allerdings die nächste Schwangerschaft der damals 34-jährigen Frau berichtet (<http://www.news.com.au/national-news/queensland/another-baby-on-the-way-for-queenslands-biggest-family-and-they-couldnt-be-happier/story-fndo4ckr-1226527695491>, 01.12.2012). In diesem Zeitungsartikel wurden weitere, höchst interessante Details genannt: Demnach ist der Ehemann steril (Azoospermie: keine lebenden Spermien); alle Schwangerschaften vor den Zwillingen entstammten der Hilfe derselben Fertilitätsklinik, im übrigen von ein und dem selben Spender. Beide Vierlingsschwangerschaften waren Frühgeburten, was geburtsmedizinisch nicht anders zu erwarten war, die erste mit 27 Schwangerschaftswochen und anschließend etwa 3 monatigen Klinikaufenthalt der Neugeborenen. Den Wunsch nach einer weiteren Schwangerschaft verweigerte die Klinik; die neuerliche Zwillingsschwangerschaft kam zustande durch einen vom Paar selbst online gefundenen Samenspender sowie nach selbst durchgeführter Insemination. Die letzte Schwangerschaft erfolgte mit demselben Spender nach nämllichem Modus.

- Eine 44-jährige Israelin hat ihr 18. Kind zur Welt gebracht. Die als streng religiös beschriebene Jüdin habe nun neun Mädchen und neun Jungen, und vom ältesten Sohn bereits zwei Enkelkinder. Selbst für kinderreiche ultra-orthodoxe Familien seien heutzutage 18 Kinder ungewöhnlich. Die Kindsmutter selbst sei mit 15 Geschwistern aufgewachsen. (<http://www.n-tv.de/panorama/Israelitin-bekommt-18-Kind-article2571136.html>, 09.02.2011)
- Bei „den Duggars“ handelt es sich möglicherweise um die bekannteste, d.h. am häufigsten medial portraitierte Familie mit einer großen Anzahl geborener Kinder, zuletzt 19. So wird über die Geburt des 18. Kindes berichtet (<http://www.n-tv.de/panorama/Duggars-bekommen-18-Kind-article43219.html>, 19.12.2008), sowie von der Schwangerschaft mit dem 19. (<http://www.n-tv.de/panorama/US-Ehepaar-erwartet-19-Kind-article485977.html>, 02.09.2009) bzw. 20. Kind (<http://www.n-tv.de/panorama/US-Ehepaar-erwartet-20-Kind-article4726431.html>, 09.11.2011). Die zu diesem Zeitpunkt 45 jährige Michelle Duggar ist seit ihrem 17. Lebensjahr mit dem zwei Jahre älteren Jim Bob verheiratet. Nach einer Fehlgeburt, für die sie die Pille verantwortlich machten, beschloss das Paar, künftig auf Verhütungsmittel zu verzichten. Seit-

dem haben sie im Durchschnitt alle 18 Monate Nachwuchs. Während der 20. Schwangerschaft waren die 19 Kinder (zehn Jungen und 9 Mädchen) zwischen 23 Monaten und 23 Jahren alt, darunter zwei Zwillingspaare. Es handelt sich um eine fundamental-religiöse, christlich-evangelikale Familie; alle Namen der Kinder beginnen mit „J“ (wie Jesus). Sie haben eine eigene Webseite, einen Blog der Mutter Michelle, es gibt mehrere selbst geschriebene Bücher sowie DVDs zu kaufen. Im Netz gibt es eine Vielzahl sehr kontroverser Diskussionsbeiträge sowie Unmengen von Bildern dieser Familie, anhand derer ein optischer Eindruck über diese Kinderschar zu erreichen ist (Suchbegriff „Duggar“). Michelle Duggar wird zitiert mit „Ich liebe es, Babys zu wickeln und mit ihnen zu kuscheln“. Der Fernsehsender TLC hat den Duggars eine eigene Show gewidmet.

Die 20. Schwangerschaft (Mädchen) endete mit einem intrauterinen Fruchttod und einer Fehlgeburt in der 19. Schwangerschaftswoche. Auch dieses Ereignis wurde medial inszeniert, mit Bildern/Videos von der Beerdigung von „Jubilee“ – im Netz wird über ein herzerreißendes Bild berichtet, bei dem die Mutter zum Abschied die Hand des (6 cm großen) Kindes hält (<http://www.deutsch-tuerkische-nachrichten.de/2011/12/12825/totes-baby-michelle-duggar-haelt-noch-einmal-seine-hand/>, 16.12.2011).

Legt man die „übliche“ neun Monate dauernde Schwangerschaft zugrunde, errechnet sich, dass (bei zwei Zwillingsschwangerschaften und Frühgeburten) Michelle Duggar mehr als 10 Jahre ihres Lebens in dem von ihr so geliebten Zustand des Schwangerschens verbracht hat.

8. Sonstige, N = 6

Hier lassen sich die folgenden drei Subgruppen unterteilen:

- Drei ausgesetzte Neugeborene: je eines in einer Telefonzelle in Trier, in einer Toilette der Kinderrettungsstelle der Berliner Charité (Campus Virchow) sowie in einem Abfallbeutel eines Flugzeuges. Einige Details zum letzteren Fall: Reinigungskräfte fanden in einem Müllbeutel aus einem Flugzeug auf dem Flughafen in Manila ein männliches Neugeborenes. Das Flugzeug gehörte zur Fluggesellschaft Gulf Air und war im arabischen Golfstaat Bahrain gestartet. Das Baby sei gesund und wohlauf; wegen der Kürzel der Airline (GF) wurde es auf den Namen George Francis getauft. (<http://www.n-tv.de/panorama/Baby-lag-in-Abfalltuete-article1472426.html>, 12.09.2010)

Tab. 1: Zusammenfassende Übersicht zur kategorialen Gruppenbildung der 62 Fälle

Gruppe 1:	Negierte Schwangerschaft, lebendes Kind	N = 4
Gruppe 2:	Negierte Schwangerschaft, tote(s) Kind(er)	N = 21
Gruppe 3:	Babyraub	N = 10
Gruppe 4:	Meine Oma ist meine Mutter	N = 11
Gruppe 5:	Die Reichen und die Schönen	N = 4
Gruppe 6:	Geht nicht, gib'ts nicht	N = 3
Gruppe 7:	Ihr Kinderlein kommet	N = 3
Gruppe 8:	Sonstige	N = 6
Gesamt		$\Sigma = 62$

- Zwei Paare mit deutscher Staatsangehörigkeit, die im Ausland eine „Sterilitätstherapie“ (sic!) mit einer dortigen Leihmutter durchführen ließen, was bedeutet, dass die „Sterilitätstherapie“ darin bestand, dass eine Leihmutter eine von den leiblichen Eltern stammende, befruchtete Eizelle ausgetragen hat. In solchen Fällen können sich spezielle juristische Fragestellungen ergeben, wie etwa nach der Nationalität des so geborenen Kindes. Beispiel: Ein Paar aus Deutschland (53j. Frau, 44j. Mann) hatte von einer ukrainischen Leihmutter ein Kind austragen lassen, welches in der Ukraine geboren wurde. Die deutsche Botschaft in Kiew verweigerte die Ausstellung eines Reisepasses für das Kind, da die deutsche Staatsangehörigkeit des Kindes fraglich sei. Die genetischen Eltern hatten dagegen geklagt, das Verwaltungsgericht Berlin urteilte, dass ein in der Ukraine von einer ukrainischen Leihmutter geborenes Kind keinen Anspruch auf einen deutschen Reisepass habe. Es sei zweifelhaft, ob die sich als Eltern ausgebenden Deutschen rechtlich als Eltern anzusehen seien. Das deutsche Recht bestimme, Mutter im Rechtssinn sei ausschließlich die Frau, die das Kind geboren habe, nicht die genetische Mutter. Die ukrainische Leihmutter sei folglich nach deutschem Recht die Mutter des Kindes. Vater sei ferner grundsätzlich der Mann, der mit dieser Frau verheiratet ist, somit der Ehemann der Leihmutter! Im Gegensatz zu Deutschland ist in der Ukraine eine Leihmutter-schaft erlaubt, das ukrainische Familiengesetz erkenne eine genetische Elternschaft an. Dies verstoße aber gegen wesentliche Grundsätze des deutschen Rechts. (<http://www.n-tv.de/panorama/Kein-deutscher-Pass-fuer-Kind-article7183466.html>, 10.09.2012)
- Einmalig auf der Welt – Koma-Patientin entbindet Kind
Nach Angaben der Uniklinik Erlangen hat dort weltweit erstmalig eine durch einen Herzinfarkt in ein Wachkoma gefallene Frau ein gesundes Kind geboren. Die Schwangerschaft konnte bei der 40-jährigen

