



Psychosoziale Beratung in der Kinderwunschbehandlung

*Masterarbeit
Studiengang Angewandte Sexualwissenschaft*

vorgelegt von: Franziska Wasian
Matrikelnummer: 21784
Email-Adresse: franziskawasan@aol.com

Erstgutachter: Prof. Dr. Konrad Weller
Zweitgutachter: Prof. Dr. med. Prof. h.c. Jürgen Kleinstein

Abgabedatum: 30. Mai 2017

INHALT

1	Einleitung	5
2	Geschichtlicher Abriss der assistierten Reproduktion	7
3	Ungewollte Kinderlosigkeit	9
3.1	Prävalenz der ungewollten Kinderlosigkeit in Deutschland	9
3.2	Begriffsbestimmung: Sub-/In-Fertilität, Sterilität, assistierte Reproduktion....	10
3.3	Ursachen ungewollter Kinderlosigkeit.....	11
3.3.1	Organische Ursachen bei ungewollter Kinderlosigkeit.....	11
3.3.2	Funktionelle Störungen bei ungewollter Kinderlosigkeit	12
3.3.3	Idiopathische Störungen bei ungewollter Kinderlosigkeit.....	13
3.4	Einfluss des Alters auf ungewollte Kinderlosigkeit.....	14
3.5	Methoden der assistierten Reproduktion	15
3.5.1	Intrauterine Insemination	15
3.5.2	In-Vitro-Fertilisation.....	16
3.5.3	Intrazytoplasmatische Spermieninjektion.....	16
3.6	Rechtliche Verankerung der Reproduktionsmedizin in Deutschland.....	17
3.6.1	Grundrechte im Zusammenhang mit assistierter Reproduktion.....	17
3.6.2	Europäische Menschenrechtskonvention	18
3.6.3	Embryonenschutzgesetz.....	18
3.6.4	Fünftes Buch Sozialgesetzbuch.....	19
3.6.5	Landesförderung für Maßnahmen der assistierten Reproduktion in Sachsen-Anhalt.....	19
3.6.6	„Richtlinien über künstliche Befruchtung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen.....	20
3.6.7	(Muster-)Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der assistierten Reproduktion – Novelle 2006	20
3.7	Widerstand gegenüber assistierter Reproduktion.....	21
4	Der unerfüllte Kinderwunsch als Krise	23
4.1	Beratung - Begriffsbestimmung	24
4.2	Grundverständnis psychosozialer Beratung	25
4.3	Psychosoziale Beratung in der Kinderwunschbehandlung – Status Quo.....	26
5	Methodischer Zugang	28
5.1	Erkenntnisinteresse und entstandene Forschungsfragen	28
5.2	Qualitative Sozialforschung und der Ansatz der Qualitativen Inhaltsanalyse	30
5.2.1	Untersuchungsdesign – Subjektives Erleben der Kinderwunschbehandlung aus Sicht der Patientinnen.....	33

5.2.2	Stichprobe: subjektives Erleben der Kinderwunschbehandlung aus Sicht der Patientinnen	35
5.2.3	Durchführung: Interviews subjektives Erleben der Kinderwunschbehandlung aus Sicht der Patientinnen	36
5.2.4	Untersuchungsdesign Experteninterview	37
5.2.5	Stichprobe Experteninterview	38
5.2.6	Durchführung Experteninterview	38
5.3	Datenauswertung	39
5.3.1	Transkription	39
5.3.2	Auswertungsschritte in Anlehnung an die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010)	40
6	Ergebnisse	42
6.1	Basisemotionen	42
6.1.1	Trauer	42
6.1.2	Angst	43
6.1.3	Freude	44
6.2	Sekundäre Emotionen	44
6.2.1	Selbstzweifel	45
6.2.2	Hoffnung	45
6.2.3	Neid	46
6.3	Stressoren in der Kinderwunschbehandlung	46
6.3.1	Eizellpunktion	47
6.3.2	Fremdbestimmung	47
6.3.3	Hormone	48
6.3.4	Soziales Umfeld	49
6.3.5	Ungewissheiten	50
6.3.6	Sonstige Stressoren	51
6.4	Partnerschaft	51
6.4.1	Paarbeziehung	51
6.4.2	Paarsexualität	53
6.5	Ressourcen	53
6.5.1	Partnerschaft	54
6.5.2	Soziales Umfeld	54
6.5.3	Internet / Internetforen	55
6.5.4	Abgrenzung	56
6.5.5	Sonstige Ressourcen	56

6.6	Psychosoziale Beratung in der Kinderwunschbehandlung.....	56
6.6.1	Hürden bei der Inanspruchnahme von psychosozialer Beratung	57
6.6.2	Eingeschätzter Beratungsbedarf.....	59
6.6.3	Inhalte psychosozialer Beratung.....	60
7	Zusammenfassung und Ausblick	62
8	Abkürzungsverzeichnis	67
9	Literaturverzeichnis	68
10	Anhang	75

1 EINLEITUNG

Zum Lebensentwurf vieler Personen und Paare gehört auch (mindestens) ein Kind. Dem gegenüber steht der unerfüllte Kinderwunsch. 3-9% der Paare bleiben ungewollt kinderlos (vgl. Dorn & Wischmann; 484) und ein Viertel aller kinderlosen Frauen und Männer zwischen 20 und 50 Jahren gilt als ungewollt kinderlos (vgl. BMFSFJ 2014; 10). Wenn von ungewollter Kinderlosigkeit die Rede ist, dann sind alle Personen mit einem aktuell unerfüllten Kinderwunsch gemeint, unabhängig vom Status einer Partnerschaft. Ungewollte Kinderlosigkeit darf demnach verstanden werden als „subjektive Selbstverortung von Personen, die sich momentan ein Kind wünschen und bisher keines bekommen haben oder können“ (ebd.; 9). Diese Betrachtungsweise schließt somit gleichgeschlechtliche Frauen und Männer, Solo-Mütter und transgender Personen mit ein (vgl. Thorn 2015; 220). Den Fokus der vorliegenden Arbeit bilden jedoch Paare mit unerfülltem Kinderwunsch.

Zur Überwindung der ungewollten Kinderlosigkeit sind je nach Definition der Beobachtungseinheit 0,5-1,4 Millionen Paare auf Maßnahmen der Reproduktionsmedizin angewiesen (vgl. Dorn & Wischmann; 484). Ein Kind pro Schulklasse verdankt sein Leben rein statistisch künstlicher Befruchtung (vgl. Deutsches IVF-Register 2016; 10). Die assistierte Reproduktion (ART) sieht verschiedene Techniken vor, um mittels ärztlicher Hilfe den Kinderwunsch zu erfüllen (vgl. BÄK 2006; A1393). Auch wenn die Reproduktionsmedizin seit Einführung der In-Vitro-Fertilisation (IVF) 1978 sich permanent weiter entwickelt hat, so werden die Erfolgsaussichten zur Herbeiführung einer Schwangerschaft oft von den Patient*innen *überschätzt* (vgl. Wischmann & Stammer 2017; 21). Folge dessen kann eine überhöhte Erwartungshaltung sein, die in Enttäuschung umschlägt, sollte eine Schwangerschaft ausbleiben. Zusätzlich zur Tatsache, dass Infertilität häufig als „schlimmste emotionale Krise im Leben empfunden [wird]“ (Kleinschmidt, Thorn & Wischmann 2008; 118), wird auch die Inanspruchnahme einer Kinderwunschbehandlung in all ihren Facetten, angefangen von der rein medizinischen Behandlung bis hin zur Auseinandersetzung mit einem Leben ohne Kind, als emotional belastend beschrieben. Dies gilt einerseits für das einzelne Individuum, andererseits aber auch für die Partnerschaft (vgl. Wallraff, Thorn & Wischmann 2015; 9).

Psychosoziale Beratung kann bei der Bewältigung und Lösung dieser Situation unterstützend wirken. Gemeint ist hiermit eine professionelle Beratung und Begleitung durch Dritte, die unabhängig von der ärztlichen Beratung/Behandlung ist, und vom Arzt oder von der Ärztin nicht durchgeführt werden muss. Bemisst sich der Erfolg einer Kinderwunschbehandlung aus medizinischer Sicht in der Herbeiführung einer Schwangerschaft, so verfolgt psychosoziale Beratung im Rahmen von ART andere Ziele. Im Vordergrund stehen die Bewältigung des unerfüllten Kinderwunsches und Hilfestellungen, die eine Entscheidung über die Inanspruchnahme verschiedener Therapien erleichtern, sowie die Abmilderung möglicher einhergehender Paarkonflikte. Darüber hinaus verfolgt psychosoziale Beratung die Absicht, ein Fundament zu schaffen für eine Akzeptanz des unerfüllten Kinderwunsches für den Fall, dass die reproduktiven Maßnahmen nicht greifen und zu keinem Erfolg führen und gleichzeitig Personen und Paare zu befähigen alternative Perspektiven zu finden und mitzudenken (vgl. Wischmann 2008; 55). Zwischen grundsätzlicher Bereitschaft eine psychosoziale Beratung zu beanspruchen und der tatsächlichen Nutzung klafft jedoch eine große Lücke (vgl. BMFSFJ 2014; 121).

Ziel dieser Arbeit ist deshalb anhand von Interviews mit Kinderwunschpatientinnen die Kenntnis um die Möglichkeit von psychosozialer Beratung in der Kinderwunschbehandlung sowie den tatsächlich eingeschätzten Beratungsbedarf zu eruieren. Von Interesse ist dabei, wie das eigene subjektive Empfinden und Erleben von ART beschrieben wird, welche Stressoren, aber auch Ressourcen durch die Patientinnen identifiziert werden und inwieweit psychosoziale Beratung einen Parameter für eine erfolgreiche Kinderwunschbehandlung darstellen kann. Der Einstieg in das Thema dieser Arbeit erfolgt zunächst über einen kurzen geschichtlichen Abriss und die vorhandene Prävalenz ungewollter Kinderlosigkeit. Darauf aufbauend werden Ursachen skizziert, Methoden der assistierten Reproduktion vorgestellt und rechtliche Rahmenbedingungen umrissen. Anschließend rücken psychosoziale Aspekte des unerfüllten Kinderwunsches in den Fokus, verbunden mit der Darstellung eines grundsätzlichen Verständnisses von Beratung, bevor schließlich der methodische Zugang erläutert und die gewonnenen Ergebnisse aus zehn Interviews mit betroffenen Frauen als auch mit zwei Expertinnen aus der (Beratungs-)Praxis präsentiert werden.

2 GESCHICHTLICHER ABRISS DER ASSISTIERTEN REPRODUKTION

Ungewollte Kinderlosigkeit und unerfüllter Kinderwunsch existieren seit Jahrtausenden. Schon im Alten Testament wird dieses Thema in der Geschichte von Sara und Abraham (zumindest in Ansätzen) behandelt und auch frühe Statistiken um ca. 1900 aus Australien verweisen auf einen unerfüllten Kinderwunsch von ca. 11% der Bevölkerung (vgl. Ludwig & Diedrich 2013; 10). Erste Hinweise zur künstlichen Befruchtung lassen sich im 14. Jahrhundert in der arabischen Pferdezucht finden; erste dokumentierte Tierversuche intrakorporaler Befruchtung gehen auf das Jahr 1781 zurück (vgl. Brähler 1990; 60). Die erste erfolgreiche intrauterine homologe Insemination beim Menschen wird John Hunter 1770 zugeschrieben, 1884 folgte dann die erste heterologe Insemination in den USA (vgl. Ludwig & Diedrich 2013; 13); in Deutschland erstmals im Jahr 1956 (vgl. Brähler 1990; 61). Der Beginn extrakorporaler Befruchtung in Tierversuchen bei Kaninchen wird auf das Jahr 1878 datiert, Anfang der 60er Jahre des vergangenen Jahrhunderts strebte Robert Edwards diese dann auch beim Menschen an (vgl. Riewenherm 2001; 26). Nachdem die erste klinische Schwangerschaft nach IVF eine Eileiterschwangerschaft war (vgl. Ludwig & Diedrich 2013; 14), glückte dann 1978 mit der Geburt von Louise Brown in Großbritannien die erste Schwangerschaft nach extrakorporaler Befruchtung (vgl. Brähler 1990; 24). Eine Weiterentwicklung hat die IVF durch die Entwicklung der intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) 1992 erfahren; zwei Jahre später wurde diese in Deutschland erstmals erfolgreich durchgeführt. Anwendung findet ICSI bei eingeschränkter Fertilität des Mannes (vgl. Riewenherm 2001; 46). Vor allem in Australien hat die Technik des intratubaren Gametentransfers (GIFT) Popularität erlangt, wird aber dort seit der Jahrtausendwende nur noch selten genutzt (vgl. Ludwig & Diedrich 2013; 15). Etabliert hat sich dagegen seit 1984 die Kryokonservierung, die das Einfrieren von befruchteten Eizellen im Vorkernstadium und damit einen späteren Embryotransfer zum Beispiel bei folgender IVF möglich macht (vgl. Riewenherm 2001; 48). Forschungsschwerpunkte der letzten 20 Jahre waren und sind vor allem die Verringerung des Mehrlingsrisikos und des ovariellen Hyperstimulationsrisikos (OHSS) (vgl. Deutsches IVF-Register 2016; 11).

Im Vergleich zu den Anfängen hat sich auch eine deutliche Vereinfachung in der Anwendung der IVF durchgesetzt: die Eizellpunktion erfolgt nicht mehr durch Laparoskopie, sondern transvaginal und ultraschallgesteuert (vgl. Ludwig 2013; 210). Ein recht neues Verfahren im Bereich der extrakorporalen Befruchtung ist die In-Vitro-Maturation (IVM). Bei dieser Technik, die auf eine kontrollierte ovarielle Hyperstimulation verzichtet und 2005 in Deutschland eingeführt wurde, werden Oozyten im unreifen Zustand aus den Eierstöcken punktiert, in-vitro maturiert, um dann anschließend einer In-Vitro-Fertilisation zugeführt zu werden (vgl. Strowitzki & Diedrich 2013; 248).

3 UNGEWOLLTE KINDERLOSIGKEIT

Für viele Menschen stellt das Gründen einer Familie einen selbstverständlichen Teil ihres Lebensentwurfes dar. Durch veränderte gesellschaftliche Rahmenbedingungen, welche auch Auswirkungen auf individuelle Entscheidungen im Umgang mit der eigenen Fertilität haben sowie das Vorhandensein reproduktiver Technologien, avanciert Elternschaft in diesen Tagen zu einer von vielen Handlungsoptionen und schließt die Mitwirkung Dritter im Fortpflanzungsprozess nicht aus (vgl. Mayer-Lewis & Rupp 2015; 9). Ausgehend von der Prävalenz ungewollter Kinderlosigkeit sollen ursächliche Aspekte für den unerfüllten Kinderwunsch beleuchtet werden, bevor näher auf Methoden und rechtliche Rahmenbedingungen von ART eingegangen wird.

3.1 Prävalenz der ungewollten Kinderlosigkeit in Deutschland

Empirische Daten oder exakte Zahlenangaben zum unerfüllten Kinderwunsch sind nicht möglich; die Aussagen in den Statistiken schwanken je nach Forschungsfrage, Stichprobe und Blickwinkel auf ungewollte Kinderlosigkeit. Unterschiede im Datenmaterial ergeben sich aus gesundheitspolitischer vs. pharmazeutischer Betrachtungsweise. Sieht die Pharmaindustrie ca. 2,5 Mio. Paare betroffen, so gehen einige Gesundheitspolitiker*innen von weniger als 1 Mio. Paare aus (vgl. Dorn & Wischmann 2013; 485). Andererseits resultieren divergierende Zahlen aus Fragen der Definition eines „Paares“ bezüglich ihres Kinderwunsches. Wischmann (2008; 32) fragt: „Wenn bei einem Paar z.B. die Frau ein Kind möchte, der Partner aber (noch) nicht, ist das Paar dann als gewollt kinderlos oder als ungewollt kinderlos zu bezeichnen?“ Etwa 10-15% der Paare im reproduktionsfähigen Alter haben laut Schätzungen zumindest einen *temporär* unerfüllten Kinderwunsch (vgl. Schuppe, Köhn & Weidner 2013; 448) – ungewollt kinderlos auf Dauer bleiben ca. 6-9% der Paare, oder anders ausgedrückt: jedes vierte Paar ohne Kinder ist ungewollt kinderlos (vgl. Wischmann & Stammer 2017; 19).

Bei den Paaren zwischen 25 und 59 Jahren betrifft ungewollte Kinderlosigkeit laut BMFSFJ (2016) fast jedes zehnte Paar in Deutschland. Um den unerfüllten Kinderwunsch zu überwinden sind also ca. 0,5-1,4 Mio. Paare auf ART angewiesen (vgl. Dorn & Wischmann 2013; 485). Laut Deutschem IVF-Register (vgl. 2016; 6) verfügt Deutschland aktuell über 139 aktive IVF-Zentren.

Das Jahrbuch 2015 enthält Auswertungen des Datenmaterials von 130 Zentren. 97.796 Zyklen sind Bestandteil der statistischen Auswertung. Demnach wurden 57.998 Frauen im Jahr 2015 behandelt (vgl. ebd.; 10). Die Rate der Lebendgeburten (baby-take-home-rate) betrug nach IVF 20,6%, nach ICSI 20,5%, nach IVF/ICSI 22,5% und nach Kryotransfer 16,1% (vgl. ebd.; 18). Im Mittel ist jedoch davon auszugehen, dass mehr als die Hälfte aller Paare die Kinderwunschbehandlung „nach drei Behandlungszyklen *ohne* ein leibliches Kind beenden müssen“ (Wischmann & Stammer 2017; 21). Frauen, die sich extrakorporal befruchten lassen sind im Schnitt 35,2, deren Männer/ Partner 38,6 Jahre alt. Damit ist das Durchschnittsalter seit 2012 relativ konstant (vgl. Deutsches IVF-Register 2016; 11).

3.2 Begriffsbestimmung: Sub-/In-Fertilität, Sterilität, assistierte Reproduktion

Schätzungsweise 1,2 – 1,5 Millionen Paare in Deutschland sind laut Friedrich-Ebert-Stiftung (vgl. 2008; 9) ungewollt kinderlos. Ursache dafür kann eine *Subfertilität* sein, also die eingeschränkte Fähigkeit ein Kind zu zeugen (vgl. Ludwig, Diedrich & Nawroth 2013; 2). Tritt nach einem Jahr trotz regelmäßigen Geschlechtsverkehrs ohne Verhütung keine Schwangerschaft ein, dann gilt das Paar laut Definition der WHO als steril (vgl. WHO 2009). Von *primärer Sterilität* ist die Rede, wenn es noch nie zur Schwangerschaft gekommen ist. Wenn bereits eine Schwangerschaft vorausgegangen ist, wird von *sekundärer Sterilität* gesprochen (vgl. Brehm 1995; 102). Kommt es zur Konzeption und endet diese aber immer wieder mit Fehlgeburten, findet der Begriff der *Infertilität* Anwendung. Dieser wird jedoch im deutschen Sprachraum nur selten eingesetzt und in der Regel synonym zum Begriff „Sterilität“ verwendet (Ludwig, Diedrich & Nawroth 2013; 2) – so auch hier in dieser Arbeit. Angaben zur Verteilung der Ursachen von Sterilität divergieren: bei Brehm (vgl. 1995; 102) liegen sie nach Schätzungen zu einem Drittel beim Mann und zu einem Drittel bei der Frau; im Falle des letzten Drittels ist der Grund unbekannt oder bei beiden Partnern zu finden. Engelhardt (vgl. 2003; 822) sieht einen 45 - prozentigen Anteil der Fertilitätsstörungen auf weiblicher Seite und zu ca. 40% beim Mann oder bei beiden Partnern; in 10 bis 15% der Fälle ist die Ursache nicht zu klären.