Frau 22 Wochen fortgesetzt werden, nachdem sie in der 13. Schwangerschaftswoche einen Herz-Kreislaufstillstand mit konsekutivem Infarkt erlitten hatte. Um Druck auf die Angehörigen zu vermeiden, wurde der Fall erst nachträglich anonym bekannt gegeben. Von Anfang an sei die Behandlung mit einem interdisziplinären Ethikkomitee abgestimmt worden. (<http://www.n-tv.de/panorama/Koma-Patientin-entbindet-Kind-article541629.html>, 09.10.2009)

Diskussion

Die Fallvignetten zeigen auf (vgl. Übersicht Tab. 1), dass es eine Reihe von Phänomenen rund um die Fortpflanzungsbereiche Konzeption, Schwangerschaft, Geburt und Neugeborenen- bzw. Kindesumgang gibt, die in ihrer klinischen Relevanz bis dato wenig beachtet, dokumentiert, differenziert und beforscht sind. Es wurde eine größere Anzahl von Kasuistiken zusammengetragen, die bereits in ihrer jeweiligen Singularität als Eigentümlichkeit bzw. Absonderlichkeit auffallen. Den Charakter einer mitteilungs-würdigen Nachricht erhält sie vermutlich gerade dadurch, dass ein als üblich empfundener Rahmen von Normalität tangiert und / oder überschritten wird. Wohl auch wegen der speziellen Eigenheit rund um den erweiterten Begriff der Reproduktion (Zeugung / Konzeption / Empfängnis, Schwangerschaft, Geburt, Neugeborenen-Umgang und -Annahme bzw. Kindesbehandlung) geraten solche Mitteilungen in den Medien meist in Rubriken wie „Panorama“ oder „Aus aller Welt“.

Eine genauere Betrachtung und Hinterfragung des „objektiven Wahrheitsgehaltes“, in einem investigativen Sinne, kann und soll hier nicht erfolgen. Eine wissenschaftliche Beschäftigung mit dieser Materie würde im übrigen auch nicht dadurch obsolet, dass im einen oder anderen Falle eine Nachforschung ergeben würde, dass eine Einzelheit so oder so ähnlich nicht geschah oder nicht genau so, wie berichtet.

Vielmehr machen diese Fallbeispiele in ihrer Gesamtheit auf die Thematik „Störungen der sexuellen Reproduktion“ aufmerksam, die bisher in der Sexualwissenschaft, wenn überhaupt, nur in Teilen (etwa verdrängte Schwangerschaften) thematisiert wurde. Bei der Auswahl der Fallbeispiele wurde überdies auf Meldungen verzichtet, welche Vorfälle bei Kindern mit einem späteren zeitlichen Bezug als der unmittelbaren Neugeborenenperiode beschreiben (etwa Tod durch Verhuntern lassen oder infolge von Schlägen, Schütteltraumen usw. im späteren Lebensalter). Letztlich ist ebenso die Frage zu stellen, ob es zwischen den Medien und den hier beschriebenen Personen zu einer Art unheilvoller Liaison kommen kann: die Medien müssen auch aus kommerziellen Gründen Nachrichten mit besonderem Charakter verkaufen, wiewohl es für einige der beschriebenen Akteure ebenfalls um kommerzielle Aspekte geht, zum Beispiel, um Kosten u.ä. zu decken – Gewinne unterschiedlicher Art möchten beide Seiten erzielen. Der mit nicht ganz 50% relativ hohe Anteil von Meldungen aus Deutschland ist am ehesten durch die Auswertung primär deutschsprachiger Medien bedingt; ein Vergleich zwischen einzelnen Ländern ist hier nicht beabsichtigt.

Nachfolgend wird zunächst auf einzelne Aspekte der Kasuistiken eingegangen; im weiteren wird dann eine übergeordnete Klassifizierung der Störungen der sexuellen Fortpflanzung versucht.

Die **Gruppe 1** (*Negierte Schwangerschaft, lebendes Kind*) weist den jüngsten Altersdurchschnitt aller acht Gruppen auf. Typisch ist die völlig unerwartete, überraschende und damit plötzliche Geburt nach vorherigem, gänzlich unbemerktem und unerkanntem Schwangersein. Die Fälle der beiden Minderjährigen verweisen auf zudem weitere beteiligte, juristische Aspekte (etwa sexueller Kindesmissbrauch).

In der **Gruppe 2** (*Negierte Schwangerschaft, tote/s Kinder*) stellen die mehrfachen oder sogar seriellen Tötungen Neugeborener einen zentralen Befund dar, für den bis dato fundierte wissenschaftliche Untersuchungen fehlen. Tötungen von Neugeborenen sind in der rechtsmedizinischen Literatur seit über hundert Jahren beschrieben, spielten sich bis ca. Mitte des 20. Jahrhunderts aber meist im Kontext ungewollter Schwangerschaften und wirtschaftlicher Notsituationen ab (vgl. Ammerer, 2003).

Die in Gruppe 2 beschriebenen Phänomene spielen sich hingegen in der Gegenwart ab und damit in einer Situation wirtschaftlicher und sozialer Auffangs- und Sicherungssysteme, welche keine Frau zur notbedingten Tötung eines Neugeborenen veranlassen sollte. Psychosoziale Hintergründe scheinen daher als Handlungsmotivation zu überwiegen.

Es mutet bizarr an, unter welchen Umständen die mitunter vielen toten Kinder gefunden werden: beim Pizzasuchen in einer Tiefkühltruhe, beim Bepflanzen von Blumenkästen, beim Stöbern auf dem Dachboden, bei Reparaturen im Keller, beim Umgraben im Garten sowie beim Aufräumen in der Garage. Die Mütter scheinen demnach die Leichname der von ihnen getöteten Kinder in der direkten Umgebung ihres unmittelbaren Wohnortes quasi „bei sich behalten zu wollen“. Das erscheint aus kriminalpsychologischer Perspektive um so bedeutsamer, als eine (quasi programmierte?) Entdeckung der Kinderleichen am Wohnort unweigerlich auf die Eltern als Tatverdächtige verweist. Eine Verbringung der Babyleichen an einen entfernten, anonymen Ort erscheint, bei den kleinen und damit leichten und transportablen Babykörpern, erstens einfach und unauffällig möglich und würde dadurch zweitens die Aufdeckung der Täterschaft der Mütter erschweren bzw. weniger wahrscheinlich werden lassen. Dieses Phänomen scheint auf einen möglicherweise nicht bewussten Wunsch nach Behaltenwollen der Babyleichen sowie nach Aufdeckung und Überführung als Täterinnen angelegt zu sein – möglicherweise ein unbewusster Wunsch nach Bestrafung, als Entlastung von eigener Schuld.

Das Verbleiben der Leichname in der nächsten Umgebung wurde auch für einen Fall in Deutschland beschrieben, der mit insgesamt neun toten Neugeborenen (bei 4 lebenden leiblichen Kindern) eine Art traurigen Rekord zu halten scheint, welcher hier aber nicht berücksichtigt wurde, da er vor der betrachteten Untersuchungsperiode auftrat. Auch hier hatte die Täterin (Mutter) die Leichen ihrer neun getöteten Babys in ihrer unmittelbaren Umgebung vergraben (vgl. Köhn, 2005; Internet-Sucheingabe „Brieskow-Finkenheerd Babyleichen“). Allerdings werden Babyleichen auch in Mülltonnen oder auf Müllkippen gefunden, wodurch der Entsorgungscharakter des Ablageortes offenkundig zutage tritt.

Wie kann es zu solchen seriellen Kindstötungen kommen? Worin könnte der motivationale Hintergrund solcher Handlungen bestehen? Aufgrund mangelnder systematischer bzw. wissenschaftlicher Untersuchungen kann darüber derzeit lediglich spekuliert werden. Etwa ob hier ein anfänglich zufällig gewählter „Lösungsversuch“ für das Verbergen einer Schwangerschaft durch die Kindstötung im Zustand nach der Geburt fortgesetzt wird? Oder ob – angesichts einer breiten Sensationsberichterstattung in Massenmedien – eine solche Strategie eventuell kopiert wird? Zumindest solange, bis der im Auftreten von mehreren Folgeschwangerschaften sich manifestierende Konflikt weiter besteht und – noch – nicht ans Tageslicht befördert wurde. Es lassen sich Aussagen rund um das Bekanntwerden solcher Fälle heranziehen; so wird etwa der französische Psychiater Pierre Lamothe (im Zuge

des oben beschriebenen Falles mit acht toten Kindern in Frankreich) zitiert als Experte für Kindstötungen:

„Jemand, der so etwas tut, hat möglicherweise den Wunsch, schwanger zu sein, ohne gebären zu wollen“. Aber es zeige auch, dass niemand etwas habe bemerken wollen. „Man fragt sich, wie das so viele Male geschehen konnte. Die Blindheit scheint sich auf die Familie und die Nachbarn ausgedehnt zu haben“, fügte er hinzu. Es sei nicht ungewöhnlich, dass Mütter ihre getöteten Kinder in der Nähe beistatteten. „Es ist eine Art, sie bei sich zu behalten.“ (<http://www.n-tv.de/panorama/Mutter-gesteht-Baby-Morde-article1164286.html>, 29.07.2002)

Nach Auffassung der Autoren greift der erste Gedanke Lamoths möglicherweise zu kurz, weil das Geburtsgeschehen in dieser Tatgruppe ja geradezu auffällig unauffällig verläuft und die Frauen ihre Kinder offenbar problemlos heimlich und alleine ohne fremde Hilfe entbinden und die meisten Kinder nach der Geburt lebensfähig waren. Es käme durchaus auch in Betracht, dass es eben gerade nicht so zu sein scheint, dass die Frauen nicht gebären wollen, sondern dass sie ihre Kinder nach Empfängnis, Schwangerschaft und Geburt nicht nur nicht annehmen (können?), sondern sogar töten und dann nur als Leichen bei sich behalten wollen.