Eine solche Klassifizierung schlagen auch Ludwig, Diedrich & Nawroth (2013) vor. Ursächlich sind „viel häufiger mehr oder weniger bedeutende Ursachen bei beiden Partnern (80%) und nur selten die eindeutige Situation einer alleinigen Ursache auf Seiten der Frau oder des Mannes bzw. des Fehlens einer offensichtlichen Ursache (20%)“ (2013; 3). Entscheidend sind die Gesamtbefunde beider Parteien, die zu einer Einschränkung der Fertilität führen (vgl. ebd.) und damit die Notwendigkeit einer engen Zusammenarbeit zwischen Gynäkologie, Reproduktionsmedizin und Andrologie machen (vgl. Schuppe, Köhn & Weidner 2013; 448). Stellt sich nach einem Jahr vergeblichen Bemühens der Kinderwunschaare keine Schwangerschaft ein, so gilt die Empfehlung ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Grundlage dafür ist die Hypothese, dass 85% der Frauen innerhalb von 12 Monaten spontan schwanger werden (Raith et al. 2013; 151).

Das Spektrum der Reproduktionsmedizin zur Erfüllung des Kinderwunsches reicht von hormoneller Stimulation über Insemination und Mikrochirurgie bis hin zu ART (vgl. Diedrich, Ludwig & Griesinger 2013). Unterschieden werden extra- und intrakorporale Befruchtung. Unter extrakorporaler Befruchtung werden die Methoden der IFV und der ICSI - als ein spezielles Verfahren der IVF - gefasst; von intrakorporaler Befruchtung ist die Rede, wenn eine Insemination durchgeführt wird. Methoden, bei denen die Insemination ohne hormonelle Stimulation sowie eine hormonelle Stimulation ohne Insemination erfolgen, fallen nicht unter Maßnahmen von ART (vgl. BÄK 2006; A1393).

3.3 Ursachen ungewollter Kinderlosigkeit

Die Ursachen für einen unerfüllten Kinderwunsch sind divers. Grundsätzlich kann zwischen organischen, funktionellen sowie idiopathischen Gründen unterschieden werden. Inwiefern letztere durch psychosoziale Aspekte determiniert sein können, dazu mehr in den folgende Ausführungen. Diese verstehen sich als grober Überblick in das Feld der Fertilitätseinschränkungen und stellen keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

3.3.1 Organische Ursachen bei ungewollter Kinderlosigkeit

Ursächlich für eine Unfruchtbarkeit der Frau können organische Defekte oder Veränderungen sein. Dazu gehören verschlossene oder fehlende Eileiter, fehlende oder fehlgebildete Eierstöcke, Fehlbildungen der Gebärmutter und des Gebärmutterhalses.

Auch eine Chromosomenanomalie wie zum Beispiel beim Turner-Syndrom kann der Grund für einen unerfüllten Kinderwunsch sein (vgl. Fiegl 2012; 28f). Eine Störung der Fertilität kann ebenso zurückgeführt werden auf ein Wachstum funktionstüchtiger Gebärmutter-schleimhaut in Eileitern, Eierstöcken, aber auch in Darm oder Harnblase. Neben der Endometriose können auch vorangegangene Entzündungen, Operationen oder Eileiterschwangerschaften organisch bedingte Ursachen von Sterilität sein sowie Chlamydien-Infektionen. Diese können bei Frauen zu einem Eileiterverschluss – bei Männern zu Entzündungen an Prostata und/oder Nebenhoden führen (BMFSFJ, www.informationsportal-kinderwunsch.de). Fertilitätsstörungen bei Männern sind oft auf ein eingeschränktes Spermogramm zurückzuführen – Spermien sind in zu geringer Anzahl vorhanden und/oder nicht vital genug. Verantwortlich dafür können zum Beispiel Krampfadernbildungen im Hoden, ein Hodenhochstand oder auch Infektionen des Hoden/Nebenhodens beispielsweise durch Mumps- oder Harnwegsinfektionen mit folgender Nebenhodenentzündung sein. Als weitere Ursachen gelten blockierte (verschlossene) oder fehlende Samenleiter, die Behandlung zu spät erkannter Hodentorsionen, Störungen der Spermatogenese wie zum Beispiel das komplette Ausbleiben der Spermienreifung (Sertoli-cell-only-Syndrom) oder Spermiendefekte (vgl. Schwindl 2015; 62f). Schwindl weist außerdem in dem Zusammenhang daraufhin, dass Störungen bei der Samenbildung „zu etwa einem Drittel als idiopathisch (also unbekannter Genese) eingestuft werden müssen“ (ebd.; 62). Fertilitätsstörungen können ebenso durch Diabetes und Chromosomenanomalien (z.B. Klinefelter-Syndrom) bedingt sein (vgl. Sökeland & Rübber 2008; 408).

3.3.2 Funktionelle Störungen bei ungewollter Kinderlosigkeit

Unter funktionellen Störungen werden jene Beeinträchtigungen subsumiert, die eine bestimmte Körperfunktion betreffen. Dazu zählt beispielsweise eine Störung der Eizellreifung, hervorgerufen durch hormonelle Fehlfunktionen. „Wenn die Hormone FSH (follikelstimulierendes Hormon) oder LH (luteinisierendes Hormon) zu viel oder zu wenig ausgeschüttet werden, laufen die genau aufeinander abgestimmten Prozesse anders ab. [...] Es kommt zu keiner Follikelreifung und somit auch zu keinem Eisprung“ (Fiegl 2012; 32). Auch Störungen im Bereich der Hypophyse können die Fruchtbarkeit mindern (vgl. Sökeland & Rübber 2008; 408).

3.3.3 Idiopathische Störungen bei ungewollter Kinderlosigkeit

Von einer idiopathischen Störung wird dann gesprochen, wenn weder organische Ursachen noch hormonelle Fehlfunktionen die Fertilität mindern, sich aber trotzdem keine Schwangerschaft einstellt (vgl. Fiegl 2012; 35). Wischmann & Stammer (vgl. 2017; 29) warnen davor, eine idiopathische mit einer psychogenen Infertilität gleichzusetzen. Eine psychisch (mit-)bedingte Fertilitätsstörung liegt nur dann vor „wenn ein Paar trotz Kinderwunsch und ärztlicher Aufklärung weiter fertilitätsschädigendes Verhalten praktiziert, [...] die Konzeptionschancen nicht nutzt [...] [oder] eine Infertilitätsdiagnostik bzw. -therapie bewusst bejaht, aber nicht beginnt“ (Kentenich et al. 2014; 26). Auch wenn es Fälle gibt, deren unerfüllter Kinderwunsch auf eine psychische Ursache zurückzuführen ist, so „gibt es aber keine innere Blockade, die eine Schwangerschaft verhindert“ (Wischmann & Stammer 2017; 66).

Fertilität ist vielmehr von verschiedenen Faktoren abhängig – einen Aspekt kann der psychische Faktor darstellen. Kontrovers wird in diesem Zusammenhang das Vorhandensein von Stress diskutiert. Auch wenn der unerfüllte Kinderwunsch oft als „schlimmste emotionale Krise“ (Dorn & Wischmann 2013; 487) erlebt wird und einhergeht mit einer starken psychischen Belastung, so mangelt es dennoch an „überzeugenden systematischen Studien an größeren Fallzahlen [...], welche die Verursachung einer Fertilitätsstörung allein durch Stress nachweisen konnten“ (Kentenich et al. 2014; 28). Entsteht eine Fruchtbarkeitsstörung sind in den meisten Fällen biologische, seelische und soziale Aspekte eng miteinander verknüpft. Wischmann und Stammer unterscheiden „*durch das Individuum selbst beeinflussbare Faktoren*“ und „*durch das Individuum schwer oder nicht beeinflussbare Faktoren*“ (2017; 68). Zu ersteren zählen zum Beispiel bestimmte Ernährungsgewohnheiten sowie Über- und Untergewicht (vgl. ebd.). Besteht zum Beispiel in der Adoleszenz schon Übergewicht oder Fettleibigkeit, kommt es zu einer zwei- bis dreifachen Erhöhung der Prävalenz von Infertilität gegenüber normalgewichtigen Jugendlichen (vgl. Bals-Pratsch 2015; 41). Selbst beeinflussbar sind auch Genussmittel-, Drogen-, Medikamente – und Alkoholmissbrauch (vgl. Wischmann & Stammer 2017; 68). Die Durchblutung der Fortpflanzungsorgane wird beispielsweise durch Nikotin gestört, welche eine Minderung der Chancen auf Schwangerschaft zur Folge hat. Alkohol wiederum kann zu einer allgemeinen Schädigung von Organen führen (BMFSFJ; www.informationsportal-kinderwunsch.de). Klimatische Gegebenheiten sowie Umweltgifte gehören zu den Faktoren, die durch das Individuum nur schwer oder gar nicht beeinflussbar sind.

Zeller-Steinbrich (vgl. 1995; 73) weist in diesem Zusammenhang auf Gifte wie Blei oder Quecksilber, Lösungs-, Konservierungs- und Pflanzenschutzmittel hin, die in den Hormonhaushalt eingreifen und zu Fehlbildungen der Spermien führen können.

Soziale Faktoren in Verbindung mit Fertilitätsstörungen werden insofern wirksam, als dass das Zeugen eines Kindes für Paare im reproduktiven Alter immer noch Ausdruck einer intakten Paarbeziehung ist und als Idealnorm angesehen wird (vgl. Wischmann & Stammer 2017; 68). All diese Faktoren können sich allerdings gegenseitig beeinflussen und in einem Teufelskreis münden (vgl. ebd.; 69). Hervorzuheben ist hierbei, dass ungewollte Kinderlosigkeit „im Zuge der medizinisch-technischen Entwicklung vom Schicksal zur Krankheit umdefiniert [wurde]“ (Fränznick & Wieners 1996; 23). Ein unerfüllter Kinderwunsch ist nach dieser Auffassung per definitionem grundsätzlich behandelbar und kann mit Hilfe von reproduktiven Technologien überwunden werden.

3.4 Einfluss des Alters auf ungewollte Kinderlosigkeit

Das Durchschnittsalter der Erstgebärenden nimmt beständig zu (vgl. Statistisches Bundesamt 2013) und lag im Jahr 2015 bei 31 Jahren (vgl. Statistisches Bundesamt 2016). 2.268 Kinder wurden im Jahr 2015 von Frauen geboren, die 45 Jahre oder älter waren – das sind 0,3% aller lebend geborenen Kinder, die in diesem Jahr zur Welt kamen (vgl. Statistisches Bundesamt 2017). Es hat sich gezeigt, dass vor allem Frauen mit einem hohen Ausbildungsstatus bzw. einem hohen Bildungsniveau den Zeitpunkt der Familiengründung in ein höheres Alter verschieben und auch prognostisch ein weiterer Anstieg des Durchschnittsalters von Müttern beim ersten Kind absehbar ist (vgl. Dorn & Wischmann 2013; 485). Erwartete berufliche Flexibilität und Omnipräsenz beschleunigen sämtliche Lebensbereiche, die langfristige Bindungen, aus denen sich häufig ein Kinderwunsch ableitet, schwierig machen (vgl. Erdle 2008; 28). Da das Aufschieben des Kinderwunsches oft aus einer Gemengelage von individuellen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen resultiert und weniger bewusst entschieden wird, verschwimmt die Grenze zwischen Personen und Paaren mit gewolltem bzw. ungewolltem Kinderwunsch (vgl. Krätschmer-Hahn 2012; 31). Zudem gibt es auch Gruppen von Frauen und Männern, die bewusst ihr „jugendnahes Erwachsenenalter jenseits des dritten Lebensjahrzehnts [verlängern].

Zu erwähnen sind beispielsweise langjährige und spät Studierende oder freizeitorientierte urbane Personen, die in ihren bisherigen Freizeit- und Konsummilieus verharren und mit der Zeit wenige Anreize erleben, eine Familie mit Kindern zu gründen [...]“ (Höpflinger 2012; 74).

In der Mitverantwortung dafür, dass Elternschaft auch in einem späteren Lebensalter machbar ist, sieht Erdle (vgl. 2008; 29) die Medien. Diese würden solche Vorstellungen suggerieren. So ist knapp ein Drittel der Frauen der Meinung, dass ihre Fertilität erst mit Eintritt des vierten Lebensjahrzehnts abnimmt; nur 3,4% wissen um die Reduzierung der Fruchtbarkeit nach 25 Lebensjahren (vgl. Dorn & Wischmann 2013; 485). Soll der Kinderwunsch dann realisiert werden, sind „altersbedingt die Eizellreserve oft bereits kritisch reduziert und die Zellstrukturen für die Befruchtung und Zellteilung [...] weniger funktionstüchtig (Bals-Pratsch 2015; 40f). Hinzu kommen mitunter erworbene Schäden an Eileitern, Modifikationen der Gebärmutter sowie mögliche Stoffwechselstörungen, die sich mit zunehmendem Lebensalter einstellen, merkt Bals-Pratsch weiter an (vgl. ebd.; 41).

3.5 Methoden der assistierten Reproduktion

In der Novelle der (Muster-)Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion sind die verschiedenen Methoden ausführlich dargestellt (vgl. BÄK 2006; A1392-A1403). Bezug genommen wird an dieser Stelle auf Intrauterine Insemination (IUI) mit hormoneller Stimulation, IVF und ICSI.

3.5.1 Intrauterine Insemination

1770 wurde die erste intravaginale Insemination dokumentiert. Heutzutage ist die IUI im Rahmen der Kinderwunschbehandlung stark verbreitet und ist oft dann Mittel der Wahl wenn die Spermaqualität eingeschränkt ist (Dorn 2003; 198f)¹. Wird bei der homologen Insemination Sperma des Partners verwendet, kommt bei der heterologen Insemination Fremdsperma zum Einsatz (vgl. Sökeland & Rübber 2008; 409). Intention der Insemination ist es entsprechend aufbereitete Spermien „zum optimalen Zeitpunkt intrauterin zu befördern“ (Dorn 2003; 198). Mit Hilfe eines Katheters wird das Sperma direkt in die Gebärmutterhöhle eingebracht - oder auch per Portiokappe in den Zervikalkanal. Die IUI ist heutzutage die gängigste Methode.

¹ TMSK sollte als Minimum nach Aufarbeitung ca. 5 Millionen betragen (Dorn 2013; 199)

Die eigentliche Befruchtung findet also *in vivo* statt. In der Regel erfolgt eine Insemination zusammen mit einer Hormonstimulation der Frau (Dorn, 2013; 203). Griesinger spricht von einer „sanften“ ovariellen Stimulation, mit dem Ziel, 2 – 3 Follikel zur Reifung zu bringen“ (2013; 120).

3.5.2 In-Vitro-Fertilisation

Anders als bei der Insemination findet die Befruchtung der Eizelle extrakorporal statt, auch wenn die IVF den *in vivo*-Prozessen nachempfunden ist (vgl. Ebner & Diedrich 2013; 218). Nach individueller hormoneller Follikelstimulation u.a. durch FSH- und hCG (humanes Choriongonadotropin) - Gabe „unter Berücksichtigung biologischer Voraussetzungen seitens der Patientin“² (Griesinger 2013; 125) und Follikelpunktion, werden eine oder mehrere Eizellen in einer Nährlüssigkeit mit einer bestimmten Anzahl an Spermien versetzt (vgl. Sökeland & Rübber 2008; 409). Hat eine Zellteilung bei den befruchteten Eizellen stattgefunden, werden maximal drei Embryonen ca. 48 Stunden nach Follikelpunktion in die Gebärmutterhöhle übertragen. Restliche befruchtete Eizellen können kryokonserviert und für einen nachfolgenden Embryotransfer (ET) in einem späteren Zyklus wieder aufgetaut werden (Liebermann & Nawroth 2013; 233ff). Die Erfolgsrate pro Embryonen-Transfer liegt bei 20-25% (vgl. Sökeland & Rübber 2008; 409). Wurden im Jahr 1982 „nur“ 742³ IVF-Behandlungen durchgeführt so waren es laut Deutschem IVF-Register (vgl. 2016; 14) 2015 deutschlandweit 14900 Behandlungen. Im Rahmen einer IVF ist das Verfahren des „assisted hatching“ (AH) möglich, das heißt, mittels Einkerbung an der Eihülle und damit künstlicher Öffnung der Zona pellucida, wird dem Embryo im Blastocystenstadium das Schlüpfen aus der Eihülle erleichtert (Montag & Toth 2013; 262).

3.5.3 Intrazytoplasmatische Spermieninjektion

Mit der Entwicklung der ICSI Anfang der 90er erfährt die Reproduktionsmedizin eine Revolution. War vor 1992 die IVF weitgehend darauf beschränkt, weibliche Infertilität zu überwinden (vgl. Bernard 2014; 413), so war es nun auch möglich, schwerere Formen männlicher Subfertilität zu behandeln und damit mehr Paaren und Personen den individuellen Kinderwunsch zu erfüllen.

² allgemein akzeptiert sind zwischen 5 und 15 Eizellen durch ovarielle Stimulation (Griesinger, 2013; 125)

³ Anzahl der Behandlungszyklen in einem Jahr; heißt, eine Frau kann mehrere Behandlungszyklen durchlaufen haben

Bedingung ist die Isolation zumindest eines funktionellen und vitalen Spermiums, dass in die ausgewählte Eizelle mittels ICSI-Pipette injiziert wird (Ebner & Diedrich 2013; 220f.). Finden sich im Ejakulat überhaupt keine Spermien so können mittels testikulärer Spermienextraktion (TESE) und mikrochirurgischer epididymaler Spermienaspiration (MESA) dennoch Spermien aus dem Hoden oder dem Nebenhoden gewonnen werden (Schuppe; Köhn & Weidner 2013; 468). Die Hormonstimulation und die Gewinnung der Eizellen erfolgt wie bei der IVF. Die Erfolgsrate pro Embryonen-Transfer liegt bei ca. 20-25% (vgl. Sökeland & Rübben 2008; 409). Im Jahr 2014 wurden deutschlandweit 48.958 Behandlungen in 134 Behandlungszentren durchgeführt. Inkludiert sind darin auch ICSI nach IVF (vgl. Deutsches IVF-Register, 2016; 14).

3.6 Rechtliche Verankerung der Reproduktionsmedizin in Deutschland

Auch wenn mit Einführung der künstlichen Befruchtung in Deutschland ethische Codices vorhanden waren, um „eine sorgfältige Bewertung und Beurteilung der Behandlungsmethode vorzunehmen“ (Hölzle 2008; 60), so wurden erst 1988 spezifische ethische Richtlinien formuliert, die in den folgenden Jahren mehrfach aktualisiert wurden. Welche Richtlinien und auch Gesetze bei Maßnahmen von ART wirksam werden bzw. welche Rahmenbedingungen Grundvoraussetzung für die Reproduktionsmedizin sind, darüber geben die folgenden Ausführungen Auskunft.

3.6.1 Grundrechte im Zusammenhang mit assistierter Reproduktion

Maßgeblich für Maßnahmen von ART sind zahlreiche Grundrechte (vgl. Grundgesetz (GG) der Bundesrepublik Deutschland 1949). Für die Kinderwunschpaare findet das Recht auf Fortpflanzung Anwendung, das sich aus Art. 2 Abs. 1 des GG ableitet, sowie dem Gleichheitsgrundsatz nach Art. 3 Abs. 1 und 3 GG folgt. Beachtung findet zudem der vom Gesetzgeber vorgesehene Schutz von Ehe und Familie in Art. 6 Abs.1 GG. Für den durch künstliche Befruchtung entstandenen Embryo sind Art. 1 Abs. 1 GG (Unantastbarkeit der Menschenwürde) und Art.2 Abs. 2 GG (Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit) wirksam. Art. 5 Abs. 3 GG, der das Grundrecht auf Forschungsfreiheit gewährt, sowie Art.12 Abs. 1 GG, der das Grundrecht der Berufsfreiheit sicher stellt, sind ebenfalls zu nennen und gelten für die an der Kinderwunschbehandlung beteiligten Ärzt*innen.

3.6.2 Europäische Menschenrechtskonvention

Im Rahmen von Reproduktionsmedizin erfährt auch die Europäische Menschenrechtskonvention Bedeutung (vgl. EMRK 1950). Hervorzuheben sind Art. 8 Abs. 1 EMRK (Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens), Art. 12 EMRK, der das Recht auf Eheschließung und Familiengründung garantieren soll, sowie das Verbot der Diskriminierung nach Art. 14 EMRK. Der Artikel gewährleistet die Möglichkeit den Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) anzurufen, wobei „die deutsche Gerichtsbarkeit und die deutschen Behörden [...] zur „Berücksichtigung“ der Rechtsprechung des EGMR verpflichtet [sind], [...] jedoch Urteile des EGMR nicht über dem Grundgesetz stehen“ (Möller 2013; 585).