Im übrigen ist mit dem Phänomen Tötung eines Neugeborenen innerhalb der ersten 24 Lebensstunden (sog. Neonaticid), sowohl ohne zuvor wahrgenommene Schwangerschaft als auch mit wahrgenommener, aber verheimlichter, Schwangerschaft, speziell in Deutschland, eine seit Jahren kontroverse Diskussion verbunden: In Österreich und Frankreich ist, wenn auch nicht unumstritten, die anonyme Geburt etabliert, also die Entbindung einer Frau in einer Klinik, ohne dass sie ihren Namen angeben muss. Aus Österreich erschien sogar jüngst eine Studie (Klier et al., 2013), die von einer signifikanten Senkung von Neonaticiden nach Einführung der anonymen Geburt berichtet. Es handelt sich um eine retrospektive Untersuchung, bei der die Dunkelziffer von Kindstötungen sachimmanent nicht in Berechnungen mit einbezogen werden kann. Ferner wurde die Frage aufgeworfen, ob Frauen, die anonym gebären, tatsächlich die potenziellen Täterinnen sind, die durch dieses Angebot vom sonst unvermeidlichen Kindesmord abgehalten werden (Danner et al., 2005).

In Deutschland gibt es seit Jahren einen (z.T. erbittert geführten) Diskurs um die Zulässigkeit der anonymen Geburt und von sog. „Babyklappen“: Befürworter argumentieren, dass dadurch Kindstötungen vermeidbar sind, Gegner argumentieren vor allem mit dem Recht des Kindes auf Kenntnis der biologischen Abstammung (mit diesem Ar-

gument soll es ja zukünftig auch mittels Samenspende gezeugten Kindern ermöglicht werden, Informationen zum biologischen Vater zu erhalten). Ob die jüngst gesetzlich eingeführte Regelung einer ‚vertraulichen‘ Geburt (wobei die nunmehr obligatorischen Angaben zur Person der Kindsmutter in einem verschlossenen Umschlag verwahrt werden, bis das Kind 16 Jahre alt ist – analog zum geltenden Adoptionsrecht, wonach ein Kind ab diesem Alter einen Anspruch hat zu erfahren, wer seine leiblichen Eltern sind) das Problem tatsächlich lösen wird, bleibt abzuwarten (Rieser, 2008; Deutscher Bundestag, 2013; <http://www.bmfsfj.de/BMFSFJ/Presse/pressemitteilungen,did=206502.html?view=renderPrint>; <http://www.dw.de/vertrauliche-geburt-hilfe-f%C3%BCr-schwangere-in-not/a-17595471>).

Auffällig an den Protagonistinnen der **Gruppe 3** (*Babyraub*) ist, welche Methoden angewandt werden, um einen Kinderwunsch zu erfüllen. Insbesondere imponieren hier die Tatverläufe, die mit einer ungeheuren Brutalität einhergehen – in fünf der 10 Fällen kam es zu Tötungen der leiblichen Mutter, viermal in noch schwangerem Zustand. Diese Extremkonstellation stellt dabei in gewisser Weise die außergewöhnlichste Form der Grenzüberschreitung dar: Auch auf Kosten des Lebens bzw. unter Inkaufnahme des Tötens der leiblichen Mutter wird ein „eigenes“ Kind beschafft. Dabei wird immer wieder über laienhaft ausgeführte „Kaiserschnitte“ berichtet, um den Opfer-Müttern ihre noch ungeborenen Kinder buchstäblich aus dem Leib zu schneiden. Die meisten dieser Fälle werden aus den USA berichtet. Im Vergleich dazu erscheint die bloße Entführung von Neugeborenen aus der Säuglingsstation nachgerade harmlos. Wissenschaftlich fundierte Untersuchungen fehlen auch dazu offenbar gänzlich bzw. waren nicht zu recherchieren.

Häufiger ist eine vorherige tatsächliche Schwangerschaft beteiligt, die etwa als Fehlgeburt endete (welche der Umgebung nicht offenbart wurde), oder aber auch eine eingebildete oder vorgetäuschte Schwangerschaft. Welche psychopathologischen Hintergründe hier zugrunde liegen, lässt sich nur vermuten. In dieser Gruppe scheint es sich um extreme Ausprägungsformen von neurotisch-kompensatorischen, desintegrierten Kinderwünschen zu handeln. Der Kinderwunsch wirkt wie ein Schauplatz und Austragungsort tiefer liegender Konflikte, der genau deswegen um jeden Preis erfüllt werden muss, weil die Bewältigung der eigentlichen Konflikte unmöglich erscheint. Da hierbei sogar die Tötung schwangerer Frauen in Kauf genommen wird, erscheint es zulässig, hier von einem neurotischen Kinderwunsch zu sprechen.

In der **Gruppe 4** (*Meine Oma ist meine Mutter*) fällt der mit 60 Jahren höchste Altersmittelwert aller Gruppen auf. Damit verbunden ist die Besonderheit der Erfüllung

(= der medizinischen Realisierung) von Kinderwünschen im überwiegend deutlich postmenopausalen Alter von bis zu 70 Jahren. Vor der Etablierung „Assistierter Reproduktionsmedizinischer Techniken“ (ART) galt die Menopause als unumstößliche „natürliche“ Grenze zum Schwangerwerden. Ganz offenbar haben solche vormaligen Grenzen, angesichts technischer Machbarkeiten der modernen Fertilisierungs-Medizin, ihre Gültigkeit verloren. Hierzu ist ein weitergehender Zusammenhang zu beachten: Entwicklungsgeschichtlich gehörten Sexualität und Reproduktion beim Menschen untrennbar zusammen. Bestrebungen zur Trennung, etwa zur Vermeidung unerwünschter Schwangerschaften, hat es sehr lange gegeben, planbare Möglichkeiten waren an die Kenntnisse über die physiologischen Abläufe von Konzeption und weiblichem Zyklus gebunden. Mit der Einführung der „Anti-Baby-Pille“ (Anovlar[®], 1961 in Deutschland) und der zunehmenden Entwicklung und Verfügbarkeit weiterer, sicher wirkender Kontrazeptiva (incl. Sterilisierung) wurde die Möglichkeit einer von der Reproduktion entkoppelten Sexualität geschaffen. Für Männer und insbesondere für Frauen ergab sich die Möglichkeit, auf eigene Initiative und selbstbestimmt, das reproduktive Element der Konzeption (Zeugung) von der Sexualität zuverlässig zu separieren.

Darüber hinaus wurde mit der Geburt von *Louise Joy Brown* am 25.07.1978, als erstem mittels „In-Vitro-Fertilisation“ (IVF: „im Reagenzglas“) gezeugten Kind, eine Art Startschuss für die Realisierung der umgekehrten Trennung der Reproduktion von der Sexualität gegeben: Seither wurden auf dieser Trennung basierende neue ART-Methoden eingeführt und rasant weiter entwickelt, die eine mittlerweile etablierte vollständige Entkopplung von Fortpflanzung, Sexualität und Partnerschaft ermöglichen. Benagiano et al. haben darauf aufmerksam gemacht, dass aus dieser Trennung von sexueller Aktivität und Reproduktion nicht nur Konsequenzen für individuelle Bindungspartner resultieren, sondern sich ebenso ethische und gesellschaftliche Veränderungen (auch für die Weltreligionen!) ausbilden, etwa durch komplexe Umgestaltungen herkömmlicher tradierter Formen von Familie und Elternschaft (Benagiano et al., 2010; Benagiano et al., 2012) – was sich exemplarisch durch den deutschsprachigen Begriff der „Regenbogenfamilie“ veranschaulichen lässt.

Zu betonen ist ferner, dass der Eintritt der Menopause auch eine Art „natürliche“ Trennung von Sexualität und Fortpflanzung darstellt bzw. in der Vergangenheit bedeutet hat. In der modernen Multi-Options-Gesellschaft ist auch diese natürliche Trennung aufgehoben und es obliegt jeder/m Einzelnen, sich auch nach der Menopause der Reproduktionsmedizin zu bedienen und entsprechende Fertilisierungs-Produkte als Medizin-

dienstleistungen zu erwerben, die lebenslange Fortpflanzungsoptionen ausloben. Wie es dabei um die realen Erfolgsquoten (und die pekuniären Interessen) bestellt ist, steht auf einem anderen Blatt.

Wegen der restriktiveren Handhabung reproduktionsmedizinischer Methoden und Verfahren in Deutschland ist es kein Zufall, dass die vorgestellten Kasuistiken der Gruppe 4 fast ausschließlich aus dem Ausland berichtet werden³. Sie erscheinen überwiegend als pragmatische und deshalb unkritische Kinderwunscherfüllung (gegen gutes Geld) und zeigen damit eine Reduktion der Bedeutung von medizinischen Maßnahmen auf das technisch Machbare, auch jenseits ethischer Abwägungen, etwa, wenn Frauen gleichzeitig Mutter und Großmutter werden, oder zeigen weitere Grenzüberschreitungen auf, wenn sie als Leihmutter ihrer eigenen homosexuellen Söhne und sterilen Töchter fungieren. Die Produkte auf dem Markt der Reproduktionsmedizin muten als eine Art „fertilitäts-technologischer Baukasten“ an, mit schier grenzenlosen Möglichkeiten, der auch nicht vor der Befruchtung von „sehr alten Frauen“ im Sinne von Greisinnen zurückschreckt. Das anschließende Kindeswohl bleibt vollständig unberücksichtigt. So scheint, zumindest außerhalb Europas, eine Art Toyotaisierung der Reproduktionsmedizin zum Ausdruck zu kommen: Nichts ist unmöglich! Size does matter! Der Zweck heiligt alle Mittel! Erfolg gibt Recht! Und Geld stinkt nicht!

Die Gefeierten (englisch „Celebrities“) der **Gruppe 5** (*Die Reichen und die Schönen*) zeigen auf, dass gerade auch die Reichen und Schönen reproduktionsmedizinische Dienstleistungsprodukte gerne in Anspruch nehmen, weil sie auch aus anderen Lebensbereichen gewohnt sind, sich mit unbeschränkten finanziellen Mitteln alle erdenklichen Wünsche einschränkungslos zu erfüllen. Warum sollte der Bereich der Fortpflanzung davon ausgenommen sein?

So erklärt sich der (übersteigerte?) Wunsch nach möglichst vielen Kindern, wie im geschilderten Beispiel von „Brangelina“, angesichts des Panoptikums der exotischen Herkunftsländer der adoptierten Kinder. Aber auch der angeblich als Stress empfundene und bezeichnete und daher vermiedene Versuch, auf natürliche Weise schwanger zu werden, scheint mit einem gleichartigen Charakter in den exotischen Serienadoptionen der Popsängerin Madonna auf, sowie in Äußerungen der Schauspielerin Nicole Kidman, die die von ihr „benutzte“ Leihmutter für ihre leibliche, besser genetische

³ Bei der einzigen Deutschen (64 Jahre) wurde im Ausland eine gespendete Eizelle, befruchtet mit dem Samen ihres Ehemannes, eingesetzt; die Geburt erfolgte in Deutschland (<http://www.n-tv.de/panorama/64-Jaehrige-bringt-Kind-zur-Welt-article280451.html>, 02.12.2007).

Tochter als „gestational carrier“ bezeichnete, was sich frei mit „Brutmaschine“ übersetzen lässt (<http://www.n-tv.de/leute/Kritik-an-Kidmans-Wortwahl-article2397961.html>, 19.01.2011). Auch der „Star“ aus „Sex and the City“ (sic!), Jessica Parker, hat sich für die, mit dem Sperma ihres Ehemannes Matthew Broderick gezeugten Zwillinge einer Leihmutter bedient (<http://www.n-tv.de/leute/Zwillinge-fuer-Parker-und-Broderick-article379236.html>, 23.06.2009), ebenso wie Dennis Quaid und seine damals 35 Jahre alte Frau Kimberly (<http://www.n-tv.de/archiv/Quaids-Zwillinge-in-Klinik-article243754.html>, 21.11.2007), die bezogen auf ihr Lebensalter durchaus selber ein Kind hätte austragen und gebären können. Auch an den in diesem Kontext oft geäußerten Aspekten, dass man, während eine Leihmutter das eigene Kind austrägt, im Job bzw. im Geschäft bleiben könne und dass man auf diese Weise sein Aussehen bzw. seine Figur schonen bzw. nicht „ruinieren“ wolle und könne, verweisen auf einen Umgang mit der eigenen Fortpflanzung in einer pragmatisch-zweckrationalen Dienstleistungs- und Outsourcing-Mentalität, zu der die industrielle Reproduktionsmedizin die passenden „Lösungen“ anbietet. Wozu etwas selber machen, was man auch einen anderen für sich machen lassen kann. Was das bedeutet, wird nur jeder für sich selbst ermesen können.

Die Kasuistiken in der **Gruppe 6** (*Geht nicht, gibt's nicht*) fallen vor allem durch die in ihnen zum Ausdruck kommenden Extreme auf: So ist es im ersten Fall die reproduktionsmedizinisch sensationelle Geburt von lebenden Achtlingen, begleitet von einer unheilvollen „Zusammenarbeit“ mit Sensationsmedien, letztlich auch mit der Porno-Industrie, als Möglichkeit zur Finanzierung von 14 Kindern, welche sich die ausbildungs-, berufs- und arbeitslose, alleinstehende, gelegentlich-prostituierte Protagonistin, mit bereits sechs bei ihr lebenden, leiblichen Kindern, durch Inanspruchnahme einer weiteren reproduktionsmedizinischen Dienstleistung angeschafft hat.

Alle Kinder wurden durch ART nicht nur ge-, sondern vielmehr erzeugt und im Falle der Achtlinge augenscheinlich gegen festgeschriebene reproduktionsmedizinische Kodizes bzw. Standards. In der Fallschilderung wird aus psychopathologischer Perspektive zudem deutlich, wie sehr der Wunsch nach möglichst vielen eigenen Kindern letztlich auch als kompensatorische Plombe für nicht sicher erlebte Bindungen dienen kann: Mangelnde Qualität menschlicher Bindungen soll hier mutmaßlich durch maximale Quantität abhängiger Angehöriger kompensiert werden. Hier könnte auch der sog. „Auro-rismus“ eine Rolle spielen, also eine spezielle Form des sozialen Missbrauchs von Kindern als Selbstobjekt bzw. als Selbstersatz (siehe unten).

Auch im Falle von Thomas Beatie spielt die Allmacht der Machbarkeit der Medizin eine wesentliche Rolle: Die Konstellation einer bzw. mehrerer statt geübten Schwangerschaften und Geburten, bei einer, wegen angeblicher Transsexualität zu einer männlichen Person umoperierten Frau, wurde nur möglich, weil eine eigentlich indikationsadäquate, geschlechtsangleichende Operation im Unterleib (Entfernung von Gebärmutter und Eierstöcken) unterblieb. Diese Schwangerschafts-Konstellation stellte ebenfalls eine reproduktionsmedizinische Sensation und natürlich ein allgemeines Faszinosum dar, wobei vor allem erneut die besondere Art der Grenzüberschreitung ausschlaggebend sein dürfte, nämlich das Schwangerwerden und Gebären, als ureigenste Eigenschaften der Frau, bei einem „vermeintlichen“ Mann. Durch die Nichtbeschränkung auf ein einmaliges Ereignis, sondern das Wiederholen als quasi seriellen Prozess wird diese Grenzüberschreitung institutionalisiert, in ihrer Wiederholung gleichsam normalisiert und entsprechend gender-politisch bewirtschaftet.

Die besondere Grenzüberschreitung (Schwangerschaft ohne herkömmliche Geschlechtszuordnung) vermag offenbar für spezielle, gesellschaftspolitische Interessensgruppen aus dem sog. *Gender*-Bereich (Inter- und Transgender-Bewegung) einen ganz außerordentlichen Reiz auszuüben und nach einer Art alltäglicher Be-(s)tätigung zu verlangen, um gleichsam als besonderheitslose Routine gelten zu können: In QUEER.DE wird darauf hingewiesen, dass im Gegensatz zu Berichten in den Boulevardmedien die Mutterschaft der Männer kein neues Phänomen, sondern immer schon vorgekommen sei (http://www.queer.de/detail.php?article_id=15945, 16.02.2012). Folgerichtig ist daher auch, dass dieses nicht der einzige aktuelle Fall ist: Der erste schwangere, angebliche Mann erwartete Zwillinge (<http://www.vol.at/transsexueller-erster-schwangerer-mann-spaniens/news-20090323-04205336>, 23.03.2009); allerdings kam es zu einer Fehlgeburt (<http://talk.excite.de/schwangerer-spanier-erleidet-fehlgeburt-N29035.html>, 11.06.2009).