3.6.3 Embryonenschutzgesetz

Am 1. Januar 1991 trat das Embryonenschutzgesetz (vgl. ESchG 1990) in Kraft. Das regelt gestattete bzw. nicht gestattete Maßnahmen im Rahmen von ART. Zielvorgabe dessen war der "Ausgleich zwischen dem Schutz des sich entwickelnden extrakorporal gezeugten menschlichen Lebens, der Optimierung der Erfolgsaussichten der Herbeiführung einer Schwangerschaft unter Vermeidung von Mehrlingsschwangerschaften, den Gesundheitsinteressen der Frau und der künstlich gezeugten Kinder und der Vorsorge gegen möglichen Missbrauch der Reproduktionstechnologien“ (Riedel 2008; 11). Das ESchG regelt u.a. die Anzahl der innerhalb eines Zyklus auf eine Frau zu übertragende Embryonen (§ 1 Abs. 1 Nr. 3 ESchG). Demnach dürfen höchstens drei Embryonen übertragen werden. Der Gesetzgeber sieht ebenso vor, dass gemäß § 1 Abs. 1 Nr. 5 ESchG derjenige bestraft wird, der „es unternimmt, mehr Eizellen einer Frau zu befruchten, als ihr innerhalb eines Zyklus übertragen werden sollen“. Unter Strafe stehen ebenso die Eizellspende durch Dritte, sowie Leihmutterschaft. Die Embryonenspende ist nicht explizit erlaubt, wird aber nicht durch das ESchG verboten. Das ESchG klärt außerdem, wie mit befruchteten Eizellen im Hinblick auf eine Kryokonservierung zu verfahren ist und in welchen Fällen eine Präimplantationsdiagnostik (PID) gestattet - und wie in der Durchführung zu verfahren ist.

3.6.4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch

Wird eine Inanspruchnahme von Maßnahmen der ART von gesetzlich versicherten Patient*innen angestrebt, so bildet die rechtliche Grundlage § 27a SGB V (vgl. SGB V 1988) in Verbindung mit den Richtlinien zur künstlichen Befruchtung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) (vgl. Gust & Kücking 2015; 90). Voraussetzungen nach § 27a SGB V sind u.a. die medizinische Notwendigkeit beziehungsweise Erfordernis reproduktiver Maßnahmen durch eine ärztliche Feststellung, die Aussicht auf Erfolg einer herbeizuführenden Schwangerschaft sowie verbindliche Altersgrenzen.

Bezuschusst werden weibliche Versicherte zwischen dem vollendeten 25. und dem vollendeten 40. Lebensjahr – und männliche Versicherte zwischen dem vollendeten 25. und dem vollendeten 50. Lebensjahr (vgl. SGB V, § 27a Art. 3). Geregelt ist ebenso, dass Personen, die reproduktive Maßnahmen ergreifen wollen verheiratet sein müssen und nur Ei- und Samenzellen der Ehegatten verwendet werden dürfen (vgl. SGB V § 27a Art. 1 Abs. 3 und 4). Bevor es zu einer Durchführung der Kinderwunschbehandlung kommt, müssen sich die Paare von einem Arzt oder einer Ärztin über eine solche Behandlung hinsichtlich medizinischer und psychosozialer Aspekte unterrichten lassen. Wichtig ist, dass dieser Arzt oder diese Ärztin nicht die Behandlung selbst durchführt (vgl. SGB V § 27a Art. 1 Abs. 5). Im Rahmen der Finanzierung zur Herbeiführung einer Schwangerschaft übernimmt die Krankenkasse 50% der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten derjenigen Maßnahmen, die bei ihrem Versicherten vorgenommen werden (vgl. SGB V, § 27a Art. 3).

3.6.5 Landesförderung für Maßnahmen der assistierten Reproduktion in Sachsen-Anhalt

Das Bundesland Sachsen-Anhalt gewährt seit 2010 neben Sachsen, Thüringen, Berlin, Mecklenburg-Vorpommern und Niedersachsen auch nicht-ehelichen Lebensgemeinschaften finanzielle Unterstützung (vgl. BMFSFJ, www.informationsportal-kinderwunsch.de), wenn „nach Einschätzung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes die Frau mit dem unverheirateten Mann in einer festgefügt Partnerschaft zusammenlebt und von diesem die Vaterschaft an dem so gezeugten Kind anerkannt werden wird“ (Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion für nichteheliche Lebensgemeinschaften durch das Land Sachsen-Anhalt 2013; 3.).

Voraussetzung dafür ist, dass das Paar seinen Hauptwohnsitz in Sachsen-Anhalt hat und die Behandlung in einer Reproduktionseinrichtung in Sachsen-Anhalt erfolgt (vgl. ebd. 4.). Gefördert werden für den jeweils ersten bis dritten Behandlungszyklus bis zu 800€ (IVF-Behandlung) und bis zu 900€ einer ICSI-Behandlung (vgl. ebd. 5.2). Unerheblich ist dabei, ob die Versicherten gesetzlich oder privat versichert sind. Die Gesamtkosten für eine IVF- oder ICSI-Behandlung sind jedoch vom Versicherungsstand der Patient*innen abhängig, sodass keine genaue Angabe über anfallende Gesamtkosten gemacht werden kann. Mit der Gesundheitsreform wirksam zum 1. Januar 2004 fiel die Vollfinanzierung von bis zu vier Versuchen einer künstlichen Befruchtung weg (vgl. GKV-Modernisierungsgesetz, 2013). Der Bund stellt seit 1. April 2012 zusätzliche Finanzhilfen bei der Inanspruchnahme einer Kinderwunschbehandlung unter bestimmten Voraussetzungen zur Verfügung (vgl. BMFSFJ 2012). Danach erfolgt ein in Höhe von bis zu 25% des den Paaren nach Abrechnung mit der Krankenversicherung verbleibenden Eigenanteils. Thüringen, Sachsen und Niedersachsen haben ihre Landesförderrichtlinien bereits entsprechend angepasst – Mecklenburg-Vorpommern, Berlin und Sachsen-Anhalt überarbeiten derzeit ihre Richtlinien (vgl. BMFSFJ, www.informationsportal-kinderwunsch.de).

3.6.6 „Richtlinien über künstliche Befruchtung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen

Konkretisiert und präzisiert werden die Einzelheiten zum § 27a SGB V in den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen. Die „Richtlinien über künstliche Befruchtung“ umfassen sowohl Leistungsvoraussetzungen, Methoden, medizinische Indikationen, berechnete Ärzte und Ärztinnen sowie Empfehlungen zur Qualitätssicherung. Festgelegt ist darin zum Beispiel auch, dass der Krankenkasse vor Behandlungsbeginn ein Behandlungsplan zur Genehmigung vorzulegen ist (vgl. G-BA 2014; 9.2).

3.6.7 (Muster-)Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der assistierten Reproduktion – Novelle 2006

Während das SGB V die Beratung über psychosoziale Aspekte in der Kinderwunschbehandlung in der Verantwortung der Ärzte und Ärztinnen sieht, die die Behandlung *nicht* durchführen, sieht die Bundesärztekammer die Behandelnden in der Pflicht zur Durchführung dieser Beratung.

Neben Aspekten der medizinischen und humangenetischen Beratung, der Kostenübernahme und Dokumentation, soll Information und Aufklärung auch zu psychosozialen Gesichtspunkten geleistet werden (vgl. BÄK; A1392-A1403).

3.7 Widerstand gegenüber assistierter Reproduktion

Spätestens seit der Geburt von Louise Brown hat die Reproduktionsmedizin eine stetige Fortentwicklung erfahren – innovative Behandlungsmöglichkeiten und -Ansätze, wie ICSI, (PID), oder auch Kryokonservierung haben dazu geführt, dass bis 2010 weltweit rund fünf Millionen Kinder nach ART geboren wurden (vgl. Dittrich et al. 2015; 17). Dennoch musste sich die Reproduktionsmedizin immer wieder mit gesellschaftlichem und politischem Widerstand auseinandersetzen – speziell mit Fragen der Zulässigkeit von erzeugtem Leben außerhalb des Körpers und den damit verbundenen Gefahren. Geprägt ist die Debatte von der Sorge, „das Gut des Lebens in ein technisches ‘Produkt’ zu verwandeln“ (Bernard 2014; 430). Gerhard Amendt sieht in der „entsexualisierten Zeugung“:

„[Eine Trennung] zwischen Körper und Gefühlen“. [...] Es ist deshalb eine künstliche Trennung, die Menschen willkürlich in einzelne Bestandteile zerlegt. Die gesellschaftliche Macht der Medizin macht diese Willkür möglich. Die Unterwerfung der Patienten unter diese Willkür trägt wiederum zur Stabilisierung der medizinischen Verfahren und hierarchisierten Umgangsformen zwischen Arzt und Patient bei.“ (Amendt 1986; 99)

Widerstand gegenüber ART regte sich in den 80er Jahren auch bei vielen Frauen. Die neuen Technologien standen im Verdacht als bevölkerungspolitisches Instrumentarium zu fungieren, das „eine qualitative und quantitative Steigerung von erwünschtem Nachwuchs vorantreiben [sollte]“ (Riewenherm 200; 198).

Gleichzeitig hagelte es feministische Kritik – die Selbstbestimmung der Frau sei durch ART gefährdet (vgl. ebd.; 199). Ablehnung kommt auch von Seiten der Benda-Kommission⁴. Diese fragt 1985 in ihrem Abschlussbericht, inwieweit ungewollte Kinderlosigkeit ihre „Berechtigung habe“ und „keinesfalls [...] behoben werden sollte“ (Bernard 2014; 438), da sie „vor allem labilen Patientinnen nicht zuzumuten sei“ (ebd.; 439).

⁴ Expertengremium „In-Vitro-Fertilisation, Genomanalyse und Gentherapie“ – Vorsitz: Jura-Professor Ernst Benda; diese Arbeitsgruppe soll, beauftragt von der Bundesregierung, den „rechtlichen Handlungsbedarf“ abschätzen (Der Spiegel, 49/1985)

In diesem Zusammenhang spricht Horst-Eberhard Richter auf einer Diskussionsveranstaltung von zahlreichen Kindern, die auf künstlichem Wege das Licht der Welt erblicken „für deren Nichtzustandekommen bei psychogener Sterilität die Natur ihre sinnvollen Gründe hat“ (1986; 79). Ende der 80er Jahre verebte diese Kritik; die Fortpflanzungstechnologien erfuhren eine immer stärkere Akzeptanz, die sich auch in der Sprache niedergeschlagen hat. Aus dem Retortenbaby wurde ein Wunschkind. Im Fokus standen der Nutzen und damit die Überwindung des unerfüllten Kinderwunsches (vgl. Bernard 2014; 440f). Riewenherm konstatiert in diesem Zusammenhang eine Verschiebung der Kritik von feministischer Seite. Es geht nicht mehr um Befürwortung, oder Ablehnung von reproduktionsmedizinischen Technologien, sondern die Debatte dreht sich um den Kinderwunsch, als „soziales Risiko“ (ebd. 2001; 212) in vorhandenen Lebens- und Arbeitsbedingungen in Industrieländern.

4 DER UNERFÜLLTE KINDERWUNSCH ALS KRISE

Ungewollt kinderlos zu sein wird von vielen Paaren „als schlimmste emotionale Krise im Leben empfunden“ (Kleinschmidt, Thorn & Wischmann, 2008; 118) und die Folgen des nicht erfüllten Kinderwunsches „gelegentlich gleichgesetzt mit dem Verlust eines nahen Angehörigen“ (ebd.). Fränznick und Wieners (vgl.1996; 72) sehen einen gravierenden, geschlechtsspezifischen Unterschied in der Bewertung des unerfüllten Kinderwunsches durch tradierte Geschlechterrollen und -bilder. Während sich „Männlichkeit [...] vorrangig über beruflichen Erfolg und Leistung definiert“, so wird „Weiblichkeit in einem hohen Maß [...] über die Fähigkeit, Kinder zu gebären [festgemacht]“ (ebd.). Nach Wischmann und Stammer (vgl. 2017; 58) ist der Kinderwunsch von Männern nach eigener Aussage schwächer ausgeprägt und auch die damit verbundene Belastung wird als geringer eingeschätzt. Dahinter steckt der Gedanke, dass der Mann der Ansicht ist, „den optimistischen und sachlich-nüchternen Part der Krisenbewältigung einnehmen zu müssen, damit nicht die gesamte Partnerschaft in einen depressiven Strudel gerät“ (ebd.). Die emotionale Belastung eines unerfüllten Kinderwunsches dürfte bei Frauen und Männern gewissermaßen wohl ähnlich ausfallen – allerdings – deren Wahrnehmung und Kommunikation ist zunächst eher auf Seiten der Frau beobachtbar (vgl. Webb & Danulik 1999 zitiert nach Wischmann & Stöbel-Richter 2014; 23). Mit der Feststellung einer Fruchtbarkeitsstörung erleben Paare eine grundlegende Infragestellung ihrer bisherigen Lebensplanung, die sie oft ohne Vorbereitung trifft. Emotional belastend wirkt mitunter nicht nur die Erfordernis einer möglichen Neudefinition des eigenen Lebensentwurfs, sondern auch wenn das eigene Selbstbild gekränkt wird. Damit einhergehen können Irritationen hinsichtlich des eigenen Selbstverständnisses und Auswirkungen auf die Paardynamik, die von möglichen gegenseitigen Schuldzuweisungen bis hin zu Zweifeln an der aktuellen Partnerschaft reichen können. Herausfordernd können ebenso das Verhandeln der Inanspruchnahme bzw. des Ausschlusses reproduktiver Technologien sein sowie Fragen nach einer alternativen Lebensplanung, zum Beispiel durch Adoption oder Pflegschaft (vgl. Mayer-Lewis 2015; 190).

Die Palette zahlreicher psychischer Reaktionen, die daraus ableitbar sind, reichen von einer anfänglichen Euphorie, hervorgerufen durch das Behandlungsspektrum von ART, bis hin zu Schock und Verleugnung, Ärger und Wut, Ohnmacht und Isolation sowie Schuld- und Schamgefühlen, Depression, Trauer und letztendlich Akzeptanz, wenn der unerfüllte Kinderwunsch fortbesteht (vgl. Wischmann & Stammer 2017; 44ff.). Inwiefern psychosoziale Beratung und Begleitung in diesem Fall wirksam werden kann und (in Deutschland) ausgeführt wird, konkretisieren die folgenden Ausführungen. Zuvor jedoch werden die Begriffe „Beratung“ und „psychosoziale Beratung“ kurz skizziert.

4.1 Beratung - Begriffsbestimmung

Psychologie, Pädagogik, Betriebswirtschaft, Medizin oder auch Soziologie: viele Disziplinen beschäftigen sich in ihrer Forschung mit Fragen von Beratung. Anwendung finden dabei nicht nur verschiedene Beratungsfelder und -zielgruppen, sondern auch Beratungsansätze. Verhaltensorientiert, systemisch, ressourcen- und lösungsorientiert, prozess- oder inhaltsorientiert, psychoanalytisch, humanistisch, oder auch klientenzentriert: Beratungszugänge sind divers (vgl. Hoppe 2013; 7). Ein einheitlicher Begriff von Beratung ist nicht vorhanden – gemein ist Beratung, dass sie „überall dort, wo Menschen nicht selbst aufgrund eigener Erfahrungen, Kenntnisse, Kompetenzen urteilen und sich orientieren, planen, entscheiden oder handeln können (und dort, wo ihnen das unterstellt wird) Unterstützung durch einen Experten, den ‚Berater‘ oder die ‚Beraterin‘, [verheißt] (Nestmann 1988; 101). Im klinisch-sozialarbeiterischem Verständnis weist Pauls (vgl. 2013; 182) auf beratende, unterstützende und sozialtherapeutische Maßnahmen und Interventionen in Beratung hin. Im Mittelpunkt dessen steht eine „*professionell helfende Beziehung*“ (Weinberger 2005; 182) und ein klientenzentriertes Vorgehen. Es geht nicht darum, „fertige Lösungen anzubieten“, sondern um „die Auseinandersetzung mit emotionalen Prozessen“ (ebd. 2005; 33).

Ergebnis dessen sind ein möglicher Perspektivwechsel und neue Lösungsansätze hinsichtlich der Lebenslage und -deutung des Individuums. Veränderungen der Lebenslage zielen u.a. auf eine „Verbesserung der sozial-emotionalen Beziehungen“ (Pauls 2013; 183) oder auf Bewältigungsstrategien „objektiver Belastungsmerkmale“ (ebd.) sowie auf die „Aktivierung bzw. Verbesserung sozialer Ressourcen“ (ebd.) ab.

Ein Wandel der Lebensweise der Klientel drückt sich zum Beispiel dadurch aus, die Sinnhaftigkeit des eigenen Lebens (neu) zu deuten, Lebensbedingungen und Wünsche entsprechend abzugleichen, problematische Muster menschlicher Interaktion zu verringern, um den Weg für Transparenz zu ebnen, sowie ein Wiedererlangen von Autonomie, um handlungs- und steuerungsfähig zu bleiben, arbeitet Pauls (vgl. 2013; 183) weiter heraus. Eine klientenzentrierte Grundhaltung orientiert sich dabei an der Person, ihren Ressourcen und dem Potential Veränderungen herbeizuführen. Diese erfordert von Berater*innen „interpersonelle Kompetenzen“, das heißt „Grundhaltungen [...], aus denen sich bestimmte Verhaltensweisen [...] gegenüber dem Klienten ergeben“ (Hoppe 2013; 15). Dazu gehören Empathie und unbedingte Wertschätzung, genauso wie Echtheit, in dem Maße, sich Empfindungen gewahr zu werden und diese in den Beratungsprozess zu implementieren (vgl. ebd.). Voraussetzung ist ebenso Authentizität (auch beschrieben als Kongruenz) von Berater*innen und das kritische Hinterfragen nicht- adäquater Verhaltensweisen in Beratung (vgl. Weinberger 2005; 62ff.). Dieser klientenzentrierte Habitus bezieht sich auf alle zielgerichteten Reaktionen im beraterischen Prozess.

4.2 Grundverständnis psychosozialer Beratung

Psychosoziale Beratung hat „Orientierungs- und soziale Haltefunktion“ (Pauls 2013; 192) und „dient vor allem der Information, Begleitung und therapeutischer Unterstützung von Ratsuchenden“ (Kleinschmidt; Thorn & Wischmann 2008; 120). Mögliche Problemstellungen beziehen sich auf soziale Konflikte, auf die Bewältigung alltagsbezogener Belastungen und auch auf Krisenintervention, wobei eine Orientierungsgrundlage der Klient*innen als gegeben vorausgesetzt werden kann. Zielvorgaben können dementsprechend Entlastung der Klientel sein, Konfliktlösungen, Unterstützungsangebote zur Belastungsbewältigung und die (Wieder-)Herstellung von Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit. Interventionen im Beratungsprozess konzentrieren sich auf die aktuelle Lebenssituation und -lage der Ratsuchenden und drücken sich in ihrem Handeln in einer klientenzentrierten Grundhaltung der Berater*innen aus (vgl. ebd.; 191). Zudem sind diese in ihrer Absicht klar – das heißt, im Fokus stehen Aspekte des zentralen Problems, die nicht an den Ratsuchenden vorbei deuten. Interventionen sind verständlich und nachvollziehbar, Berater*innen nehmen Klient*innen und ihre Problemlage ernst, in dem sie erhaltene Mitteilungen widerspiegeln.

Um Übertragungsneigungen auszuschalten, ist eine neutrale Haltung im Beratungsprozess unabdingbar. Zu den grundlegenden Interventionsformen im Beratungsprozess gehören aktives Zuhören, Zusammenfassen und Verbalisieren des Gesagten sowie Handhaben verschiedener Fragetechniken zum Standardrepertoire. Ergänzend dazu gilt es den möglichen Informationsbedarf der Klientel zu decken und entsprechendes Feedback zu erteilen (vgl. Luborsky 1988; 56ff.). Der zeitliche Rahmen psychosozialer Beratung kann nur grob umrissen werden; denkbar sind nur wenige Sitzungen bis hin zu jahrelanger Begleitung (vgl. Pauls 2013; 195).