In den bezüglichen Beiträgen der einschlägigen Internetportale wird jeweils die „Normalität“ dieser Vorgänge suggeriert und betont. Die inhärente politische Logik lautet: Geschlechtlichkeit ist eine sozial-normative Konstruktion ohne biologisches Korrelat und kann daher von jedem Individuum beliebig selbst definiert und offen gelassen oder festgelegt oder auch (re-)korrigiert werden. Weil das eigene Geschlecht also eigener Wahlfreiheit unterliegt, kann damit auch die „normale“ Grenzüberschreitung einhergehen, die eigene freie Wahl zu treffen, ob eine Schwangerschaft stattfinden soll, egal, ob bei einem Mann oder einer Frau. Die Überwindung der Beschränkung auf zwei Geschlechter erhält damit einen neuen Status von Normalität. Geschlecht und folglich

auch geschlechtsspezifische Eigenschaften sind sozio-normative Konstrukte und unterliegen damit jedweder Beliebigkeit, Veränderbarkeit, Wechselbarkeit und Austauschbarkeit mittels einzufordernder medizinischer Machbarkeiten. Auch Thomas Beatie unterstreicht in seinen Interviewäußerungen wiederholt in verschiedenen Nuancen die totale Normalität seines Falles. Zum Beispiel im oben beschriebenen Interview im Schwulenmagazin *The Advocate* durch den Hinweis auf den (unstrittigen) „menschlichen Wunsch nach einem Kind“ und auf durch die Schwangerschaft und Geburt zu erreichende „ganz normale Familie“. Es fällt auf, dass in allen Berichten Beatie wiedergegeben wird mit seinem, von ihm betonten eigenen Recht auf Schwangerschaft und der damit verbundenen Normalität. Eine kritische Reflexion der weitergehenden Bedeutung solcher Geschlechtsverkehren und Grenzüberschreitungen fehlt in der einschlägigen Berichterstattung genau so, wie jedwede Abwägung in Bezug auf die so entstehenden Kinder und deren Kindwohl. Es scheint prinzipiell um die Reklamation der Erfüllung ubiquitärer Bedürfnisse, in eigentlich unlösbarer Verknüpfung mit nicht gegebenen körperlichen Voraussetzungen zu gehen, wozu einklagbare Medizindienstleistungen den probaten Lösungsweg darzustellen scheinen, deren Vorenthaltung als Menschenrechtsverletzung zu ahnden ist.

Welche weitergehenden, auch verwaltungsrechtlichen Implikationen diese Phänomene mit sich bringen, zeigen die berichteten Hindernisse bei der angestrebten Scheidung in der ersten Ehe von Thomas Beatie: Die Richter im zuständigen Bundesstaat Arizona zweifeln die Rechtmäßigkeit der Ehe an, weil beide Partner zum Zeitpunkt der Eheschließung die gleichen Geschlechtsmerkmale aufgewiesen hätten – Ehen gleichgeschlechtlicher Partner in Arizona seien aber illegal und können somit auch nicht geschieden werden. Auf den Hinweis von Beatie, er und seine Frau galten bei der Heirat auf Hawaii offiziell als heterosexuelles Paar (auch sein Pass weise ihn als Mann aus), verweisen die Richter darauf, dass Beatie 3 Kinder zur Welt gebracht habe und dies eine Befähigung ausweise, die aus juristischer Sicht ausschließlich Frauen vorbehalten sei (<http://www.bild.de/news/ausland/transsexuell/schwangerer-mann-will-viertes-kind-mit-neuer-freundin-26039274.bild.html>, 05.09.2012; <http://www.viva.tv/news/15823-schwangerer-mann-darf-er-sich-nicht-scheiden-lassen>, 15.08.2012).

Die beiden Frauen mit Uterustransplantation in Schweden veranschaulichen den besonderen Wettbewerb, der in der Reproduktionsmedizin – immanent – zu herrschen scheint: Zwar waren die schwedischen Mediziner nicht die ersten, die eine Uterustransplantation überhaupt durchführten – zuvor gab es solche Operationen in Saudi-Arabien und der Türkei (Hansen, 2012). Die Ver-

wendung der mütterlichen Gebärmutter für die Töchter stellte aber eine Weltneuheit dar. Die Kommentare der schwedischen Operateure erschöpfen sich in der Erörterung medizinischer Risiken, technischer Machbarkeiten und statistischer Erfolgsaussichten der Operation. Insbesondere die immunologischen Vorteile ihres Eingriffs für die Produktion einer späteren Schwangerschaft sind Gegenstand ihrer Ausführungen: Risikominimierung von immunologischen Abstoßungsreaktionen durch die erstgradige Blutsverwandtschaft von Spenderin und Empfängerin; die bewiesene Gebrauchstüchtigkeit der Gebärmutter der Mutter (Spenderin), in welcher die Tochter (Empfängerin) ja bereits vor 30 Jahren selber ausgetragen wurde. Darüber hinaus die obligate Reversibilität der Transplantation nach erfolgreicher Schwangerschaft, wenn durch eine erneute Operation die Gebärmutter der Mutter wieder aus dem Leib der Tochter entfernt wird (nachdem die Tochter mit der Gebärmutter ihrer Mutter Mutter geworden ist).

Ethische Aspekte werden, wenn überhaupt, allenfalls indirekt angesprochen, etwa wenn betont wird, dass es den Operateuren nicht darum gehe, vor allem älteren Frauen zu Kindern zu verhelfen (<http://www.vaterland.li/index.cfm?id=117962&source=sda&ressort=home>, 19.09.2012). Vom Vorsitzendem der Deutschen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin wurden die Transplantationen als „ethisch absolut grenzwertig“ bezeichnet (<http://www.n-tv.de/wissen/Gebaermutter-transplantiert-article7585461.html>, 18.09.2012).

Bei der Betrachtung der extrem kinderreichen Frauen (bzw. Paare) der **Gruppe 7** (*Ihr Kinderlein kommet*) geht es nicht darum, eine zulässige obere Kinderzahl zu definieren und Abweichungen davon zu stigmatisieren. Reflektiert werden soll lediglich, dass es im ersten Fall wiederum die Reproduktionsmedizin ist, die eine so extreme Anzahl von leiblichen Kindern überhaupt erst möglich macht. Und dass selbst nach Ablehnung weiterer Fertilisierungs-Behandlungen seitens der Mediziner die Paare heutzutage auch dieses „erweiterte“ reproduktive Geschehen (trotz oder gerade wegen einer angeblich eindeutigen Sterilitätsursache des Mannes) in die eigenen Hände nehmen. Do it yourself, dank frei verfügbarer Spermien im Online-Handel, in 12 Stunden zeugungsfrisch geliefert frei Haus. In den beiden anderen Fällen dienen obendrein fundamental-religiöse Überzeugungen als Mit-Begründung für unbegrenzten Kindersegen, und zwar über ein moraltheologisches (hier eigentlich kirchlich-apologetisches) Verbot, Kontrazeptiva zu verwenden und zu akzeptieren. Hier wird also wiederum, fundamentalistisch-ideologisch motiviert, Sexualität und Fortpflanzung als untrennbare Einheit normativ definiert und ausgelebt. Es werden, im Namen der Gottväter, dut-

zende Kinder re-produziert – wenn nicht auf natürlichem Wege, dann reproduktionsmedizinisch – und das Resultat unüberschaubarer (und für die vielen Kinder fraglich entwicklungsfördernder) Großfamilien wird dann als Gottes Wille etikettiert und proklamiert. Auf der anderen Seite werden medizinisch notwendige Maßnahmen aus fundamentalistisch-religiöser Ideologie abgelehnt (Bluttransfusionen nach Unfällen oder Operationen, Organtransplantationen, Schwangerschaftsabbrüche nach Vergewaltigungen oder sogar bei schwersten kindlichen und mit dem Leben unvereinbaren vorgeburtlichen Befunden etc.). Die fragliche zugrundeliegende Problematik aufseiten der Eltern, die zu derart eskalierten Fortpflanzungsambitionen führt, wird geleugnet und stattdessen als Segen Gottes deklariert. Auch hieran wird die sektenhafte Bigotterie fundamentalistischer Glaubensgemeinschaften deutlich, die in Nordamerika immerhin auch dazu führen, dass über ein Drittel der Gesamtbevölkerung aus sog. „Kreationisten“ besteht, die die evolutive Entwicklung des Menschen leugnen und ein alttestamentarisches, infantil-regressives „Paradies-Modell“ propagieren und sogar als Lehrinhalte in Schulen durchsetzen. Kurioserweise erscheint bei diesen Frauen / Paaren mit den vielen geborenen Kindern gerade das ausgelebt zu werden, was bei den Frauen mit serieller Kindestötung nicht sein darf: Es wird das Leben nicht nur weitgehend mit Fortpflanzung verbracht, sondern alle aus dieser neurotischen Fortpflanzungs-Überbedürftigkeit resultierenden Nachkommen müssen, können und sollen auch am Leben bleiben.