4.3 Psychosoziale Beratung in der Kinderwunschbehandlung – Status Quo

Finden Paare den Weg in die Kinderwunschbehandlung, so geht ihrer Entscheidung reproduktive Technologien in Anspruch zu nehmen, in der Regel einige Zeit erfolgloser Versuche, die Konzeption auf natürlichem Wege herzustellen, voraus. Geschlechtsverkehr nach Zeitplan verbunden mit einem Wechselspiel aus Hoffnung und Enttäuschung, empfundener Druck durch das soziale Umfeld, eventuelle Arztwechsel - viele Stressoren können hier im Vorfeld schon wirksam sein (vgl. Dorn 2010; 12). Ist die Hürde, professionelle ärztliche Unterstützung in Anspruch zu nehmen, genommen und das Paar in der Kinderwunschbehandlung „angekommen“, so werden das Erleben einer Fertilitätsstörung und auch von ART häufig als sehr belastend eingeschätzt (vgl. Stammer, Verres & Wischmann 2004; 8). Während der Fokus in den Anfangszeiten psychosomatischer Forschung zum unerfüllten Kinderwunsch hauptsächlich auf den möglichen psychischen Ursachen lag, geraten mehr und mehr die psychosozialen Folgen in den Fokus (vgl. Wischmann & Stöbel-Richter 2014; 19), die den unerfüllten Kinderwunsch und alle damit einhergehenden Bereiche des Lebens berühren (vgl. Thorn 2015; 106). Das Feld der psychosozialen Beratung bei ungewollter Kinderlosigkeit hat in den letzten Jahren eine zunehmende Professionalisierung erfahren (BMFSFJ 2012; 2). Zahlreiche Beratungskonzepte wurden auf den Weg gebracht und evaluiert; genannt sei hier exemplarisch die „Heidelberger Kinderwunsch-Sprechstunde“ (vgl. Stammer, Verres & Wischmann 2004; 3ff.). Zusätzlich sei hier auf Richt- und Leitlinien in Verbindung mit psychosozialer Kinderwunschberatung hingewiesen.

Die „Leitlinie psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen“ (vgl. Kentenich et al. 2014) gibt umfassend Aufschluss über somatische Diagnostik und Therapie. Ein ähnlicher Stellenwert hinsichtlich psychosozialer Aspekte kommt den BKiD⁵-Leitlinien zu, welche Ziele und Inhalte psychosozialer Beratung definieren sowie Qualifikationsrichtlinien für die Zertifizierung von psychosozialen Berater*innen aufgestellt haben (Kleinschmidt, Thorn & Wischmann 2008; 117ff.). Obwohl der Wunsch nach psychosozialer Beratung bei vielen Paaren und Personen gegeben scheint, liegen eindeutige Zahlen zur Inanspruchnahme dieser nicht vor (vgl. BMFSFJ 2012; 38f.). Denkbar ist, dass hier diverse Hemmschwellen wirksam werden.

Ausgehend von der ursächlichen Annahme seelischer Konflikte, die zu ungewollter Kinderlosigkeit führen (vgl. Wischmann & Stammer 2017; 104) speist sich „Angst vor Stigmatisierung und zusätzlicher Labilisierung“ (BMFSFJ 2012; 39). Trotz Vorhandensein von Leit- und Richtlinien [die eine klare Empfehlung aussprechen] psychosoziale Beratung in die Kinderwunschbehandlung zu implementieren, mangelt es an entsprechender Integration eben jener (vgl. ebd.; 37ff.).

Psychosoziale Kinderwunschberatung leisten Schwangerschafts-Beratungsstellen, Lesben- und Frauenberatungsstellen (für lesbische Paare mit unerfülltem Kinderwunsch), zertifizierte Berater*innen des BKiD sowie vereinzelt reproduktionsmedizinische Zentren (vgl. ebd.; 42). So hat eine im Jahr 2011 durchgeführte Pilotstudie zum Stellenwert psychosozialer Beratung in reproduktionsmedizinischen Zentren in Deutschland folgendes ergeben: von 103 untersuchten Internetauftritten wiesen nur 62 IVF-Zentren eine detaillierte Leistungsübersicht aus, aber nur bei 4 IVF-Zentren war eine explizite Leistung psychologischer Betreuung ersichtlich (vgl. Stöbel-Richter et al. 2011; 418). Auch in den Schwangerschaftsberatungsstellen wird das Thema psychosoziale Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch „eher randständig“ (BMFSFJ 2012; 62) behandelt bzw. „in sehr vielen Fällen ist davon auszugehen, dass Ratsuchende [...] aufgrund der Online-Angebote der Schwangerschafts(-Konflikt-)Beratungsstellen keine Hinweise bekommen, dass sie dort potenziell auch psychosoziale Kinderwunschberatung angeboten bekommen“ (ebd.; 46). Diese sollte „vor allem der Information, Begleitung und therapeutischer Unterstützung“ (Kleinschmidt, Thorn & Wischmann 2008; 120) dienen, arbeitet das BKiD heraus.

⁵ Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland

5 METHODISCHER ZUGANG

Nachdem in den bisherigen Ausführungen eine theoretische Rahmung von Kinderwunschbehandlung hinsichtlich ihrer medizinischen, gesellschaftspolitischen, rechtlichen und psychosozialen Aspekte erfolgt ist, wird nun das Forschungsvorhaben dieser Arbeit konkretisiert. Im Vordergrund steht die Frage in wie weit psychosoziale Beratung in ART einen Parameter für eine erfolgreiche Kinderwunschbehandlung darstellt. Die folgenden Erläuterungen stellen den Forschungsansatz vor, der diesem Vorhaben zugrunde liegt. Nachfolgend werden sowohl Untersuchungsdesign als auch Stichprobe beschrieben, ebenso der Zugang zum Forschungsfeld sowie Durchführung und Auswertung der erhobenen Daten.

5.1 Erkenntnisinteresse und entstandene Forschungsfragen

ART-Methoden können sowohl aus physischer, als auch aus psychischer Sicht eine Herausforderung und Belastungsprobe darstellen und durch Paare oder Personen teils als krisenhaft erlebt werden. Wie bereits beschrieben unterscheidet sich die Richtlinie der Bundesärztekammer von den Gesetztestexten des SGB V, wenn es um die Durchführung der psychosozialen Beratung geht. Logische Konsequenz wäre die Durchführung zweier Beratungen. Die verbindliche Umsetzung bzw. eine flächendeckende Integration ist trotz zunehmender Professionalisierung der psychosozialen Beratung allerdings nicht gegeben; darüber hinaus zeigt sich, dass bestehende Beratungsangebote aufgrund von einhergehenden Ängsten und / oder aus fehlender Kenntnis über das Vorhandensein dieser Möglichkeit von Betroffenen ungenutzt bleiben. Anliegen dieser Arbeit soll u.a. deshalb sein, den psychosozialen Beratungsbedarf in der Kinderwunschbehandlung aus Sicht der Patientinnen zu eruieren.

Bemisst sich der Erfolg von ART aus rein medizinischer Sicht in erster Linie in der Herbeiführung einer erfolgreichen Schwangerschaft und damit in der Überwindung der ungewollten Kinderlosigkeit, so stehen hier psychische und soziale Dimensionen, die eng mit reproduktionsmedizinischen Verfahren verknüpft sein können im Mittelpunkt des Geschehens. Schon vor Beginn der Kinderwunschbehandlung kommen psychosoziale Aspekte zum Tragen.

Von Interesse ist, wie die eigene kinderlose Lebensrealität selbst und im Umgang mit dem sozialen Umfeld erlebt wird und wie sich die Erwartungshaltung gegenüber ART im Einzelnen definiert. Von Belang sind zudem die Ausprägung und der Umgang mit möglichen Stressoren in der Kinderwunschbehandlung sowie damit denkbar verbundenen Auswirkungen auf Sexualität, Paarbeziehung und Paardynamik. Das Forschungsinteresse zeichnet sich aber auch darin aus, Einflussfaktoren aufzuzeigen, die sich positiv auf das Erleben von ART auswirken und inwieweit psychosoziale Beratung hierbei einen Prädiktor darstellen kann. Es soll zudem die Frage beantwortet werden, inwiefern das Thema psychosoziale Beratung im Behandlungsprozess verhandelt sowie durch die Stichprobe in Anspruch genommen wird, und/oder welche Alternativen einen guten Umgang mit dem Kinderwunsch schaffen bzw. neue Perspektiven, Handlungsweisen und modifizierte Lebensentwürfe gestatten bzw. in den Blickpunkt rücken. Daraus resultierend ergeben sich folgende Forschungshypothesen für die sich anschließende Forschung.

- Frauen dieser Stichprobe empfinden ihre eigene Subfertilität und/oder die ihres Partners als Makel – ein offener Austausch darüber (fernab des nahen sozialen Umfeldes⁶) findet nicht, oder nur selten statt.
- Das Stresserleben im Rahmen von ART ist vielfältig. Dennoch gibt es eine Anzahl von Stressoren, die von vielen der zehn Patientinnen ähnlich empfunden werden.
- Bei vielen der Interviewten herrscht Unkenntnis darüber, dass es ein psychosoziales Beratungsangebot gibt. Dieses wird von ärztlicher Seite aus wenn überhaupt, dann nur selten vermittelt.
- Professionelle psychosoziale Beratung ist neben der Beratung zu rein medizinischen Aspekten ein wesentlicher Eckpfeiler für eine erfolgreiche Kinderwunschbehandlung.
- Erfolgreiche Kinderwunschbehandlung definiert sich nicht allein über das Herbeiführen einer Schwangerschaft, sondern bedeutet auch, einen guten Umgang mit ungewollter Kinderlosigkeit zu finden, Alternativen im Lebensentwurf zu überdenken und Trauerarbeit zu leisten.

Aus dem Erkenntnisinteresse heraus ergibt sich ein qualitativ orientierter Forschungsansatz.

⁶ enger Familienkreis

5.2 Qualitative Sozialforschung und der Ansatz der Qualitativen Inhaltsanalyse

Während die qualitativ-empirische Sozialforschung im angloamerikanischen Raum auf eine lange Tradition zurückblicken kann (vgl. Terhart 1997; 31) hat die Idee, die Methode des Verstehens als eine „sinnvolle Alternative“ (Garz & Kraimer 1991; 5) zur quantitativen Sozialforschung zu begreifen, in Deutschland erst Ende der 60er Jahre einen Bedeutungszugewinn erhalten. Qualitativ-empirische Sozialforschung versteht sich nicht als „Frontstellung“ (Friebertshäuser & Prengel 1997; 11) zur quantitativen Forschung, sondern es erscheint sinnvoll, der „um Standardisierung und Quantifizierung bemühten ‚traditionellen‘ Forschung eine qualitative Orientierung gegenüberzustellen“ (Kromrey 2009; 509). Diese intendiert „ganzheitliche, kontextgebundene Eigenschaften sozialer Felder“ (Terhart 1997; 27) gegenstandsnah zu begreifen und zu erfassen, wobei diese eine enge Bindung zu Belangen der für die in diesem sozialen Feld handelnden Personen haben. Wenn qualitative Forschung Feldforschung ist (vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahr 2008; 53), dann gilt es, die Lebenswelten aus der Perspektive der in diesem Feld agierenden Menschen unter Berücksichtigung ihrer Weltsicht zu beschreiben, zu rekonstruieren und zu generalisieren. Ergebnis dessen ist ein besseres Verständnis für soziale Wirklichkeit, das sich als Resultat einer gemeinsamen Herstellung und Zuschreibung von Bedeutungen darstellt (vgl. Terhart 1997; 29). „Für die Methodologie der qualitativen Forschung folgt daraus [...] die Konzentration auf die Formen und Inhalte dieser alltäglichen Herstellungsprozesse über die Rekonstruktion der subjektiven Sichtweisen und Deutungsmuster der sozialen Akteure“ (Flick et al. 2009; 20). Ausgehend von der Tatsache, dass soziale Akteure beständig ihre gemeinsame Welt herstellen und soziale Wirklichkeit prozesshaft, reflexiv und rekursiv sei, analysiere qualitative Forschung ferner Kommunikations- und Interaktionssequenzen unter Zuhilfenahme von Beobachtungsverfahren und sequenziellen Textanalysen. Da objektive Lebensbedingungen durch subjektive Bedeutungen für die Lebenswelt relevant seien, zielt qualitative Forschung auf eine hermeneutische Interpretation des subjektiv gemeinten Sinns ab, arbeiten Flick et al. weiter heraus (vgl. ebd.; 20f). Wesentlich ist dabei, dass unterschiedliche Perspektiven berücksichtigt und einer Analyse unterzogen werden, und die Reflexion des Forschers zum Erforschten als Bestandteil der Erkenntnis zu werten ist (vgl. ebd. 23).

Um der Forderung, die soziale Welt mit den Augen anderer zu sehen bzw. der Perspektive nachvollziehend entsprechend Rechnung zu tragen, ist ein offener Feldzugang von zentraler Bedeutung. Das heißt, qualitative Forschung will dem Untersuchungsgegenstand „keine vorab formulierten Theoriemodelle überstülpen, sondern [...] Erfahrung sozialer Wirklichkeit 'aus erster Hand' [gewinnen]“ (Terhart 1997; 30). Hauptaugenmerk wird also weniger darauf gelegt, bereits vorab formulierte bekannte Theorien zu überprüfen, sondern das, was nicht bekannt ist, zu entdecken und schlussfolgernd Theorien zu entwickeln, die empirisch überprüfbar sind (vgl. Flick et al. 2009; 21). Die qualitative Forschung, die in sich verschiedene Forschungsansätze vereint, empfiehlt je nach Forschungsperspektive unterschiedliche Methoden der Datenerhebung und Interpretation. Da diese Arbeit beabsichtigt, die verschiedenen Sichtweisen, Bedeutungen, Sinnzuschreibungen sowie das Erleben der Empfindungen und Erfahrungen während der Kinderwunschbehandlung aufzudecken, herauszuarbeiten und darzustellen, bezieht sich die eingenommene Forschungsperspektive auf das Filtern von Zugängen subjektiver Sichtweisen. Um diese zu explorieren schlägt die qualitative Sozialforschung verschiedene methodische Zugangsformen durch Interviews vor, in denen der Forscher auf die „intensive Kooperation einer oder mehrerer erforschter Personen angewiesen [ist]“ (Terhart 1997; 35).

Die Wahl des Datenerhebungsverfahrens der vorliegenden Arbeit fiel auf die Methode des Leitfadeninterviews – die anschließende Interpretation des Datenmaterials erfolgt mit dem Instrument der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010). Ihren Entstehungshintergrund hat die Inhaltsanalyse in den Kommunikationswissenschaften der 20er Jahre des letzten Jahrhunderts „als quantifizierende Methode zur Analyse von Texten“ (Gläser & Laudel 2010; 197). Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring wurde rund 60 Jahre später entwickelt (vgl. ebd.; 198) und erhebt den Anspruch, dass sie sich an der Komplexität von Informationen und am Verstehen orientiert und fixierte Kommunikation systematisch, regel- und theoriegeleitet analysieren will (vgl. Mayring 2010; 12f). Intendiert wird die „Analyse von Material, das aus irgendeiner Art von *Kommunikation* stammt“ (ebd.; 11). Bedeutsam dabei ist, dass nicht allein der bloße Inhalt von Kommunikation im Vordergrund steht; Besonderheiten der szenischen Darstellung sowie sprachliche Gestaltungsmerkmale (z.B. Zäsuren, Tempo, Lautstärke) können in die Auswertung des Datenmaterials mit einfließen.

Rückschlüsse auf bestimmte Kommunikationsaspekte sind intendiert, wobei das Material nicht losgelöst voneinander betrachtet wird, sondern als Bestandteil einer Kommunikationskette begriffen werden soll.

Inhaltsanalytisch zu arbeiten beinhaltet jedwedes Vorverständnis und die Entstehungsbedingungen des Materials explizit darzulegen, die Bereitschaft des Forschers sich an alltäglichen Prozessen des Verstehens und Interpretierens zu orientieren und setzt den Willen und die Fähigkeit zum Perspektivwechsel voraus. Zudem müsse sich die qualitative Inhaltsanalyse an Interpretationsregeln der strukturalen Textanalyse bedienen, semiotische Grundbegriffe mit einbinden und die Kommunikationsgemeinschaft über die und für welche Aussagen getroffen werden sollen definieren, legt Mayring (vgl. 2010; 29ff.) dar. Grundannahme der qualitativen Inhaltsanalyse ist, dass die auszuwertenden Texte, die Daten enthalten. Die Rohdaten werden also extrahiert, aufbereitet und ausgewertet (vgl. Gläser & Laudel 2010; 199); vorgegangen wird dabei auf reduzierende Art und Weise. Das sprachliche Material zusammenzufassen bedeutet, es zu „einem kleineren Netzwerk von Bedeutungseinheiten (Makropropositionen) zu reduzieren“ (ebd; 44). Eine Interpretation des sprachlichen Materials kann jedoch nie als abgeschlossen betrachtet werden, es bleibt also immer die Möglichkeit einer Re-Interpretation der Daten. Im Zentrum der qualitativen Inhaltsanalyse steht die Konstruktion und Anwendung eines Systems von Kategorien, deren Gestaltung und Begründung eine entscheidende Rolle zukommt um eine Nachvollziehbarkeit der Analyse entsprechend sicher zu stellen (vgl. ebd.; 49). Die vorliegende Arbeit ist hauptsächlich durch eine deduktive Kategoriendefinition bestimmt, da theoretische Vorüberlegungen zur Kinderwunschbehandlung (z.B. mögliche physische und psychische Belastungen) sowie strukturelle Abläufe von ART bekannt sind. Im Zuge dessen wurden die Fragenkataloge der Leitfadeninterviews so operationalisiert, dass sie Ansatzpunkte für eine mögliche Entwicklung der Kategorien liefern. Die ausführliche Kategorienfindung anhand des Interviewmaterials erfolgt im sechsten Kapitel.

5.2.1 Untersuchungsdesign – Subjektives Erleben der Kinderwunschbehandlung aus Sicht der Patientinnen

Entlang der in Abschnitt 5.1 dargelegten Forschungsfrage wurde das Untersuchungsdesign entwickelt. Bei der Wahl der Untersuchungsmethode stand im Vordergrund den zu Interviewenden die Möglichkeit zu offerieren, ihr subjektives Erleben während der Kinderwunschbehandlung darzulegen und zwar durch eine möglichst offene Gestaltung der Interviewsituation, die in sich wiederum auch erzählgenerierende Impulse vereint, bei gleichzeitiger Absteckung des Themenspektrums.

Diesem Anspruch wird am ehesten ein *offenes Leitfadeninterview* gerecht. Es zeichnet sich dadurch aus, dass vor dem Interviewgeschehen ein Leitfaden erarbeitet wird, der eine gewisse Feldkompetenz des Forschenden voraussetzt, durch vorformulierte Fragen und Themen gekennzeichnet ist (vgl. Friebertshäuser 1997; 375) und in solchen Forschungskontexten sinnvoll eingesetzt werden kann, in denen die Fragestellung relativ eng begrenzt ist (vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahr 2008; 139). Der Interviewverlauf ist asymmetrisch organisiert (Forscher fragen, Befragte antworten) (vgl. Kromrey 2009; 340), gleichzeitig lassen Leitfadeninterviews Befragten die Möglichkeit offen, eigene Themen und Aspekte zu ergänzen. Eine zuvor detaillierte Ausformulierung der Fragen und Nachfragethemen gewährleistet spätere Vergleichbarkeit unter den Angaben der Interviewten. Die Einhaltung der zunächst festgelegten Reihenfolge der Fragen in der Interviewsituation selbst ist jedoch nicht zwingend erforderlich, betont Friebertshäuser (vgl. 1997; 376), sondern dient in erster Linie als Gerüst. Sowohl Ad-hoc-Fragen als auch allgemeine und spezifische Sondierungen schaffen die Grundlage zur späteren Ausdifferenzierung spezieller Themenbereiche. Atteslander weist in diesem Zusammenhang auf die „Fähigkeit [hin], zentrale Fragen im geeigneten Moment zur Diskussion zu stellen“ (2010; 142) und das Interviewgeschehen nicht zu einem Frage-Antwort-Dialog zu gestalten. Leitfadengestützte Interviews bewegen sich in ihrem Ablauf idealtypisch vom Allgemeinen zum Konkreten. Den Gesprächsbeginn zeichnet eine sehr offen gehaltene Eingangsfrage aus; diese fungiert als Stimulus für eine mögliche Narration, in der die Befragten ihre subjektive Sicht darlegen können.