Die **Gruppe 8 (Sonstige)** schließlich zeigt noch weitere Partialphänomene auf: Aussetzungsfälle von Neugeborenen, wobei der Fall der Abfalltüte aus dem Flugzeug sicher die größten Fragen danach aufwerfen dürfte, wie das möglich ist bzw. war. Die Mutter musste hochschwanger die Flugreise angetreten und entbunden das Flugzeug wieder verlassen haben? Sie musste das Kind (unbemerkt?) während des Fluges auf der Flugzeugtoilette geboren, entbunden und entsorgt haben und danach auf ihren Platz zurückgekehrt sein und ihre Reise fortgesetzt haben? Die Geburt müsste so schnell gegangen sein und so wenig Geräusche und Spuren hinterlassen haben, dass die Flugzeugtoilette danach beanstandungslos weiter benutzt werden konnte? All diese Umstände erscheinen ganz und gar ungeheuerlich und unglaublich.

Die vergleichsweise restriktiveren gesetzlichen Regelungen zur ART in Deutschland haben zu einem nicht unbeträchtlichen Reproduktionstourismus von deutschen Paaren vorwiegend in angrenzende und näher liegende europäische Länder geführt, wo beispielsweise Leihmutterchaft und Eizellspende weitaus großzügiger gehand-

habt werden. Damit einhergehende juristische Probleme wurden oben exemplifiziert. Abzuwarten bleibt, nachdem bereits Änderungen gesetzlicher Regelungen etwa für die Präimplantationsdiagnostik erreicht wurden, inwiefern es auch für andere juristische Festlegungen im Bereich der Reproduktionsmedizin zu wesentlichen Änderungen und einhergehenden Auswirkungen kommt.

Die in dieser Gruppe behandelte Koma-Mutter aus Erlangen besticht in dem hier zur Diskussion gestellten Zusammenhang weniger durch die weltweite Einmaligkeit einer Fortsetzung der Schwangerschaft und Geburt bei einer Koma-Patientin. Bedeutsam ist vielmehr, dass eine ganz frühe Einbindung einer Ethik-Kommission erfolgte, was für viele andere der vorgestellten Fälle mehr als sinnvoll gewesen wäre und als sehr dringend angeraten erscheint.

Vorschläge für die Klassifizierung der Störungen der sexuellen Fortpflanzung

In Übereinstimmung mit den üblichen DSM-Definitionen lässt sich folgendes als Merkmal für die Störungen der sexuellen Fortpflanzung formulieren, mit einer darauf aufbauenden Klassifizierung incl. Untergruppen:

Störungen der sexuellen Fortpflanzung (nicht bedingt durch andere Erkrankungen u. / o. Substanzwirkungen) sind charakterisiert durch psychische Beeinträchtigungen der Fortpflanzung in ihren unterschiedlichen Phasen: Zeugung, Schwangerschaft, Geburt sowie Kindesannahme bzw. -behandlung des Neugeborenen. Die Störungen verursachen deutliches Leiden u. / o. zwischenmenschliche Schwierigkeiten, bis hin zu selbst- und fremdgefährdeten Ausprägungsformen.

An einigen Beispielen soll abschließend aufgezeigt werden, wie sich diese Klassifizierung mit den dargestellten Kasuistiken und darüber hinausgehenden Symptomatiken zusammen denken lässt (vgl. nachfolgende Tab. 2):

1. Präkonzeptionelle Störungen = vor der Konzeption / Zeugung

1.1 Die Form des neurotisch-kompensatorischen, desintegrierten Kinderwunsches (Kind um jeden Preis!) beschreibt die neurotisch übersteigerte Ausprägungsform eines unerfüllten Kinderwunsches, deren klinische Relevanz und Dysfunktionalität darin zum Ausdruck kommt, dass die betroffenen Frauen ihren Zustand als existenzielles Leid erleben und für die Erfüllung ihres Kinderwun-

Tab. 2: Störungen der sexuellen Fortpflanzung (F 69 / - - - -) *

1	Präkonzeptionelle Störungen	
1.1	Neurotisch-kompensatorischer, desintegrierter Kinderwunsch: Reproduktivität als Modus zur Selbstregulation und -stabilisation	(F 69.0 / - - - -) *
1.2	Eingebildete Schwangerschaft	(F 69.0 / - - - -) *
2	Pränatale Störungen	
2.1	Negierte Schwangerschaft	(F 69.0 / - - - -) *
	2.1.1. unbemerkt (verdrängt / nicht bewusst wahrgenommen)	
	2.1.2. verheimlicht (bewusst wahrgenommen)	
2.2	Serielle Schwangerschaftsabbrüche	(F 69.0 / - - - -) *
3	Postnatale Störungen	
3.1	Kindes-Abstoßung / -Vernachlässigung / -Misshandlung / -Missbrauch	(F 69.0 / - - - -) *
3.2	Kindes-Tötung	(F 69.0 / - - - -) *
3.3	Missbrauch des Kindes als „Selbstobjekt bzw. Selbstersatz“	(F 69.0 / - - - -) *

* Zuordnung unter die Rubrik F 69 (nach ICD-10): „Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung bei Erwachsenen“.

sches bereit sind, jeden Preis zu zahlen (ob finanziell oder sozial) und zur Not im wahrsten Sinne des Wortes „über Leichen zu gehen“. Sei es, im übertragenden Sinne, über die „Leichen“ ihrer beruflichen und sozialen Integration oder die ihrer partnerschaftlichen Beziehungen bzw. die ihrer Partner selbst oder im unmittelbaren Wortsinne über die Leichen von Müttern, die getötet werden, um ihnen ihre neugeborenen Kinder wegzunehmen oder ungeborene Kinder aus dem Bauch zu schneiden.

In diesem Sinne imponiert diese hypertrophierte Ausprägungsform eines Kinderwunsches als desintegriert, weil unverbunden mit allem Anderen und allen Anderen, letztlich auch mit dem ggf. so angeeigneten Kind. In klinischen Therapie-Situationen fällt bei solchen Betroffenen auf, dass eine Reflexion und Zur-Disposition-Stellung des Kinderwunsches vehement vermieden und abgewehrt wird und eine Szenario-Analyse (Was wäre, wenn kein Kind käme?) zur psychischen Dekompensation mit histrionisch anmutenden Weinkrämpfen und Nervenzusammenbrüchen führen kann. In diesen affektiven Exzessen wird die kompensatorische Qualität des Kinderwunsches dramatisch sichtbar: Die Erfüllung des Kinderwunsches hat eigentlich die Funktion der Selbstregulation und -stabilisation für die betroffene Frau und dient als Korsett und Krücke eines brüchigen Selbstkonzeptes und einer atrophierten Eigenidentität. Eine Relativierung der Relevanz einer Kinderwunscherfüllung ist so gut wie unmöglich. Selbst gegen den expliziten Wunsch des Partners und unter Androhung, im Falle einer Schwangerschaft die Beziehung zu beenden,

ist es den Betroffenen so gut wie unmöglich, sich von der unbedingten Erfüllung ihres Kinderwunsches zu distanzieren. Mitunter wird die Erfüllung des Kinderwunsches heimlich oder gegen den Wunsch des Partners offensiv reproduktionsmedizinisch betrieben, unter Inkaufnahme des resultierenden Vertrauensbruches gegenüber dem Partner.

An dieser Ausprägung wird auch erkennbar, dass ein neurotisch-kompensatorischer, desintegrierter Kinderwunsch die Durchführung einer Paar-Sexualtherapie (möglicherweise zur Erfüllung eines Kinderwunsches) unmöglich macht und vielmehr als Kontraindikation zu sehen ist. In einer extremeren Manifestation findet sich diese Dynamik bei Frauen, die ein Kind „lediglich“ entführt haben. In radikalster Ausprägung handelt es sich bei den Betroffenen mutmaßlich um jene Frauen, die sich gewalttätig Kinder angeeignet haben.

Auch für eine Reihe von Frauen / Paaren in Kinderwunschsprechstunden dürfte ein solcherart kompensatorischer, desintegrierter Kinderwunsch zutreffen. Hintergrund könnte auch ein Insuffizienzerleben sein, ausgelöst zum Beispiel durch vorherige Fehlgeburten, die als reproduktive Impotenz bewertet und dadurch fehlerverarbeitet werden und nach einer kompensatorischen Wiedergutmachung verlangen.