Aufbauend darauf folgen im Leitfaden inhaltliche Themenbereiche, die wiederum offen eingeleitet werden sollen (vgl. Przyborski & Wohlrab-Sahr 2008; 142) und somit Erzählimpulse auslösen. Oberste Prämisse im Interviewgeschehen und Forschungsprozess bildet der Anspruch forschungsethisch korrekt vorzugehen, in dem das Wohlergehen der Befragten im Vordergrund steht, ihnen in der Analyse der Daten gerecht zu werden, Schädigungen für die Beteiligten in der Datensammlung zu vermeiden und Vertraulichkeit und Anonymität in der Darstellung zu gewährleisten (vgl. Flick 2012; 62ff.). Inwiefern diesen Gesichtspunkten Rechnung getragen werden konnte, beleuchtet Abschnitt 5.2.3. Das entwickelte Leitfadeninterview (s. *Anlage A*) umfasst 17 Einzelfragen, die eine Orientierung und Gedächtnisstütze darstellen und sich wiederum in sieben verschiedene Phasen untergliedern lassen.

Der Gesprächsbeginn in Form einer sehr allgemein gehaltenen Einstiegsfrage bietet die Möglichkeit eine Anfangserzählung zu generieren und all die Aspekte darzulegen, die in irgendeinem Bezug zur Kinderwunschbehandlung stehen. Damit wird ein erster Einblick in den Erlebensprozess der Befragten gewährleistet. Daran schließt sich ein Fragenkomplex an, der sich auf die Rekonstruktion von ART bezieht bzw. deren medizinische Rahmenbedingungen (Wahl der Methode, Anzahl der Versuche sowie medizinische Interventionen als Voraussetzung für den Beginn der Behandlung). In einem nächsten Schritt steht das subjektive Empfinden und Erleben im Vordergrund – hier sollen Gefühlslagen eruiert werden, die in einem späteren Fragenblock, der die Gelegenheit gibt, diese in Verbindung zu einzeln erlebten positiven und negativen Situationen zu bringen, komplettiert werden. Dem vorgelagert ist jedoch ein Fragenkomplex bestehend aus fünf Einzelfragen, die sich am Kern des Forschungsgegenstandes - der psychosozialen Beratung in der Kinderwunschbehandlung - orientieren. Fokussiert wird hierbei auf evaluationsspezifische Frageinhalte, die möglichen Nutzen und Wert ergründen sollen. Die vorletzte Phase des Interviews konzentriert sich auf paardynamische Aspekte während der Kinderwunschbehandlung, bevor den Befragten in einer letzten abschließenden Frage nochmalig Gelegenheit gegeben wird zu resümieren und wichtige Gesichtspunkte, die möglicherweise noch nicht genannt wurden zur Sprache zu bringen und ressourcenorientiert auf aus ihrer Sicht erlebte Defizite hinzuweisen.

5.2.2 Stichprobe: subjektives Erleben der Kinderwunschbehandlung aus Sicht der Patientinnen

Entlang der Forschungsfrage hat sich die Auswahl der Stichprobe ergeben. In der Vorüberlegung erschien es sinnvoll insgesamt zehn Patientinnen zu befragen, von denen fünf erfolgreich eine Kinderwunschbehandlung durchlaufen haben - und fünf diese ohne medizinischen Erfolg (Eintritt einer Schwangerschaft) abgebrochen haben. Dieses Vorhaben auch praktisch umzusetzen gestaltete sich schwieriger als angenommen. In der Recherche nach möglichen Teilnehmerinnen zeigten sich schnell erhebliche Widerstände und Unbehagen, die eigene ungewollte Kinderlosigkeit überhaupt offen zu legen, auch unter der Voraussetzung der Zusicherung von Anonymität. In diversen Internetforen (z.B. www.9monate.de; www.wunschkind.net) findet zwar ein reger Austausch zum unerfüllten Kinderwunsch zwischen den Beteiligten statt; diese Konversation wird allerdings in der Regel unter der Verwendung von Pseudonymen geführt; Klarnamen waren in der Recherche nicht erkennbar.

Auf der Suche nach Gesprächspartnerinnen lag es nah, eine Mitgliedschaft in zwei Kinderwunschforen abzuschließen und ein Gesuch nach Interviewpartnerinnen zu veröffentlichen⁷. Diese Bitte um Teilnahme erfolgte am 4. Januar 2017⁸. Noch am gleichen Tag reagierten Verantwortliche des Portals www.9monate.de. Darin wurde per E-Mail mitgeteilt, dass Interviewanfragen einer Genehmigung bedürfen, diese aber auch nicht erteilt würde, da sich diese Anfragen in der Vergangenheit häuften – und die Anfrage deshalb gelöscht werde. Der Aufruf im Forum www.wunschkind.net versprach zunächst größeren Erfolg. Die Resonanz auf den Aufruf war schon innerhalb eines Tages groß; insgesamt meldeten sich sechs Frauen per E-Mail, die sich für ein Interview bereit erklärten. Letztendlich sind auf diesem Wege allerdings nur drei Interviews zustande gekommen, da sich bereits am nächsten Tag Zweifel an der Glaubwürdigkeit meines Forschungsvorhabens mehrten. Mitglieder dieses Forums stießen bei ihrer Recherche auf meinen journalistischen Hintergrund und schlussfolgerten, dass eine Interviewanfrage nur in Verbindung mit einer möglichen Veröffentlichung einhergehen würde.

⁷ www.9monate.de; www.wunschkind.net

⁸ <http://www.wunschkind.net/forum/read/1/8574258/8574258#msg-8574258> (zuletzt abgerufen am 10. Februar 2017)

Andere Forums-Mitglieder monierten die Angabe meiner privaten E-Mail-Adresse als Kontaktadresse. Daraufhin war viel Überzeugungsarbeit notwendig, verbunden mit der nochmaligen Versicherung, die zu gewinnenden Daten einzig und allein der wissenschaftlichen Forschung zugute kommen zu lassen. Klarnamen und Wohnort dieser Teilnehmerinnen waren und sind mir nicht bekannt. Geführt wurden diese Interviews auch nicht von Angesicht zu Angesicht, sondern telefonisch. Alle anderen Teilnehmerinnen, die einem Interview positiv gegenüber aufgeschlossen waren, konnten durch persönliche Ansprache, oder Vermittlung durch Dritte gewonnen werden. Die ursprüngliche Vorüberlegung zehn Frauen zu interviewen konnte umgesetzt werden, nicht jedoch das Vorhaben einer Gleichverteilung unter den zu Interviewenden bezüglich ihres medizinischen Erfolgs in der Kinderwunschbehandlung, im Sinne der Herbeiführung einer Schwangerschaft. Bei 50% der Befragten stellte sich eine erfolgreiche Schwangerschaft und anschließende Geburt nach ICSI, oder IVF ein, vier Teilnehmerinnen haben die Kinderwunschbehandlung nach erfolgloser IUI, ICSI oder IVF abgebrochen bei anschließender Spontanschwangerschaft und Geburt. Zudem konnte eine weitere Teilnehmerin gewonnen werden, die sich seit mehreren Jahren in der Kinderwunschbehandlung befindet. Die befragten Frauen haben ihren Wohnsitz in Sachsen-Anhalt; Sachsen und in anderen Bundesländern, über die aufgrund des Wunsches nach vollkommener Anonymität in der Interviewsituation keine Aussage getroffen werden kann.

5.2.3 Durchführung: Interviews subjektives Erleben der Kinderwunschbehandlung aus Sicht der Patientinnen

Im Zeitraum zwischen dem 5. Januar und dem 9. Februar 2017 wurden alle zehn Interviews durchgeführt. Für sieben face-to-face-Interviews wurden im Vorfeld telefonisch Termine vereinbart, Zeit und Ort der Durchführung oblag den Teilnehmerinnen. In der Regel wurde die eigene Wohnung gewählt - eine Befragte entschied sich für ihren Arbeitsplatz nach den offiziellen Bürozeiten und eine Teilnehmerin zog den Wohnort der Interviewerin vor. Die Gespräche wurden mit Hilfe eines Tonbandgerätes (Yellowtec iXm Recording Microfon Beyer) aufgezeichnet. Dieses Aufnahmegerät wird auch im Hörfunk eingesetzt – das heißt, die Aufnahmen verfügen über eine exzellente Tonqualität, die den Prozess des Transkribierens enorm erleichtern. Für die Aufnahme der drei Telefoninterviews stand aufgrund meiner journalistischen Tätigkeit ein Sendestudio zur Verfügung.

Das Vorhandensein eines Telefonhybriden gewährleistet ein unmittelbares Mitschneiden der Interviews mit Hilfe von Software (Adobe Audition 3.0) – ebenfalls in guter Tonqualität. Auch hier erfolgte ein vorheriger Austausch über den Zeitpunkt der Aufzeichnung und eine Einschätzung der möglichen Dauer des Interviews im Vorfeld. Der zeitliche Rahmen der Interviews bewegte sich zwischen 9:00 und 27:00 Minuten.

Vor den Aufzeichnungen wurden die Teilnehmerinnen nochmals über Forschungsprojekt, Schweigepflicht und Datengeheimnis, Freiwilligkeit der Teilnahme, Anonymisierung und Codierung der Daten, das Löschen der Aufnahme nach Transkription sowie über die Möglichkeit der Verweigerung von Antworten und Abbruch des Interviews (informierte Einwilligung, s. Anhang *Anlage B*) informiert. Im Fall der drei Telefoninterviews war nur ein mündliches informiertes Einverständnis möglich, da weder Kontaktdaten (mit Ausnahme der Telefonnummer) noch Klarnamen bekannt waren, als Voraussetzung für die Teilnahme am Interview. Diese Aufklärung wurde in keiner der Interviews aufgezeichnet, insofern beginnt die Transkription jeweils mit der Einstiegsfrage. In den Gesprächen kam es weder zu einer Antwortverweigerung, noch zu einem Abbruch. Auffällig war eine meist sehr gelöste Gesprächsatmosphäre; anfängliche Zurückhaltung der Frauen löste sich schnell auf.

5.2.4 Untersuchungsdesign Experteninterview

Das subjektive Erleben der Kinderwunschbehandlung aus Sicht der Patientinnen wird in meinem Forschungsvorhaben ergänzt durch die professionelle Perspektive auf psychosoziale Beratung im Rahmen von ART. Experten verstehen Gläser & Laudel als „Zeugen‘ der [...] interessierenden Prozesse“ (2010; 12). Der Einsatz von Experteninterviews ist demnach immer dann sinnvoll, wenn „*soziale Situationen oder Prozesse rekonstruiert werden sollen*“ (ebd.; 13). Auch in der Rekonstruktion eines sozialen Prozesses bietet sich ein offenes Leitfadenterview an, das flexibel in der Handhabung ist (vgl. Meuser & Nagel 1997; 483). Im Fokus steht ein Informationsziel – der Fragende führt das Gespräch. Das bedeutet einen Interviewverlauf zu planen, der die Informationen ergibt, die für das Forschungsvorhaben nötig sind und setzt die Kenntnis von Strukturen als auch Kompetenzen im Handlungsfeld voraus. Die Auswahl der Expert*innen wird geleitet von Überlegungen zur Informationsverfügung, der Fähigkeit und Bereitschaft diese Informationen weiter zu geben und der Verfügbarkeit von Informant*innen (vgl. Gläser & Laudel 2010; 117).

Im Interview stellt der Leitfaden auch hier nur das grobe Gerüst dar; einzelne Nachfragen ergänzen die Ausführungen. Voraussetzungen für die Befragung ist aus forschungsethischer Sicht ebenfalls eine informierte Einwilligung.

Die Auswertung des Interviews erfolgt wiederum mittels qualitativer Inhaltsanalyse. Das entwickelte Leitfadenterview (s. Anhang *Anlage A1*) setzt sich aus zehn Fragen zusammen. Schwerpunkt des ersten Komplexes, der drei Fragen umfasst, ist die Rekonstruktion des Umgangs mit Kinderwunschbehandlung von Paaren aus Sicht der Expert*innen. Im Vordergrund steht die Bedeutung von ART verbunden mit Erlebnissen und Herausforderungen mit denen Betroffene konfrontiert werden. Anschließend daran beschäftigt sich der nächste Fragenblock mit psychosozialer Beratung. Von Interesse sind hierbei Leistungsspektrum, Bedarfe und mögliche Themenfelder. Die letzten vier Fragen dienen der Ergründung von Rahmenbedingungen und möglichen Hürden bei der Inanspruchnahme bzw. dem Angebot von psychosozialer Beratung.

5.2.5 Stichprobe Experteninterview

Der Einsatz eines Experteninterviews in dieser Arbeit resultierte aus der grundlegenden Überlegung getroffene Aussagen der Patientinnen zur Kinderwunschbehandlung entweder aus Expertinnen-Sicht zu untermauern oder zu widerlegen. Bei der Recherche nach möglichen Experten galt es also, eine Einrichtung zu finden, die im Rahmen ihres Portfolios psychosoziale Beratung *vor*, *während* als auch *nach* einer Kinderwunschbehandlung anbietet. Die telefonische Anfrage erfolgte am 13. Februar 2017 – eine Zusage bereits zwei Tage später mit der Bitte um eine vorherige Zusendung des Interviewleitfadens per E-Mail. Diesem Gesuch wurde entsprochen. Über den Namen der Institution und deren Sitz kann aufgrund der zugesicherten Anonymität (informierte Einwilligung) keine Auskunft gegeben werden.

5.2.6 Durchführung Experteninterview

Eine Woche nach der telefonischen Anfrage wurde das Interview in der Beratungseinrichtung durchgeführt. Die zeitliche Verfügbarkeit war im Vorfeld auf anderthalb Stunden begrenzt worden; tatsächlich umfasste das Interview einen Zeitrahmen von 30:21 Minuten, die vollständig transkribiert wurden.

Entgegen der vorherigen Annahme im Interview allein auf die angefragte Expertin zu treffen, gestaltete sich die Interviewsituation so, dass eine weitere Beraterin anwesend war, die das Beratungsfeld der Kinderwunschbehandlung mit ihren Ausführungen entsprechend ergänzte. Vor der Aufzeichnung des Interviews mit entsprechender Technik (vgl. 5.2.3) erfolgte ebenso die Aufklärung über das Forschungsvorhaben und die informierte Einwilligung.

5.3 Datenauswertung

In Kapitel 5.1 wurde bereits dargelegt, dass sich bei diesem Forschungsvorhaben ein qualitativer Forschungsansatz in Gestalt der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010) eignet. Bevor einzelne Auswertungsschritte dieser Methode näher im Abschnitt 5.3.2 erläutert werden, behandeln die folgenden Ausführungen den Prozess der Transkription, welche Voraussetzung für weitere Analysen ist.

5.3.1 Transkription

Transkription ist „die Verschriftlichung von akustischen oder audiovisuellen [...] Gesprächsprotokollen nach festgelegten Notationsregeln“ (Deppermann 1999; 39). Die Verschriftlichung der zehn Betroffenen-Interviews sowie des Experten-Interviews erfolgte in Anlehnung an das Transkriptionsmodell *Gesprächsanalytische Transkription* (GAT) unter Verwendung der Textnotation nach Deppermann (s. Anhang, *Anlage C*). Jedes Detail wurde im Sinne „der Analyseprämisse 'order at all points'“ (ebd.; 40) als „sinnvoll motiviert“ (ebd.) betrachtet entsprechend behandelt, um „[eine] extensive und beliebig oft wiederholbare Analyse“ (ebd.) zu schaffen. Angestrebt wurde jedoch ein Kompromiss zwischen originalgetreuer Wiedergabe und einer verständlichen Lesbarkeit. Da mein Forschungsvorhaben keiner linguistischen Gesprächsanalyse bedarf, wurde bei der Transkription auf Vermerke von Tonhöhenbewegungen, Akzenttonhöhenbewegungen sowie Veränderungen von Lautstärke und Sprechgeschwindigkeit verzichtet. Bei der Erstellung des Transkripts fanden die Softwareprogramme Audacity© und Microsoft Office 2011© Verwendung.

Jedes transkribierte Interview verfügt über ein Gesprächsinventar, bestehend aus dem zugehörigen Deckblatt (s. Anhang, *Anlage D*) und dem Inventar des Gesprächsablaufes (s. Anhang, *Anlage D1*).

Die Deckblätter verweisen auf allgemeine Daten der Gesprächsaufnahme und beinhalten Gesprächsname und -Nummer, Datum, Aufnahmeort (sofern bekannt), Aufnahmezeit, Sprecher, Interviewdauer sowie allgemeine Bemerkungen zur Interviewsituation. Das Inventar eines jeden Gesprächsablaufes ermöglicht eine schnelle Übersicht über das Gesamtgespräch, kennzeichnet den thematischen Verlauf und erlaubt einen systematischen Zugriff auf die Stellen des Datenmaterials, die sich beispielsweise einer bestimmten Forschungsfrage unterordnen. Sämtliche Personennamen, Orte und Institutionen wurden im Transkript anonymisiert.

5.3.2 Auswertungsschritte in Anlehnung an die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2010)

Qualitativ inhaltsanalytisch zu arbeiten bedeutet das Zerlegen des Datenmaterials in einzelne Interpretationsschritte, die im Vorfeld festgelegt werden. Durch Zusammenfassung, Explikation oder Strukturierung (vgl. Mayring 2010; 65) wird eine wissenschaftliche Methode geschaffen, die „für andere nachvollziehbar und intersubjektiv überprüfbar [ist]“ (ebd.; 59). Diese Analyseschritte sind nicht nacheinander anzuwenden, sondern je nach Forschungsvorhaben und Datenmaterial gilt es, eine entsprechende Analysetechnik zu wählen. Maßgeblich für die Auswertung der vorliegenden Datensammlung erscheint die Analysetechnik der *typisierenden Strukturierung*. „Typisierende Strukturierungen wollen Aussagen über ein Material treffen, indem sie besonders markante Bedeutungsgegenstände herausziehen und genauer beschreiben. [...] Es kann sich auch um typische Merkmale handeln – allgemein markante Ausprägungen auf einer Typisierungsdimension“ (ebd.; 98). Der Forderung einer Typisierungsdimension wird insofern Rechnung getragen, als dass der vorformulierte Fragenkatalog im Leitfaden auf denkbare Kategorien verweist. Inwiefern sie als typisch in ihren Ausprägungen bezeichnet und weiter differenziert, sowie in ihre einzelnen Ausprägungen aufgespalten werden können, wird die Feinanalyse im sechsten Kapitel zeigen. Im Vordergrund stehen dabei zum Beispiel besonders „*extreme* Ausprägungen“ (ebd.), solche „die im Material besonders *häufig* vorkommen“ (ebd.), oder die von „*besonderem theoretischem* Interesse“ (ebd.) sind. Das heißt, im vorliegenden Fall werden das subjektive Erleben der Kinderwunschbehandlung in seinen Einzelheiten beschrieben und Dimensionen sowie Ausprägungen in einem Kategoriensystem zusammengestellt.

Um eine Ordnung des Datenmaterials zu Kategorien zu gewährleisten wurde folgendes Verfahren erarbeitet. Zunächst soll eine Definition der Kategorie erfolgen, die genau darlegt und deutet, welche Textbestandteile in ihre Kategorie fallen. Hier dienen konkrete Textstellen, die für die jeweilige Kategorie gelten sollen, als Ankerbeispiele. Entsprechende Kodierregeln klären Abgrenzungsprobleme zwischen Kategorien und ermöglichen eindeutige Zuordnungen.