1.2 Die eingebildete Schwangerschaft (syn. *grossesse nerveuse*) lässt sich als psychodynamisches Gegenstück zur nicht wahrgenommenen / verdrängten Schwangerschaft auffassen: Die autosuggestive Überzeugung, schwan-

ger zu sein, kann so ausgeprägt sein, dass auch Ärzte getäuscht werden können, die dann Kindsbewegungen ertasten und Herztöne hören. Auch dabei wurden, nach Aufdeckung der eingebildeten Schwangerschaft, Kindesentführungen berichtet (Wille et al., 1994).

Hier wird der überwertige Kinderwunsch primär den präkonzeptionellen Störungen zugeordnet; dieser kann aber auch bei Frauen der **Gruppe 7** (viele leibliche Kinder) und der **Gruppe 3** (serielle Neonaticide) beteiligt sein, so dass auch eine nachgeburtliche Subform bzw. eine nachgeburtliche Realisierung angenommen werden kann.

Interessanterweise wird im klinischen Kontext von der eingebildeten Schwangerschaft in den letzten Jahren kaum noch berichtet; sie ist fast nur noch historisch bekannt. Heutige, schnell verfügbare Schwangerschaftstests und Ultraschalluntersuchungen zum raschen Ausschluss einer Gravidität haben sicher zur gegenwärtigen Seltenheit der eingebildeten Schwangerschaft beigetragen. Es kann aber auch gemutmaßt werden, dass an ihre Stelle die verdrängte Schwangerschaft getreten sein könnte. War es früher eine (*die?*) prioritäre Aufgabe der Frau, Kinder zu gebären, hat sich im Zuge gesellschaftlicher Veränderungen (auch durch die Frauenbewegung) eine deutliche Korrektur entwickelt, weg vom traditionellen Bild der Frau im Heim und am Herd – damit einhergehend eine Abkehr vom „Gebärzwang“. Wenn in der Symptomatik der „*grossesse nerveuse*“ die gewünschte und erwartete Leistung erbracht wird, kann eine Änderung / Umkehrung des idealtypischen Frauenbildes zur Ablösung der eingebildeten Schwangerschaft hin zur Ausbildung der nicht wahrgenommenen Gravidität geführt haben. Wissenschaftlich fundierte Untersuchungen fehlen auch hier.

2. Pränatale Störungen = nach Konzeption / Zeugung, aber vor der Geburt: Der Terminus „negierte Schwangerschaft“ wurde vorgeschlagen als Oberbegriff für die beiden Unterformen a) unbemerkte (verdrängte / nicht bewusst wahrgenommene) sowie b) verheimlichte (bewusst wahrgenommene) Schwangerschaften. Da sich keine auffälligen Unterschiede zwischen Müttern mit verheimlichter und verdrängter Schwangerschaften fanden, ist die Zusammenfassung in einer gemeinsamen Obergruppe ‚negierte Schwangerschaft‘ berechtigt (Negierung nach innen = Verdrängung, Negierung nach außen = Verheimlichung) (Beier et al., 2006). Das Phänomen der unbemerkten Schwangerschaft ist lange bekannt; die historisch wohl erste wissenschaftliche Fallsammlung damals sog. „Schwangerschaftsverkennungen“ dürfte die Dissertation von Tacke gewesen sein (Tacke, 1940), über 23 Fälle aus den vorherigen 100 Jahren.

Die zweite Hauptgruppe bei den pränatalen Formen betrifft Frauen mit vielfachen, d.h., seriellen Schwangerschaftsabbrüchen. Rational sind viele, im Einzelfall mehr als 10 (serielle) Abbrüche, nicht einfach zu erklären, gerade in Zeiten vieler und gut verfügbarer sicherer Kontrazeptiva. Auch hier ließe sich eine neurotisch-kompensatorische Form eines nicht-integrierten Kinderwunsches postulieren. Offenbar geht es den Frauen nicht um Geburten und Kinder, sondern um die immer wieder notwendige (?) Rückvergewisserung über das Weiterbestehen ihrer reproduktiven Potenz = schwanger werden zu können – und damit gerade nicht um einen Kinderwunsch, also die Wunscherfüllung nach einem realen Kind. Beier beschreibt dazu folgende Äußerungen einer 31-jährigen Goldschmiedin, ein Kind und neun Abbrüche:

„Wenn ich mir vornehme, dass mir das nie wieder passiert, dann ist das eine verstandesmäßige Entscheidung. Aber in der Situation, in der ich schwanger werde, ist mein Verstand ich weiß nicht wo. Es reicht nie aus, mich zu einem anderen Verhalten zu bringen [...]. Mittlerweile frage ich mich auch, wie so werde ich eigentlich immer wieder schwanger. Ich habe das Gefühl, es ist der Wunsch nach einem anderen Leben. Dass ich irgend etwas suche. Ich glaube auf jeden Fall, dass etwas anderes dahinter steckt als einfach nur Zufall [...]. Sexualität hieß für mich immer Liebe zu bekommen, geliebt zu werden [...]. Diese Liebe sichtbar zu machen ist wohl auch ein Teil der immer wiederkehrenden Schwangerschaften. Mein Gefühl, das ist mein Wunsch, geliebt zu werden, Frau zu sein, Kinder zu bekommen“ (Beier, 1995).

3. Postnatale Störungen = nach der Geburt: Bei dieser Form geht es um nachgeburtliche Verhaltensweisen dem Kind gegenüber. In den Kasuistiken haben wir uns methodisch beschränkt auf die Neugeborenenperiode, damit einhergehend treten die beschriebenen Neonaticide auf – die wohl extremste, weil mit dem Tod des Neugeborenen einhergehende Subgruppe. Die unter 3.1 genannten weiteren Formen jenseits der Neugeborenenperiode stellen auch in der Presse immer wieder beschriebene Formen dar, wo Kindern sehr unterschiedliche Arten von Gewalt angetan werden, im Extremfall etwa auch durch Verhungern oder Verdursten. In diesen Subgruppen scheint das Überwiegen von Frauen beim Tätergeschlecht nicht so ausgeprägt sein.

Mit der Untergruppe 3.3 (Missbrauch des Kindes als Selbstobjekt und Selbstersatz) wurde eine weitere spezielle Ausprägung von Beier (1995) beschrieben, der sog. „*Aurorismus*“: Dabei wird das Kind von der Mutter als Substitut für die eigene Identität „benutzt“ und damit als Selbstobjekt missbraucht.

Anhand eines historischen Beispiels der Spanierin *Aurora Rodriguez* (1890 bis wahrscheinlich 1955) und ihrer Tochter *Hildegart* wird eine ganz besondere Form der Reproduktionsverwirklichung aufgezeigt: die außerordentliche Lebensentwicklung ihrer Tochter resultiert für die Mutter in einer Selbstvergewisserung der eigenen Weiblichkeit, dadurch wird eine intensive Bedeutung und Mächtigkeit auf mütterlicher Seite erlebt, wobei es zusammen mit einer Zurückdrängung von Selbstzweifeln zur eigenen Identitätsfestigung kommt – das Kind wird zum Substitut der mütterlichen Wünsche und Bedürfnisse (Beier, 1995; Beier et al., 2005). Für den *Aurorismus* gilt demnach, dass der zentrale Konflikt der Mutter in der Reproduktion thematisiert ist; er überlagert die Beziehung zum Kind, das zum Surrogat ihrer eigenen Identität und damit ihrer selbst wird.

Diese spezielle *Aurorismus*-Form des Missbrauchs des Kindes zur Kompensation mütterlicher Identitätsnöte könnte in abgewandelter Form mutmaßlich bei der sog. *Octomom* (s.o.) mitbeteiligt sein: Kinder als Symbol der Sehnsucht nach einer riesigen Familie mit sicheren Bindungen zur Kompensation ihrer inneren Verlassenheitsgefühle und emotionalen Einsamkeit. Denkbar ist weiterhin auch eine spezifische Beteiligung bei den Frauen der Gruppe 7 mit der Vielzahl eigener Kinder, möglicherweise zudem bei den Frauen mit einer seriellen Wiederholung des Zustandes der Schwangerschaft, ohne Geburt von Kindern.

Das Ziel dieses Betrages ist, die empirische Vielfalt und pathologische Phänomenologie von Umgangsweisen und Geschnehnissen rund um den Lebensbereich der Fortpflanzung als eine mögliche, eigenständige Kategorie im Spektrum der Sexualstörungen, nämlich als „Störungen der Fortpflanzung“ darzustellen, und zwar insbesondere über bisherige Ansätze (verdrängte / verheimlichte bzw. negierte Schwangerschaft) hinaus. Deutlich geworden ist, dass bei einer erweiterten Perspektive die Spannweite der aufgezeigten reproduktiven Auffälligkeiten enorm ist, deutlich umfassender als bisher in der Literatur diskutiert. Es konnten eine Reihe von ungewöhnlichen und möglicherweise bisher auch so nicht gedachten Befunden und Interpretationen aufgezeigt werden. Damit ist auch die Möglichkeit gegeben, für dieses, bisher nur wenig beachtete und beforschte Feld eine breitere wissenschaftliche Beschäftigung zu stimulieren. Zugleich erscheint es sinnvoll, das theoretische Modell der *Reproversion* zu evaluieren und die vorgeschlagene Klassifikation zu ergänzen und zu erweitern. Die Autoren vertreten den Standpunkt, dass eine intensivere Beschäftigung mit diesen Phänomenen wünschenswert und eine verstärkte sexualpsychologische Beforschung notwendig wäre.