An jedem der elf vorliegenden Transkripte (s. Anhang, *Anlage Q*, *Anlage R* ersichtlich auf beiliegender CD) wurde dieser grundlegende Ablauf von der Autorin vollzogen. Das heißt, es wurden Textstellen im Datenmaterial bezeichnet, in denen die jeweilige Kategorie angesprochen wird. Einen Einblick in das Verfahren und die Arbeitsabläufe ermöglicht *Anlage D2* (s. Anhang). Zunächst ging es um eine Einzelauswertung bzw. eine einzelne typisierende Strukturierung der jeweiligen Transkripte und deren entsprechende Ausprägungen. Anschließend – in einem zweiten Schritt – erfolgte die Zusammenstellung der typisierenden Dimensionen, die in ihrer Häufigkeit und Ausprägung in den Einzelauswertungen markant erschienen und somit als repräsentative Beispiele, Mayring spricht von „Prototypen“ (2010; 99) gelten können. Ergebnis ist ein Kategoriensystem, aufgespalten in Ober- und Unterkategorien.

6 ERGEBNISSE

Nach dem von Mayring (vgl. 2010) vorgeschlagenen Auswertungsverfahren der qualitativen Inhaltsanalyse ergibt sich aus dem gesamten Interviewmaterial ein Kategoriensystem, bestehend aus 6 Ober- und 22 Unterkategorien. Weitere Kategorien wurden zwar in einzelnen Interviews gefunden, jedoch sind diese in ihrer Ausprägung oder Häufigkeit im Gesamtbezug nicht genügend vertreten als dass sie maßgeblich für die Gesamtauswertung wären. Das entstandene Kategoriensystem gewährt einerseits Einblicke in das subjektive Erleben und Empfinden der Kinderwunschbehandlung, Stressoren und Ressourcen werden erläutert; Paarbeziehung und Paarsexualität skizziert und Bedürfnisse und Nutzen psychosozialer Beratung in der Kinderwunschbehandlung analysiert.

Folgende Oberkategorien konnten identifiziert werden: *Basisemotionen, Sekundäre Emotionen, Stressoren in der Kinderwunschbehandlung, Partnerschaft, Ressourcen* und *psychosoziale Beratung in der Kinderwunschbehandlung*.

6.1 Basisemotionen

Erste Hinweise auf das subjektive Erleben und Empfinden der Kinderwunschbehandlung geben Basisemotionen, die in den Interviews angesprochen werden. Maßgeblich für die Auswertung war vor allem das Benennen von Gefühlen, die in Verbindung mit Trauer, Angst und Freude stehen.

6.1.1 Trauer

Trauer/Traurigkeit wird am häufigsten von den Patientinnen (im Folgenden mit K1-K10 bezeichnet)⁹ angegeben, vor allem wenn Behandlungsversuche erfolglos verliefen.

Man fällt in ein TOTAL tiefes Loch [...] alles nur total LEER und ähm man weiß nicht, wohin mit sich so [...] HEULT eigentlich nur, ja und man denkt sich eigentlich alles, was man aufgebaut hat, wofür man LEBT, was man so als Ziel hat, ist so alles FUTSCH, es ist so alles AUSSICHTSLOS ähm (2) man hat keine Wünsche mehr. (K3; Z. 24-29)

Auch K7 berichtet von enormer Trauer nach Fehlversuchen. „Also für mich ist da wirklich eine Welt ZUSAMMEN GEBROCHEN, und wäre mein Mann nicht für mich da gewesen, weiß ich wirklich nicht, was ich gemacht hätte“ (Z. 45-46).

⁹ K1 – K10 (Interviews Kinderwunschbehandlung 1 – 10; E1/E2 Experteninterview)

Ähnlich schätzt auch K5 das Scheitern ihrer Behandlungszyklen ein – mit jedem weiteren missglückten Versuch steigert sich das seelische Leid. Spricht sie beim ersten Versuch noch davon, dass sie „richtig geknickt“ (Z. 23) war, gibt sie nach dem dritten Versuch an „SEELISCH erst mal richtig ZUSAMMEN gebrochen [zu sein]“ (Z. 37-38). An späterer Stelle führt K5 Trauer/Traurigkeit als allgemeine Grundstimmung in der Zeit der Kinderwunschbehandlung an (vgl. Z.54-59). Gleichermaßen äußert sich K9 (vgl. 45-46). Dass Trauer häufig mit ungewollter Kinderlosigkeit einhergeht, wird auch aus Sicht der Expertinnen deutlich (vgl. E1; Z. 2-3).

6.1.2 Angst

Neben Trauer wird in den Interviews auch häufig über Situationen in der Kinderwunschbehandlung berichtet, die Angst ausgelöst haben. Angst wird zum Beispiel geschildert nach erfolglosen Behandlungszyklen (vgl. K3; Z.26) bzw. nach Embryotransfer.

[...] und dann immer wieder BANGEN, äh, GANZ schlimm fand ich diese zwei Wochen von der Behandlung (1) von dem Einsetzen [...] und dann wartet man zwei Wochen lang, ob=s sich FESTSETZT und ob der Test positiv ist und (1) diese ZWEI! Wochen sind so fürchterlich grausam [...] und DIESE! Wartezeit, die macht dich KAPUTT! (K1; Z.29-33)

Hat sich eine Schwangerschaft eingestellt, so kann dies ebenso mit Angstgefühlen einhergehen, verdeutlicht K9: „wenn man dann eben schwanger IST, dann hat man Angst auch schwanger zu sein, weil man könnte es ja wieder verlieren“ (Z. 23-24). Diese Ängste teilt auch K1 (vgl. Z. 77-78). Eine andere Dimension der Angst, der die bestehende Partnerschaft betrifft, führt K7 an: „ich geb=s auch zu, ich hatte ANGST, dass er zu n=er Anderen rennt“ (Z. 99); über „Ängste, was die Partnerschaft aushält“ (Z. 45) berichtet auch K9. Diese Sorgen decken sich mit dem Beratungsalltag von E2: „Angst, dass der Versuch NICHT funktioniert, ANGST davor, dass man vielleicht (1) wenn=s jetzt nicht funktioniert, vielleicht nicht noch mal ne Möglichkeit HAT, oder, ja also ähm beziehungsweise auch ANGST (1), dass die Partnerschaft auch nicht bestehen bleibt“ (Z.52-54). K5 wiederum benennt Sorgen im Zusammenhang mit der Offenlegung ihrer ungewollten Kinderlosigkeit (vgl. Z. 82).

6.1.3 Freude

Freude zeigt sich in den Interviews auf verschiedenen Dimensionen – zunächst erst einmal in dem Moment, in dem der Entschluss gefasst wurde reproduktive Technologien in Anspruch zu nehmen und in der Kinderwunschsprechstunde vorstellig zu werden.

Vorherrschend war wirklich diese FREUDE, Hoffnung, es ist ja gerade irgendwas, es ist ja gerade ne Behandlung, wir haben das vorher ja auch schon länger OHNE Behandlung probiert ähm ähm, was nicht zum Erfolg geführt hat, und als das/ und als wir uns zur Behandlung ENTSCHLOSSEN haben und im [Ort] WAREN, da war schon so, wir MACHEN ja jetzt gerade irgendwas, wir haben irgend ne MÖGLICHKEIT, ne medizinische und die nutzen wir (K2; Z.13-16).

Anfängliche Euphorie mit Beginn der Kinderwunschbehandlung schildert auch K3 (vgl. Z. 19) und auch K5 spricht davon, „voller Elan“ (Z. 20) gewesen zu sein. K9 ist im Vergleich zu allen anderen befragten Patientinnen nach wie vor in Kinderwunschbehandlung – sie bemisst den schönen Momenten fernab von ART eine besondere Bedeutung. „Also diese KLEINEN Auszeiten (1) sind TOTAL wichtig, und da hat man immer wieder was, worauf man sich freuen kann“ (Z. 57-58), konstatiert sie. Eine weitere Ebene, in der explizit Freude angesprochen wird, zeigt sich bei zwei Patientinnen, die sich jeweils nach Fehlversuchen entschieden haben, die Kinderwunschbehandlung abzubrechen. K2 reflektiert die daraus resultierende Entlastung folgendermaßen: „da hab ich gemerkt, dass so nach und nach/ äh wie so/ wie so LAST von mir abfiel [...] das fühlt sich irgendwie gerade LEICHTER an“ (Z. 57-59) und K5 berichtet, dass sie „vor Freude zusammengebrochen“ (Z. 47) ist, nachdem sie mit der Kinderwunschbehandlung „abgeschlossen“ (Z.42) hatte und sich eine Schwangerschaft auf natürlichem Wege eingestellt hat (vgl. ebd.; Z. 50-51).

6.2 Sekundäre Emotionen

Neben den Basisemotionen geben auch sekundäre Emotionen einen guten Einblick in das Erleben und Empfinden von Kinderwunschbehandlung. Auffällig ist, dass im Interviewmaterial solche Gefühle thematisiert werden, die Selbstzweifel, Hoffnung, und Neid ausdrücken.

6.2.1 Selbstzweifel

Einen wesentlichen Themenkomplex in der Beratung von Personen und Paaren mit Kinderwunsch stellt das Bearbeiten von Fragen dar, die die eigene Identität ins Wanken bringen und Selbstzweifel hervorrufen können verdeutlicht E1.

[...] alle Anderen SCHAFFEN das und schaffen das relativ einfach, oder ohne Aufwand und wir schaffen das nicht, wir KÖNNEN das nicht [...] und wenn ich kein/ äh keine Möglichkeit habe aus meinen eigenen/ äh aus eigenen Kräften mir diese Lebensperspektive zu erFÜLLEN, dann kann das schon sehr am Selbstwertgefühl nagen. (Z. 10-13)

Diese Einschätzung der Beraterin spiegelt sich auch in den Interviews mit den Patientinnen wider. „ALLE schaffen=s, nur ich nicht“ (Z. 9) stellt K1 fest; die Frage nach dem „warum FUNKTIONiert das nicht“ (u.a. Z. 13) treibt auch K5 um und auch K4 fragt: „warum trifft mich das, warum, warum, warum uns als Ehepaar, warum PASSIERT uns das“ (Z. 2). Selbstzweifel gibt auch K7 (vgl. Z. 49-50) an und K9 berichtet, sich „selbst nicht mehr VERTRAUT“ (Z. 94) zu haben. Drastische Worte findet K6. „Jeder IDIOT! Kann Kinder zeugen (LACHT) und man selber eben nicht. Man ist noch BLÖDER als n Idiot sozusagen“ (Z. 101).

6.2.2 Hoffnung

Begeben sich Personen und Paare in Kinderwunschbehandlung, so ist dieser Schritt oft an große Erwartungen und damit einhergehende „exTREME Hoffnung“ (E1; Z. 24) geknüpft. Diese Hoffnung ist auch in den Interviews zu Tage getreten und trägt die Patientinnen durch die Zeit. „Ich hatte immer so ein HOFFEN, na vielleicht KLAPPT es bei uns“ (Z. 14) offenbart K4, K8 berichtet von einer Hoffnung, die sich darin niederschlägt, „dass man da jemanden hat, der einem HILFT (Z. 19) und auch K1 berichtet von „SEHN!sucht, HOFFnung“ (Z 28), von „Hoffen und Bangen“ (u.a. Z. 55), und macht deutlich, wie sehr die Hoffnung das Leben in der Zeit der Kinderwunschbehandlung dominiert.

[...] wenn du weißt, du gehst zu n=er Behandlung und du weißt, du kriegst jetzt da n BABY! eingesetzt, oder ZWEI Babies waren es bei mir immer, und du gehst jetzt los und bist SCHWANGER (1), da KANNST! du nicht einfach locker bleiben. Das geht nicht. Du achtest auf ALLES und du HOFFST natürlich jeden Tag und das/ du achtest auf jede Kleinigkeit, die dann ist und das macht dich KAPUTT! (K1; Z. 65-67)

Hoffnung, die im Laufe der Kinderwunschbehandlung in Resignation umschlägt, kennt K3: „also eigentlich war es dann immer so, dass man dachte, dass wird NIE was, die Hoffnung war manchmal echt weg“ (Z. 65). Einen anderen Weg geht K9 – Hoffnung begreift sie als Ressource eine Schwangerschaft herbeizuführen.

Ich bin jetzt meinem Bauch sehr DANKBAR, weil ich weiß, dass er trotz dieser Krankheiten, oder mir selbst dankbar, dass er VERSUCHT hat, diese Embryonen zu halten, also er hat es nicht PRINZIPIELL abgelehnt, sonst hätte es sich ja gar nicht erst eingenistet. Irgendwas FEHLT halt, aber (2) ich denke, dass der Schlüssel nur gefunden werden muss. Und von daher (2) bin ich halt meinem Körper dankbar, dass er zwar erkrankt ist, aber trotzdem sich halt BEMÜHT. Und das finde ich halt SCHÖN. Ich sehe das jetzt SO. (Z. 96-99)

6.2.3 Neid

Neben Hoffnung und Selbstzweifeln kommen im Interviewmaterial auch immer wieder Gefühle zur Sprache, die auf Neid gegenüber dem sozialen Umfeld schließen lassen, bzw. dieser Neid wird explizit auch ausgesprochen. „NEID, auf ALLE, die einfach SO=n Kind bekommen, (1) die dafür weder BEZAHLEN müssen, FINANZIELL, noch PSYCHISCH, noch PHYSISCH“ (Z. 2) gibt K6 offen zu. Gestützt wird diese Aussage auch von K1: „ganz schlimm fand ich auch (2) andere Pärchen, die drei/vier Kinder einfach so hatten und so mir nichts dir nichts“ (Z. 8) und auch K10 bekennt: „na ja auch n bisschen NEID, muss man sagen, dass es bei Anderen eben so SCHNELL klappt im zweiten oder dritten Zyklus wie auch immer [...] Es war halt NIEDERSCHMETTERND (1) und ähm es hat dann auch schlechte STIMMUNG ausgelöst, ja“ (Z. 15-17). Neid wird auch von K8 thematisiert, in dem sie gesteht: „ich konnte teilweise Frauen mit n=em DICKEN Bauch/ da hatte ich PHANTASIEN im Kopf, da will ich gar nicht drüber nachdenken“ (Z. 111).

6.3 Stressoren in der Kinderwunschbehandlung

Nachdem es zunächst um die reine Beschreibung bzw. das Aufdecken von Primär- und Sekundäremotionen während der Kinderwunschbehandlung ging, stehen nun konkrete Situationen im Fokus, die diese Gefühlszustände greifbarer und anschaulicher machen und durch die Frauen und Paare direkt als Stressoren benannt wurden. Hierbei zeigt sich eine enorme Vielfalt – erkennbar sind jedoch immer wiederkehrende Muster.

6.3.1 Eizellpunktion

Als sehr kritische Situation in der Kinderwunschbehandlung wird mehrfach die Eizellpunktion beschrieben – und zwar immer dann, wenn sie ohne Narkose durchgeführt wird.

Das ist n HORRORzustand, das kann man Frauen gar nicht ZUMUTEN. Ich versteh gar nicht, dass die sagen, so schlimm ist es nicht. Sie haben ne Schmerztablette, alles gut. [...] Aber dieser Augenblick, mit dieser komischen Tablette nur einen in den OP zu schieben, NIE WIEDER. Und das ist auch was, dass werde ich NIE wieder vergessen. (K7; Z. 82-85)

Ähnlich kritisch hat auch K5 die Eizellpunktion beim zweiten Behandlungsversuch erlebt: ich hab GEWEINT, das waren HÖLLISCHE Schmerzen, das kann man überhaupt nicht beschreiben, also als ob dir jemand im Bauch mit n=er NADEL umher piekt, also jemand mit n=er SCHERE in dein Bauch STICHT“ (Z. 29-30). Nicht nur die Eizellentnahme ohne Narkose wird thematisiert – einher geht damit auch eine durch die Frauen empfundene mangelnde Aufklärung von ärztlicher Seite bezüglich dieser medizinischen Intervention (vgl. K5; Z. 26-27). Zur Sprache bringt diesen Umstand auch K8.

[...] und ich war auch sehr ENTTÄUSCHT, dass er so Sachen/ oder dass Sachen geSAGT worden, die werden so gemacht, wie die EIZELLENTNAHME, ohne die Möglichkeit, oder ohne auch GESAGT zu bekommen, dass es auch sehr SCHMERZHAFT sein kann. [...] Wo ich dann gar nicht wusste, dass es auch die Möglichkeit einer VOLLNARKOSE gab. Da wurde man komplett im STICH gelassen, es wurde einem auch nicht gesagt. (Z. 23-26)

6.3.2 Fremdbestimmung

Nicht nur die Eizellpunktion wird im ärztlichen Kontext mitunter als Fremdbestimmung von den Frauen wahrgenommen – wirksam werden hier ganz verschiedene Einflussfaktoren. Zweimal wird in Bezug auf die zu erwartende finanzielle Belastung eine Eheschließung ins Gespräch gebracht, erinnert sich zum Beispiel K8 (vgl. Z. 11-12) und K7 berichtet: „und es wurde uns angeraten, na ja angeraten, ist ja UNSERE Entscheidung, dass man, wenn man HEIRATET, NUR! wenn man HEIRATET, bekommt man ja was von der Krankenkasse“ (Z. 29-30). An späterer Stelle räumt K7 dann ein: „war natürlich nicht DIESE Hochzeit, wie man sich das vorstellt, sondern erst mal SCHNELL, wir wollen weiter machen“ (Z. 33-34). Auch K1 erwähnt, dass sie vor Beginn der Kinderwunschbehandlung geheiratet habe (vgl. Z. 12-13); ein kausaler Zusammenhang zwischen Hochzeit und Inanspruchnahme von ART lässt sich aber nicht eindeutig schlussfolgern.

Von Fremdbestimmung ist auch dann die Rede, wenn es um Fragen des zeitlichen Rahmens bzw. des Behandlungstempos geht. Der unerfüllte Kinderwunsch stand in zwei Fällen zunächst nicht im Fokus des Geschehens: „aber DANN äh ging=s gleich los mit künstlicher Befruchtung, [...] man denkt halt, okay, es ist der richtige Weg, also für mich stand eigentlich im Vordergrund/ wollte ich erst mal das GRUNDlegende Problem in den Griff kriegen“ (Z. 11-12) macht K3 klar und konkretisiert an späterer Stelle, „ich hätte das LIEBER gern LANGSAMER angehen lassen“ (Z. 103-104). Ähnlich empfunden hat das auch K7 – ihrem zentralen Anliegen eines Beratungsgesprächs wurde nicht Rechnung getragen (vgl. Z. 5-8). Im späteren Behandlungsverlauf nimmt sie den Faktor Zeit weiterhin als stressig wahr nach gescheiterten Behandlungszyklen. „Von den Ärzten kam immer, ach, machen wir nach der nächsten Regel WEITER. Das ist so/ ICH bin keine MASCHINE“ (Z. 47) und auch K8 stuft Zeitdruck in diesem Zusammenhang als kritisch ein: „RAUS und FERTIG und dann gleich machen wir den NÄCHSTEN Termin für die nächste ICSI oder IVF, oder wie auch immer. Da blieb gar kein PLATZ! für Trauer, oder Verarbeitung, ja“ (Z. 54-55). Dass Behandlungsabläufe im Klinikalltag und gewünschtes Behandlungstempo auseinanderklaffen kennt auch E1 aus ihren Beratungserfahrungen.

Und da kann also eher n Thema sein, also wenn die das Gefühl HABEN, das geht mir zum Beispiel zu SCHNELL, also ich denke im Krankenhaus gibt=s ja bestimmte Abläufe, also es wird sicher immer wieder thematisiert, also wie schnell ist jetzt n neuer Zyklus DRAN, [...] und n=en Arzt wird sicherlich auch sagen, Mensch, wollen wir nicht noch, weil jetzt ist es günstig, (1) aber möglicherweise PASST das gar nicht zum Tempo der Betroffenen. (Z. 70-72)

In einem Fall allerdings wurde das vorgegebene Behandlungstempo als Ressource empfunden. K1 erinnert sich: „also wir hatten sehr SCHÖNE Ärzte im [Ort], die dann auch gesagt haben, MENSCH, (1) jetzt HAT=S einmal geklappt und dann weitermachen“ (Z. 16-17).

6.3.3 Hormone

Während die Expertinnen angeben, dass der Themenbereich um hormonelle Veränderungen keinen Beratungsinhalt darstellt (vgl. E1; Z. 79-80) geben sechs Frauen an, die Hormongabe als Last empfunden zu haben. Die damit verbundene Disziplintreue schätzt K4 als anstrengend ein (vgl. Z. 41); in den anderen Fällen werden psychische und physische Veränderungen thematisiert.

[...] diese horm/ diese HORMONtherapie hat mich auch komplett, weil die natürlich Einiges macht auch mit=m KÖRPER, (1) hatte ordentlich zugenommen. Und natürlich auch die Hormone/ das macht ja dann auch/ dann bist du einerseits gut drauf, und im nächsten Moment da hätte/ da hätte bloß einer mich schief angucken müssen, ich hätte ZUSCHLAGEN können [...]. (K1; Z. 60-61)

Gleichermaßen beschreibt auch K7 die Nebenwirkungen: „und diese HORMONE, diese STIMMUNGSSCHWANKUNGEN, von sehr TRÄNENREICH bis hin zu sehr AGGRESSIV“ (Z. 51-52). Stimmungsschwankungen spricht auch K10 an (vgl. Z. 89) genauso wie körperliche Veränderungen (vgl. Z. 2). Diese hat auch K5 als Stressor identifiziert: „mein KÖRPER hat sich VERFORMT, also ich bin sehr viel FÜLLIGER geworden, man fühlt sich UNWOHL, (1) andere fragen einen, wie siehst du aus? Isst Du zu VIEL?“ (Z. 86-87). Einhergehende physische Veränderungen in der Kinderwunschbehandlung wiederum können den Grundstein für daraus empfundene Isolation und Ausgrenzung der Betroffenen legen.

6.3.4 Soziales Umfeld

Das Verhandeln der eigenen Subfertilität oder die des Partners nach außen wird von einigen Frauen als problematisch umrissen bzw findet nicht statt, außer im sehr engen Freundes- und Familienkreis.

[...]ja also (2) mit anderen hab ich zu DER Zeit gar nicht gesprochen, es war auch irgendwie ein TABU!thema für mich. Es war mir UNANGENEHM, dass andere Menschen mitbekommen, dass ich nicht auf NORMALEM Wege schwanger werden kann, und ne künstliche Befruchtung bekomme[...]. (K5; Z. 62-63)

Ungewollt kinderlos zu sein und ART in Anspruch zu nehmen stellte auch für K10 einen Themenbereich dar, der im Verborgenen bleiben sollte: „man will ja seinem Arbeitgeber auch nicht unbedingt erzählen, weswegen man Freitag früh um 9 unbedingt zum Ultraschall muss“ (Z. 3-4). Gleichzeitig führen Lebensentwürfe Anderer und vorhandene Kinder im Freundes- und Kollegenkreis zu massiv empfundenen Belastungen, so auch bei K10: „Die Anderen/ also bei anderen haben also in/ im/ in meinem Kollegium über 20 Kinder auf die Welt gekommen. Und dieses ausgegrenzt/ dieses sich ausgegrenzt fühlen auch von der Gesellschaft.“ (Z. 48-49). Im Fall von K3 führte das in die selbstgewählte Isolation.

[...] du warst äh dann zum Mittag eingeladen und dann saßen die Kinder mit am Tisch, also für mich war das fast UNERTRÄGLICH, [...] ich konnte mich an keinem Gespräch beTEILIGEN, ich musste mich so unter Kontrolle haben, dass ich da nicht LOSheule, ja, und dann ist das dann auch so, dass man, das dann n bisschen vernachlässigt, so zurückgezogen hat, ja dann nicht mehr so oft HINgefahren ist [...]. (Z. 30-34)

Das wiederum mündete in einer erneut erlebten Ausgrenzung – nun allerdings ausgehend von der Familie, fasst K3 weiter zusammen: „mit meiner Mama war das GANZ schwierig und ähm, die haben sich ja dann auch so=n bisschen zurückgezogen, aber gerade in dem Moment hätte ich sie ja GEBRAUCHT!“ (Z. 46-47). Als stressig wird jedoch auch erlebt, wenn das soziale Umfeld versucht, Einfluss zu nehmen. K1 blickt auf diesen Umstand folgendermaßen zurück: „auch die Familie, die dann sagt, hm mein Gott, dann lasst das jetzt, weil was ihr da alles reinbuttert an GELD, dann soll=s eben nicht sein, dann sucht Euch halt was ANDERES“ (Z. 57-58). Gut gemeinte Ratschläge von außen schätzt auch K5 als schwierig ein.

[...] wenn sie immer alle gesagt haben, ENTSPANN dich, versuch dich zu entspannen (2), MACHT mal URLAUB, wir haben dann zwischendurch auch Urlaub gemacht, und trotzdem kam die Regel wieder, hat nichts geholfen, von wegen entspannen, das ging alles ÜBERHAUPT nicht. (Z. 35-37)

Mangelndes Verständnis durch das soziale Umfeld wird teils nicht nur erlebt, sondern auch vorausgesetzt. „Ich denke, Frauen, die vielleicht schon SELBER n KIND haben, oder die das nicht so betrifft, die haben, glaube ich, auch kein OHR f/ für Frauen UNSERER Art“ (Z. 35-36), ist sich K4 sicher und K10 meint: „viele kannten das Wort ICSI noch nicht einmal, die haben das noch nie GEHÖRT, ich mein, was sollen die sich da mit einem AUSTAUSCHEN“ (Z. 85-86).

6.3.5 Ungewissheiten

Immer wieder wird in den Interviews von einem Auf und Ab der Gefühle berichtet (vgl. zum Beispiel K4; Z. 43; K6; Z. 52). Dieses „Wechselbad der Gefühle“ (K3; Z. 2) speist sich aus einem Prozess der permanent wiederkehrenden Hoffnung und Enttäuschung bzw. einer Erwartungshaltung an ART, die nicht zufriedenstellend erfüllt wird und wird wahrgenommen als ein „UNGLAUBLICH intensives emotionales GeBEUTELT sein“ (E1; Z. 32). K3 umschreibt diese Erwartung so: „der [Name] gab einem eigentlich schon das GEFÜHL ähm, dass man die NÄCHSTE ist, die SCHWANGER ist“ (Z. 18-19). An späterer Stelle führt sie aus: „ich bin jetzt VÖLLIG davon ausgegangen, das ist jetzt mein KIND“ (Z. 21).

Dass die Inanspruchnahme von ART zur Schwangerschaft führt, davon ist auch K7 ausgegangen (vgl. Z.48-49), und auch K2 spricht von einer „ÜBERHOFFNUNG, dass das GUT geht“ (Z.42-43). Stress bereitete den Frauen einerseits die Ungewissheit ob es zu einer Schwangerschaft kommt (vgl. K1; Z. 31-33), andererseits aber auch Ungewissheiten bzw. Unsicherheiten, die im Zusammenhang mit der Kinderwunschbehandlung stehen: „aber der MEISTE Stress, ja wenn man dann so zur BLUTENTNAHME musste [...], oder man war immer SEHR sehr aufgeregt, was einen da nun wieder erwartet“ (K4; Z. 42-44). Ähnlich schildert diese Situation auch K8, wenn sie sagt: „der Tag, wo ich wusste, ich muss in die [Ort], war für mich schon Stress GENUG“ (Z. 95).

6.3.6 Sonstige Stressoren

Der Vollständigkeit halber sollen hier kurz sonstige Stressoren benannt werden. Diese waren jedoch in ihrer Ausprägung und Häufigkeit nicht genügend markant, um hier als einzelne Stressoren ausführlich behandelt zu werden. Dass die Inanspruchnahme von ART mit einer *hohen finanziellen Belastung* einhergeht, wurde zwar mehrfach erwähnt, aber nur im Fall von K5 hat sie dazu geführt, die Kinderwunschbehandlung zu beenden. Stress bereiteten zudem in Einzelfällen auch *fehlende Abgrenzung* (vgl. K10), *Schwierigkeiten im Umgang mit der Mehrfachbelastung* (vgl. K10; vgl. K7), eine *unbefriedigt erlebte Sexualität* (vgl. K2), das *Bedürfnis eigeninitiativ handeln zu müssen* (vgl. K6; vgl. K9) sowie *partnerschaftliche Konflikte* (vgl. K8; vgl. K6), Letztere werden im folgenden Absatz näher umrissen.

6.4 Partnerschaft

Kapitel 4 thematisierte bereits, die mit unerfülltem Kinderwunsch einhergehenden teils schweren emotionalen Krisen – auch in der Partnerschaft. Insofern lag es nahe, empfundene Paarbeziehung und Paarsexualität während der Kinderwunschbehandlung näher zu beleuchten.

6.4.1 Paarbeziehung

Der unerfüllte Kinderwunsch als Ursache für partnerschaftliche Konflikte wird explizit in zwei von zehn Interviews angesprochen. K6 erinnert sich an die Zeit der ungewollten Kinderlosigkeit und der Kinderwunschbehandlung so:

[...] ja, sehr BELASTEND, (3) bis hin zu Gedanken an SCHEIDUNG, (3) diese Vorwürfe, (4) ja, es war sehr ANSTRENGEND. [...] Aber das war eigentlich die anstrengendste Zeit in meinem ganzen Leben. ANSTRENGENDER dann auch als, als der TOD unserer Tochter. (Z. 65-67)

Knackpunkte der Konflikte waren die „Schuldfrage“ des unerfüllten Kinderwunsches (ebd.; Z. 81; vgl. auch E1; Z. 4-7) und „der Gedanke [...] ja mit jemandem Anderen hätte ich all diese Probleme nicht“ (ebd.; Z. 81-82). Die Erfahrung einer möglichen Trennung, die im Raum stand hat auch K8 (vgl. Z. 64-65) gemacht und stellt im Interview fest: „das war einfach nur n FUNKTIONIEREN, die Zeit ÜBERSTEHEN, HOFFEN, dass es dann klappt, damit dann endlich RUHE einkehrt auch in die Beziehung“ (ebd.; Z. 78-79). K1 dagegen schließt im Nachhinein eine mögliche Trennung nicht aus, wenn die Kinderwunschbehandlung nicht zum Erfolg geführt hätte.

[...] unsere Liebe war ja so GROSS, also wir schaffen das jetzt zusammen also wir kriegen das irgendwie zusammen hin. Ich KANN dir aber nicht sagen, wie es WÄRE, wenn=s wirklich NICHT geklappt hätte [...] ob das nicht vielleicht sogar n Grund gewesen wäre wegen Trennung oder so, ich weiß es nicht. (Z. 90-93)

K7 schätzt die Kinderwunschbehandlung für die Paarbeziehung als „DOLLE anstrengend“ (Z. 27) ein – bezieht sich damit aber auf die Paarsexualität. Insgesamt berichten die Frauen vielfach jedoch eher von einer Festigung der Paarbeziehung. „Ähm also wir erleben das schon sehr INTENSIV und wir reden über Alles, haben auch zusammen GEWEINT und FREUEN uns auch zusammen und/also es ist viel INTENSIVER geworden und sogar INNIGER“ (Z. 62-63) resümiert K9. Auch K3 gibt an, dass die Kinderwunschbehandlung sie „noch mehr ZUSAMMEN geschweißt“ (Z. 80) habe, genauso wie K1 (vgl. Z. 7). Auf eine Intensivierung der Paarbeziehung verweist auch K2 wenn sie feststellt:

[...] man hatte so=n gemeinsames PROJEKT, man hatte ne Gemeinsamkeit an der man gearbeitet hat. (2) Das geht ja über die Zeit, in der man zusammen ist, so manchmal verloren und das hat uns, glaub ich, auch noch mal SEHR zusammengebracht, man hatte viel über das man REDEN konnte, musste, wollte, also es war irgendwie so=n gemeinsames Projekt. (Z. 69-71)

6.4.2 Paarsexualität

In einem Fall ist die Sexualität trotz unerfüllten Kinderwunsches positiv konnotiert (vgl. K9), in allen anderen Interviews ergibt sich meist das Bild einer eingeschränkten Paarsexualität in der Zeit des Kinderwunsches, diese wird nur von K2 eindeutig als Stressor identifiziert.

Ähm im Nachhinein gesehen haben wir ja (2) das, was zum Kind führt, nämlich SEX, VÖLLIG weggelassen und das war so das ANSTRENGENDSTE, dass so die Sexualität VÖLLIGE Freiheit verloren hat und es nur noch (1) um das ERGEBNIS geht sozusagen, dass die Sexualität äh/ das war nur noch auf Reproduktion sozusagen ausgelegt und dass das völlig jegliche Freiheit, ja genau, ich glaub, das war wirklich am anstrengendsten. (Z. 47-50)

In den anderen Interviews berichten die Frauen davon, ihre Sexualität nach „FAHRplan“ (K4; Z. 50; vgl. K10; Z.68; vgl. K8; Z. 90-93) ausgelebt zu haben bzw. ihr Sexualeben an die Rahmenbedingungen der Kinderwunschbehandlung angepasst zu haben.

Also, wir haben wirklich den Sex NUR gehabt, wenn wir DURFTEN, (1) ansonsten haben wir gesagt, OKAY, eh wir hier (1) in Anführungszeichen verSCHIESSEN, was nicht gut und böse ist, (2) NEIN, nur so (1) in diesen Monaten, nur SO, wie es gewünscht ist [...] und das hat dann mein Mann Gott sei Dank auch genau so MITGEMACHT. (K5; Z. 99-102)

Insgesamt wird häufig angegeben, dass sich in der Zeit der Kinderwunschbehandlung Sexualität verschoben hat – weg vom Geschlechtsverkehr hin zum Austausch von Zärtlichkeit (vgl. K1; Z. 100; vgl. K3; Z. 90-91). Für K6 wirken die Maßnahmen zur Überwindung des unerfüllten Kinderwunsches bis in die Gegenwart hinein: „Sexualität muss sich/ musste sich NEU definieren. Der Grund für Sexualität und der Umgang mit Sexualität (2) ist auch nicht ABGESCHLOSSEN“ (Z. 75-76).

6.5 Ressourcen

Die Kategorie Ressourcen stellen die internen und externen Einflussfaktoren in den Vordergrund, die von den Frauen als positiv in der Zeit der Kinderwunschbehandlung wahrgenommen worden sind. Im Fokus stehen Hilfs- und Informationsangebote, als auch entwickelte Strategien für den Umgang mit der ungewollten Kinderlosigkeit, dem medizinischen Behandlungsablauf und der Auseinandersetzung, der oft seelisch und körperlich belastenden Kinderwunschzeit.

6.5.1 Partnerschaft

Für acht von zehn Frauen stellt der eigene Partner eine bedeutende Stütze im Umgang mit dem unerfüllten Kinderwunsch dar. In der Regel war der Lebensgefährte der erste Ansprechpartner für sämtliche Belange in der Kinderwunschbehandlung. „Wäre mein Mann nicht für mich dagewesen, weiß ich wirklich nicht, was ich gemacht hätte“ (Z. 45-46) erinnert sich K7 und K2 konstatiert: „wir haben ganz gut aufeinander aufgepasst“ (Z. 91). Von gegenseitiger Unterstützung sprechen auch K4 (vgl. Z. 53), K3 (vgl. Z. 80-81) und K5: „also, das war schon n Gefühl, du stehst hier nicht (1) hundertprozentig unter Druck, sondern es sind nur 80. Er hat mich da VOLLKOMMEN unterstützt und das war auch SEHR wichtig für mich“ (Z. 92-93). Standen bei K8 zunächst noch die partnerschaftlichen Konflikte im Vordergrund, so stabilisierte sich die Paarbeziehung „nach dem BEIDE Seiten ihre Frustration zum Ausdruck bringen konnten“ (Z. 86). Auffällig war, dass die Frauen in der Kommunikation der Gefühlslage trennten, zwischen Stimmungen, die mit der Kinderwunschbehandlung einhergehen und Emotionen gegenüber der Kinderwunschbehandlung an sich: „Gefühle geteilt hab ich mit meinem Mann, GESPROCHEN hab ich aber mit FREUNDINNEN“ (Z. 22-23) gibt K6 an und K8 wiederum beschreibt, dass sie aufgrund der partnerschaftlich schwierigen Lage Emotionen eher mit „guten Freunden“ (Z. 34) geteilt hat.

6.5.2 Soziales Umfeld

Einerseits wird das soziale Umfeld teils als erheblicher Stressor erlebt (vgl. Abschnitt 6.3.4), andererseits als enorme Stütze in der Zeit der Kinderwunschbehandlung. Neben dem Partner benennen die Frauen in den Interviews oft den engen Freundes- und Familienkreis, der ihnen Halt verschafft habe (vgl. K7; Z. 40-41; vgl. K5; Z. 61). Unterstützung wird auch dahingehend erfahren und wahrgenommen, wenn mit dem Thema unerfüllter Kinderwunsch in der Familie entsprechend sensibel umgegangen wird, verdeutlicht K10.

Die Familie hat=s irgendwann gelassen, die haben=s GEAHNT, haben nicht mehr so viel GEFRAGT, bzw. WUSSTE dann auch der engste Kreis/ meine Mutter, die wusste das dann, dass das nicht KLAPPT und wir uns in Behandlung begeben und dann war=n zum GLÜCK/ also meine Familie war so, wie sagt man, VERSTÄNDNISVOLL und empathisch, da nicht weiter nachzuhaken, ne. (Z. 19-21)

Ein familiärer Anker ist für K9 wiederum die eigene Schwester, die ebenfalls mittels ART versucht hat, den unerfüllten Kinderwunsch zu überwinden, dann aber auf natürlichem Wege schwanger wurde. K9 konstatiert: „das gibt mir schon HOFFNUNG, und die versteht diesen Weg, den wir gehen auch am BESTEN“ (Z. 55). Insgesamt wird der Austausch mit anderen Betroffenen häufig als Ressource benannt, so auch von K1: „ich hatte immer das Gefühl, ich muss REDEN, dann geht=s mir BESSER, ich bin da eigentlich auch ziemlich OFFEN, weil ich durch diese Kinderwunschbehandlung auch gemerkt habe, äh, dass das SO! viele Menschen betrifft“ (Z. 35-36). K4 berichtet von persönlichen Gesprächen mit einer Kinderwunschpatientin (vgl. Z. 19-20), ebenso wie K8 (vgl. Z. 27-28).

6.5.3 Internet / Internetforen

Neben direkten Kontakten zu anderen Betroffenen erklärt mehr als die Hälfte der Befragten das Internet vor allem als Informationsquelle genutzt zu haben. „Und am MEISTEN Unterstützung hab ich eigentlich bekommen aus dem In/ aus dem INTERNET, aus den FOREN, von Gleich/ von Gleichgesinnten“, erzählt K6. Im Vordergrund steht dabei einerseits die Erkenntnis, dass man auch merkt, man ist nicht „ALLEIN“ (K10; Z. 75; K1; Z. 50-51), andererseits die Recherche rund um das Thema Kinderwunschbehandlung (vgl. K7; Z. 4) sowie alternative Therapieansätze, wie im Fall von K9: „und dann bin ich über das FORUM/ da haben Frauen geschrieben, denen das auch so oft passiert ist, dass es da schon Lösungen GIBT, noch einige, die bei mir NIE versucht worden“ (Z. 38-39). Ein direkter Austausch mit anderen Betroffenen fand zumindest innerhalb der Stichprobe dieser Studie kaum statt; profitiert haben die Frauen von einer stillen Mitleserschaft (vgl. K10; Z. 75; vgl. K1; Z. 49). Allein K6 berichtet auch von Freundschaften, die sich aus dem Nutzen von Internetforen ergeben haben und verweist gleichzeitig auf den Aspekt der Selbstwirksamkeit.