Als gruppenübergreifende Merkmale konnten anhand der Kasuistiken besondere Merkmale identifiziert werden: Zum einen in der Form von Grenzüberschreitungen, etwa die Tötung schwangerer Frauen, um sich der Kinder zu bemächtigen; intrafamiliäre Anwendungen von Methoden der ART; geschlechtsübergreifende Merkmale in Form gebärender Männer. Weiterhin wurde ein serieller Charakter von Phänomenen deutlich: Wieder- und wiederholte künstliche Befruchtungen, bis hin zu Frauen mit duzendfachen Geburten inklusive mit wiederholten Mehrfachgeburten. Nichts ist unmöglich in der Reproduktionsmedizin – die Fertilisierungsmöglichkeiten sind grenzenlos und beliebig.

Die Störungen der sexuellen Fortpflanzung sind in den internationalen Klassifikationssystemen (DSM oder ICD) weiterhin nicht enthalten. Bereits früher wurde angeregt, diesen Indikationsbereich bei künftigen Ergänzungen der Klassifikationssysteme aufzunehmen (Ahlers et al., 2005; Beier et al., 2006). Eine Forderung, die angesichts des deutlich gewordenen, breiten Spektrums von Störungen im reproduktiven Bereich mehr als sinnvoll erscheint und der damit einhergehenden Initiierung und Stärkung weitergehender wissenschaftlicher Aktivitäten Vorschub leisten möge.

Literatur

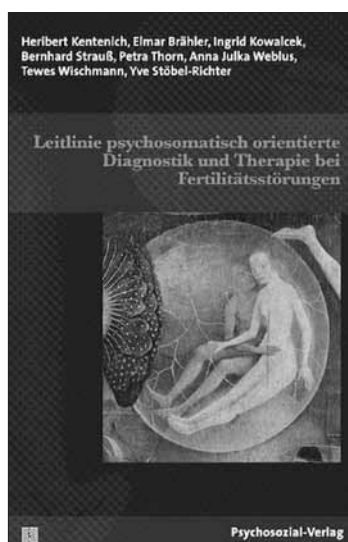
- Ahlers, Ch.J., Schaefer, G.A., Beier, K.M., 2005. Das Spektrum der Sexualstörungen und ihre Klassifizierbarkeit im ICD-10 und DSM-IV. *Sexuologie* 12, 120–152.
- Ammerer, G., 2003. Anatomische Sektion und Gerichtsmedizin. Zur Rolle der Ärzte in den Strafverfahren und den Diskursen um den Kindsmord im 18. Jahrhundert. In: Helm, J., Stukenbrock, K. (Hg.), *Anatomie. Sektionen einer medizinischen Wissenschaft im 18. Jahrhundert*. Franz Steiner Verlag, Stuttgart, 241–268.
- Beier, K.M., 1995. *Aurorismus*: Klinische Erscheinungsform einer ‚weiblichen Analogie‘ zur Perversion. *Geburtsh. Frauenheilk.* 55, 323–330.
- Beier, K.M., Loewit, K., 2004. *Lust in Beziehung*. Einführung in die Syndyastische Sexualtherapie. Springer, Berlin, Heidelberg, New York.
- Beier, K.M., Bosinski, H.A.G., Loewit, K., 2005. *Sexualmedizin*, 2. Aufl., Urban & Fischer, München, Jena.
- Beier, K.M., Wille, R., Wessel, J., 2006. Denial of pregnancy as a reproductive dysfunction: a proposal for international classification systems. *J. Psychosom. Res.* 61, 723–730.
- Benagiano, G., Carrara, S., Filippi, V., 2010. Sex and reproduction: an evolving relationship. *Hum. Reprod. Update* 16, 96–107.
- Benagiano, G., Carrara, S., Filippi, V., 2012. Social and ethical determinants of sexuality: 4. Sexuality and families. *Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care*, 17, 329–339.
- Bloch, I., 1906. *Das Sexuelleben unserer Zeit*. Marcus, Berlin.
- Brezinka, C., Huter, O., Biebl, W., Kinzl, J., 1994. Denial of pregnan-

- cy: obstetrical aspects. *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.* 1, 1–8.
- Danner, C., Pacher, M., Ambach, E., Brezinka, C., 2005. Anonyme Geburt und Kindestötung in Tirol. *Z. Geburtshilfe Neonatol.* 209, 192–198.
- Deutscher Bundestag: Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Möglichkeit zur vertraulichen Geburt einhellig begrüßt. http://www.bundestag.de/presse/hib/2013_05/2013_259/03.html 13.5.2013.
- Friedman, S.H., Heneghan, A., Rosenthal, M., 2007. Characteristics of Women Who Deny or Conceal Pregnancy. *Psychosomatics* 48, 117–122.
- Klier, C.M., Grylli, C., Amon, S., Fiala, C., Weizmann-Henelius, G., Pruitt, S.L., Putkonen, H., 2013. Is the introduction of anonymous delivery associated with a reduction of high neonaticide rates in Austria? A retrospective study. *BJOG* 120, 428–434.
- Köhn, K., 2005. Die Minus-Frau – ein Beitrag zu den Kindstötungen in Brieskow-Finkenheerd. *Der Kriminalist*, 403–404.
- Nirmal, D., Thijs, I., Bethel, J., Bhal, P.S., 2006. The incidence and outcome of concealed pregnancies among hospital deliveries: An 11-year population-based study in South Glamorgan. *J. Obstet. Gynaecol.* 26, 118–121.
- Rieser, S., 2008. Anonyme Geburt: Geburtshelfer wollen Rechtsicherheit. *Dtsch. Ärztebl.* 105, A668–669.
- Tacke, G., 1940. Verkenning von Schwangerschaft und ihre gerichtsmedizinische Bedeutung. *Med. Diss., Münster.*
- Wessel, J., 2003. Verdrängte Schwangerschaft. *Geburtsh. Frauenheilk.* 63, 577–580.
- Wessel, J., 2012. Vortrag: Störungen der sexuellen Reproduktion – zur Phänomenologie reprovener Alltagssymptomatik jenseits von verdrängten / verheimlichten bzw. negierten Schwangerschaften. Gemeinsame Jahrestagung für Sexualmedizin und Sexualtherapie der Österreichischen Akademie für Sexualmedizin (OEASM) und der Deutschen Gesellschaft für Sexualmedizin, Sexualtherapie und Sexualwissenschaft (DGSMTW) 2012 in Salzburg, 16.–18. November 2012.
- Wessel, J., Wille, R., Beier, K.M., 2007. Schwangerschaftsneugier als reproduktive Dysfunktion: Ein Vorschlag für die internationalen Klassifikationssysteme. *Sexuologie*, 14, 66–77.
- Wille, R., Beier, K.M., 1994. ‚Verdrängte‘ Schwangerschaft und Kindestötung: Theorie – Forensik – Klinik. *Sexuologie*, 2, 75–100.
- World Health Organisation (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders.*

Autoren

Priv.-Doz. Dr. med. Jens Wessel, Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin, Zentrum für Human- und Gesundheitswissenschaften Charité-Universitätsmedizin Berlin, Campus Mitte, Luisenstraße 57, D-10117 Berlin, e-mail: jens.wessel@charite.de

Dr. rer. med. Dipl.-Psych. Christoph J. Ahlers, Institut für Sexualpsychologie, Calvinstraße 23, 10557 Berlin, www.sexualpsychologie-berlin.de, e-mail: dr.ahlers@berlin.de



Heribert Kentenich, Elmar Brähler, Ingrid Kowalcek, Bernhard Strauß, Petra Thorn, Anna Julka Weblus, Tewes Wischmann, Yve Stöbel-Richter
Leitlinie psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen
Diagnostische Verfahren in der Sexualwissenschaft
Psychosozial-Verlag 2014, Reihe: Forschung Psychosozial
204 S., br., 24,90 €

Die Veröffentlichung der Leitlinie erfolgt in Abstimmung mit den AWMF-Fachgesellschaften Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland (BKID), Deutsche Gesellschaft für Analytische Psychologie (DGAP), Deutsche Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP), Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (DGPFH), Deutsche Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie (DGGG), Deutsche Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin (DGGEF), Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie e.V. (DGPT), Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft (DPG), Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (DPV) sowie unter Zustimmung der Patientenorganisation Wunschkind e.V.