[...] dieses medizinisch NACHFORSCHEN und auch immer mehr von diesen ganzen Abläufen VERSTEHEN und sich nicht mehr so AUSGELIEFERT fühlen irgendwelchen AUSSAGEN von Ärzten, sondern SELBER NACHFRAGEN können, SELBER Sachen EINBRINGEN können, (1) hat MIR dann den Eindruck gegeben, ich kann wenigstens ein bisschen MITWIRKEN, (1) in IRGEND n=er Form, hm. (Z. 61-63)

6.5.4 *Abgrenzung*

Dass eine erfolgreiche Kinderwunschbehandlung aus psychosozialer Sicht nicht unbedingt in eine Schwangerschaft münden muss, wurde begrifflich schon in Kapitel 5.1 skizziert; die Aussagen der Befragten untermauern nun diese These. „Wir haben relativ schnell den Absprung in Anführungszeichen geschafft“ (Z. 32), betont K2 und erwähnt an späterer Stelle, wie entlastend sie das empfunden habe und dass die Entscheidung, die Kinderwunschbehandlung zu beenden nachhaltig einen positiven Einfluss auf ihre Sexualität gehabt habe (vgl. Z. 57-61.) Von seelischer Entlastung und einer darauf folgenden Spontanschwangerschaft berichten K5 (vgl. Z. 42-51) und K8 (vgl. Z. 109-115). Abgrenzung als Ressource und Gegenpol zur Kinderwunschbehandlung ist für K9 ganz entscheidend: also, wir REISEN viel, mein Mann und ich, wir LACHEN auch viel und schalten auch ab und/ [...]. Also diese KLEINEN Auszeiten (1) sind TOTAL wichtig, und da hat man immer wieder was, worauf man sich freuen kann“ (Z. 55-58). Der Abstand zur Kinderwunschbehandlung wurde hingegen für K7 immer wieder durch bewusste, selbst hergestellte Behandlungspausen sichergestellt (vgl. Z. 8-13; Z. 21). Unterstützung in diesem Abgrenzungsprozess haben drei der Befragten mittels psychologischer bzw. psychosozialer Begleitung erfahren, welche allerdings eigeninitiativ begonnen wurde und später thematisiert wird.

6.5.5 *Sonstige Ressourcen*

Psychische Entlastung brachte in zwei Fällen das Vorhandensein eines *Haustieres* (vgl. K8; Z. 113-115; vgl. K3; Z. 74-78). Auch auf eine generell *positive und ressourcenorientierte Einstellung* im Zusammenhang mit der Kinderwunschbehandlung wird von einigen Frauen verwiesen (vgl. K1; Z. 44-45; vgl. K9; Z. 96-99). Zur Sprache kommt ebenso das *Einholen einer Zweitmeinung* verbunden mit einem *Arztwechsel* (vgl. K9; Z. 12-13, vgl. K7; Z. 11-13; vgl. K10; Z. 25-27) sowie die *Bereitstellung und Beschaffung von zusätzlichem Informationsmaterial* (vgl. K9; Z. 79; vgl. K2; Z. 92-93).

6.6 **Psychosoziale Beratung in der Kinderwunschbehandlung**

Die Frage, ob vor, während oder nach der Kinderwunschbehandlung psychosoziale Beratung von den Kliniken oder Kinderwunschzentren angeboten wurde bzw. auf externe Anbieter psychosozialer Beratung verwiesen wurde, wurde von keiner der Befragten bejaht (vgl. zum Beispiel K3; Z. 38; K1; Z. 42).

Einzig K6 berichtet über psychosoziale Unterstützungsangebote aufgeklärt worden zu sein – das allerdings von ihrem Gynäkologen im Rahmen der „Schwangerschaft mit dem behinderten Kind“ (Z. 26). Weiterhin gibt sie an, sich zusammen mit ihrem Partner eigeninitiativ Hilfeangebote zur psychosozialen Begleitung geholt zu haben (vgl. ebd.; Z. 29), genauso wie K8:

Ich bin selber damals zu meiner/ also im Rahmen der Ausbildung haben wir auch ne eigene Therapie gemacht und ich habe selber eigeninitiativ/ aber in der Zeit, in der ich dann auch schwanger war, wo ich aber auch wusste, dass die Schwangerschaft nicht fortbestehen wird, hab ich meine Therapeutin aufgesucht. Und hab ein/ vielleicht auch zwei psychotherapeutische Gespräche noch geführt, um=n bisschen GESTÄRKT aus dem Ganzen noch rauszugehen [...]. (Z. 39-42)

Auch K9 hat sich selbständig Hilfe geholt: „und dann bin ich auch in psychologischer Betreuung. Also, ich lass das Ganze psychologisch BEGLEITEN, weil ich voll arbeitstätig bin, und ich nicht ZUHAUSE bleibe, wenn die Aborte dann sind. Und dann kann man das immer nicht so richtig verarbeiten“ (Z. 28-29). Dass nur ein Bruchteil der Frauen, die in Kinderwunschbehandlung sind, psychosoziale Beratung in Anspruch nimmt, spiegelt sich auch in den Aussagen der Beraterinnen wider. „Also, wenn=s im Jahr SECHS sind (1) mehr nicht, ja“, erklärt E1 (Z. 85) und E2 ergänzt: „sieht bei mir ÄHNLICH aus. (1) Also, es werden bei mir drei/vier im Jahr ungefähr“ (Z. 86). Wenn Beratung erfolgt, dann „eher PUNKTUELL“ (ebd.; Z. 43), das heißt in der Regel wird keine Begleitung über den gesamten Zeitraum der Kinderwunschbehandlung nachgefragt und/oder angeboten.

6.6.1 Hürden bei der Inanspruchnahme von psychosozialer Beratung

Einen Grund warum Angebot und Nachfrage psychosozialer Beratung nicht zueinander finden sieht E1 in der nicht vorhandenen Beratungspflicht bei Nutzung von ART in Abgrenzung zur gesetzlich verankerten Aufklärungspflicht psychosozialer Beratung bei pränatal-diagnostisch auffälligen Befunden (vgl. 168-175). Ein Aspekt, den auch K8 anspricht: „also wenn man ne Schwangerschaft abbricht, dann gibt=s sonst was für Gespräche und man muss sich ganz klar Gedanken drum gemacht haben. Wenn man SO was vor sich hat/ ich hab ROTZ und WASSER geheult, bin damit überhaupt nicht klar gekommen“¹⁰ (Z. 58-59).

¹⁰ nach Frühabort

Dass viele Angebote psychosozialer Beratung bestehen, dass sei oft unbekannt, vermutet E2: „wir sind halt ne SCHWANGERSCHAFTSberatungstelle [...] und äh VIELEN Leuten ist, glaub ich, nicht klar, dass wir auch noch zum Beispiel zu VerHÜTUNG, oder auch assistierter Reproduktion Beratung ANBIETEN“ (Z. 93-95). Zusätzlich zu dieser Unkenntnis¹¹ verweist E1 auf eine nicht ganz optimale Kommunikation zwischen Kinderwunschzentren/Kliniken und Beratungsstellen.

Andererseits, die Kliniken WISSEN, dass es uns GIBT. Die wissen das DEFINITIV. Also, wir sitzen ja auch manchmal in Arbeitskreisen zusammen. [...] Ja, äh, die Klinik kann auch sagen, Leute, da gibt=s ne Beratungsstelle. Ja, ähm, aber ist die Frage, ob da so=n (1) Interesse besteht, oder ob (3) na ja, ob=s wirklich manchmal so kleiner BRÜCKEN bedarf. Also, ob man noch mal n FLYER entwickelt, denen in die Hand gibt und äh ja und so weiter. (E1; Z. 107-110)

Hinzu kommt aber, so die Expertin weiter, dass aufgrund der Auslastung zu anderen Beratungsangeboten, keine weitere Kapazität zum Ausbau von Beratung im Rahmen von ART vorhanden sei, bzw. die Expansion in diesem Bereich eine Herausforderung darstelle (vgl. E1; Z. 103-106). Auch wenn der Leidensdruck während der Kinderwunschbehandlung bei manchen Personen und Paaren immens sei, so gäbe es doch durchaus große Vorbehalte, die Beratung in Anspruch zu nehmen, erläutert E1 (vgl. Z. 176-187) und E2 macht klar:

[...] also das kann auch zusätzlich noch mal ANGST machen, äh man ist in so n=er Behandlung, man war vorher noch NIE in Beratung, Therapie oder, oder, oder. Und dann sagt einem einer, na dann gehen Sie doch mal DA HIN. Gehen Sie doch mal in Beratung, oder psychosoziale Beratung, (1) da hat man noch n=en STEMPEL, na halleluja, herzlichen Glückwunsch, ja. Also, Sie können nicht nur keine Kinder kriegen, sondern bei Ihnen stimmt auch in der Partnerschaft was nicht, oder äh äh irgendwelche ANDEREN Dinge nicht. (Z. 189-192)

Dass psychosoziale Beratung Unsicherheiten bzw. eine empfundene Stigmatisierung hervorrufen kann, deutet sich in einem Fall auch in den Interviews an, wenn K1 berichtet: „NEIN, ich glaube, so=nen labilen Eindruck hab ich wahrscheinlich auch nicht gemacht [...], deswegen bestand da glaub ich kein Grund bei mir“ (Z. 44-46), an anderer Stelle jedoch von enormer psychischer Belastung spricht (vgl. Z. 33; Z. 67; Z. 68-69).

¹¹ das betrifft vermutlich auch die Kosten psychosozialer Beratung; in dieser Beratungsstelle umfassen die Kosten 5,00€ pro Beratung, unabhängig davon, wie viele Gespräche/Sitzungen in Anspruch genommen werden (vgl. E1 & E2; Z. 126-130)

Eine weitere Hürde, die Personen und Paare abschrecken kann, psychosoziale Beratung zu beanspruchen liegt in der damit einhergehenden zusätzlichen Belastung, verdeutlicht E1: „also, psychosoziale Beratung kostet KRAFT! Das ist ANSTRENGEND. Es ist anstrengend ähm in seiner Freizeit LOSZUGEHEN, sich irgendwo hinzusetzen und über seine Probleme zu sprechen“ (Z. 111-112). Insofern liegen andere Lösungsstrategien nahe, Hilfe wird entweder im privaten Umfeld gesucht oder auch im Internet bzw. in Internetforen, die Entlastung schaffen (vgl. E1; Z. 115-118).

6.6.2 *Eingeschätzter Beratungsbedarf*

Nach Meinung der Expertinnen ist Beratungsbedarf in der Kinderwunschbehandlung immer gegeben:

Ich denke, grundsätzlich k/kann das Beratungsanliegen ja sehr vielfältig sein. Ja, es kann sein, wir sprechen über PARTNERSchaftliche Dinge, dass kann aber auch sein, (2) ich sag mal so, man sucht sich jemanden EXTERNEN (2) wo man, platt gesagt, einfach mal ne halbe Stunde seinen Gefühlen freien Lauf lässt, ohne dass man n explizites Beratungsanliegen in DEM Sinne hat, ja also, da ist alles MÖGLICH und von daher wäre/ kann man ja SCHON sagen, also grundsätzlich JEDER, jeder und immer. (E2; Z.135-138)

Den Bedarf nach psychosozialer Beratung reflektieren auch die Interviews mit den Kinderwunschpatientinnen. K7 stellt klar heraus, „das hätte ich geBRAUCHT“ (Z.45), vor allem als ich erfahren hab, dass es erst mal nicht funktioniert hat“ und konkretisiert an späterer Stelle, dass eine psychosoziale Begleitung möglicherweise zu einer anderen, realistischeren Erwartungshaltung von ART beigetragen hätte (vgl. ebd; Z. 72-74). Ähnlich schätzen das auch K3 (vgl. Z. 66-68) und K2 ein:

ALSO, wenn ich in der Zeit Beratung gehabt HÄTTE (1) glaub ich, wären so MANCHE Situationen, die einfach so (3) so ähm vom Maß her über äh/ eine ÜBERHOFFNUNG, dass das GUT geht, oder zu sehr, sodass die Beine weggezogen werden, wenn es nicht geklappt hat, also ich glaub, das hätte so=n bisschen so StaBILITÄT reingekriegt (1) und man hätte auch so=n bisschen so DISTANZ dazu gekriegt. (Z. 42-45)

Ein Aspekt, den auch K1 anführt, obwohl sie zuvor keinen Beratungsbedarf für sich benennt (vgl. Z. 44-46): „und DA! wäre es vielleicht noch günstig gewesen, da hast du Recht, äh noch irgendwo ne psychologische Unterstützung zu bekommen, dass man da versucht, lockerer zu bleiben“ (ebd.; Z. 63-64). Obwohl K4 in der Zeit der Kinderwunschbehandlung ebenfalls kein eigenes Bedürfnis nach Beratung für sich gesehen hatte, so glaubt sie heute dennoch, dass „Frauen AUFgefangen werden“ (Z. 34) durch entsprechende psychosoziale Unterstützung.

Auch K9 zeigt sich überzeugt davon, dass ein psychosoziales Angebot in der Kinderwunschbehandlung „SEHR hilfreich“ (Z. 42) gewesen wäre und auch K8 gibt an, ein Bedürfnis nach psychosozialer Beratung und Begleitung gehabt zu haben (vgl. Z. 45-50). K10 (vgl. Z. 84-86) und K5 stellen in diesem Zusammenhang noch einmal ganz klar die notwendige Expertise von außen heraus: „denn man spricht mit FREUNDInnen, die können einen verstehen und auch aufbauen, aber HÄTTE ich mit einem Spezialisten über das Thema gesprochen, hätte mir das wahrscheinlich SEHR weitergeholfen“ (Z. 69-70).

6.6.3 Inhalte psychosozialer Beratung

Einzig K6 kann bisher auf eine umfassende psychosoziale Begleitung während der Kinderwunschzeit zurückblicken und erinnert sich an folgende Eckpunkte der Beratung: „über die Belastung für die Partnerschaft. (1) Über die Belastung durch den unerfüllten Kinderwunsch und über die Belastung durch die Behandlung (2) und den UMGANG mit den Belastungen in der Partnerschaft“ (Z. 34-35). Diese Aspekte zu besprechen hält auch K9 für sinnvoll (vgl. Z. 44-47) und K8 vermutet, dass das Vorhandensein einer psychosozialen Begleitung möglicherweise aufkeimende Konflikte in der Partnerschaft unterbunden hätte (vgl. Z. 64-69). Weitere Inhalte sieht K8 ebenso in der Trauerbewältigung und -Verarbeitung (vgl. Z. 52).

Für K7 wiederum steht neben einer Korrektur der Erwartungshaltung (vgl. Z. 72-75) ganz klar der Informationsbedarf im Vordergrund: „also ganz am Anfang was DIREKT auf mich da ZUKOMMT, wie, wo, was und so weiter und so fort [...] ja es wurde halt vom Arzt besprochen. Das ist nicht dasselbe, als wenn jemand vor mir sitzt und mir das in RUHE erklärt“ (Z. 65-66).

K3 sieht das Leistungspotenzial psychosozialer Begleitung einerseits in der Aufklärung hinsichtlich verschiedener Behandlungsmöglichkeiten (vgl. 67-68), dem Benennen von Gefühlen (vgl. Z. 58) und andererseits in Strategien zum Umgang mit dem unerfüllten Kinderwunsch (vgl. Z. 40-41). Das Besprechen von möglichen Ursachen der ungewollten Kinderlosigkeit führt K5 an (vgl. Z. 72-75); für K2 hingegen liegt der Fokus auf der Reflexion der Kinderwunschbehandlung und alternativen Lebensentwürfen: „über die VERSUCHE, die man schon unternommen hat, also wie der WEG ist sozusagen, über ALTERNATIVEN!, also ob man das überhaupt überlegen will, oder nicht, ähm also ADOPTION, was weiß ich, Leihmutterchaft, was es da alles noch gibt“ (Z. 36-37).

Der Umgang mit Stimmungsschwankungen und anderen hormonellen Nebenwirkungen können für K10 Beratungsinhalte darstellen (vgl. Z. 89) – ebenso wie entsprechende Abgrenzung zur Kinderwunschbehandlung: „dass die ganze Geschichte nicht zu viel ZEIT und RAUM einnimmt, dass sie einem n bisschen verMITTELN, dass man sich trotzdem noch abgrenzen kann“ (ebd.; Z. 90-91).

Sämtliche durch die befragten Frauen benannten Inhalte werden laut Expertinnen auch in der Beratung thematisiert. Besprochen werden ebenso finanzielle Aspekte von Kinderwunschbehandlung (vgl. E2; Z.44), die Erfolgsaussichten zur Herbeiführung einer Schwangerschaft im Rahmen von ART (vgl. E1; Z. 60-66), ein für das jeweilige Paar bzw. für die jeweiligen Personen angemessenes Behandlungstempo (vgl. E1; Z. 72-77) sowie ein gelungener Abschluss der Kinderwunschbehandlung, selbst wenn es nicht zur Schwangerschaft kommt (vgl. E1; Z. 149-154). In allen Punkten, so machen die Beraterinnen deutlich, geht es darum, „sie dazu zu befähigen, GUT für sich selbst zu sorgen“ (E1; Z. 160). Mehrfach wird in den Interviews mit den Kinderwunschpatientinnen der Wunsch nach Gesprächskreisen geäußert. So hätte K10 sich „Gruppengespräche“ (Z. 100) gewünscht, genau wie auch K8 „eine Austauschgruppe mit Gleichbetroffenen“ (Z. 120) und K5 räumt ein:

Hätte vielleicht der ein oder andere gesagt, wir GRÜNDEN jetzt hier n Gesprächskreis und alle, die jetzt hier im Moment (1) oder die jetzt BEREIT wären, die das schon erLEBT haben, noch mal zu solchen RUNDEN gekommen, hätte mir das wahrscheinlich sehr viel weiter geholfen und ich wäre (2) n bisschen glücklicher gewesen in der Zeit. (Z. 79-81)

K3 wiederum hätte es begrüßt, wenn „einfach nur einer DA ist, (1) der einfach nur einen in den ARM nimmt oder äh einfach n paar Worte findet“ (Z. 42-43) und K2 schätzt „ZWEI oder DREI“ (Z. 87) abschließende Gespräche als günstig ein, während K7 eine ständige Verfügbarkeit psychosozialer Beratung favorisiert, wie sie diese auf der Frühchen-Station erlebt hat.

Ich konnte klopfen und sagen, mir GEHT=S heute nicht gut, was kann ich machen. SIE war IMMER für einen da, SO WAS einfach, ich kann das jetzt schlecht beschreiben. In DEM Augenblick bräuchte ich halt jemanden, wenn mir das halt mitgeteilt wird, dass es eben nicht so war, hätte ich gern da GEKLOPFT und gesagt: FANGEN sie mich mal wieder auf. (Z. 68-70)

7 ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK

Psychosoziale Beratung als wesentlicher Eckpfeiler für eine erfolgreiche Kinderwunschbehandlung, die sich nicht allein daran bemisst, ob eine Schwangerschaft herbeigeführt werden kann, sondern inwieweit ein guter Umgang mit ungewollter Kinderlosigkeit geschaffen werden kann, auch im Hinblick auf andere Lebensperspektiven und -entwürfe - das war das Forschungsziel dieser Arbeit.

Bekannt ist, dass Subfertilität und eine damit verbundene Kinderwunschbehandlung durch Personen und Paare oft krisenhaft erlebt wird. Die Ausprägung dessen ist nun in den Interviews sehr deutlich und greifbar geworden. Angst und Trauer, Selbstzweifel und Neid – das sind die vorherrschenden Primär- und Sekundäremotionen, die mit der Kinderwunschbehandlung der Patientinnen einhergehen. Wird Freude thematisiert, dann im Hinblick auf eine enorme Hoffnung den unerfüllten Kinderwunsch mit Maßnahmen von ART zu überwinden. Diese wiederum drückt sich in einer nicht angemessenen Erwartungshaltung aus, die nach gescheiterten Behandlungszyklen in Trauer umschlagen und Ängste hervorrufen kann, zum Beispiel in Bezug auf das weitere medizinische Vorgehen, auf das Austragen einer möglichen späteren Schwangerschaft und/oder auf die bestehende Partnerschaft.

Sehr ambivalent wirkt das soziale Umfeld auf Personen und Paare mit unerfülltem Kinderwunsch ein. Einerseits wird es als enorme Stütze beschrieben – zumindest der enge Familien- und Freundeskreis wird in der Regel über die Kinderwunschbehandlung informiert und verschafft Halt. Versucht das nahe soziale Umfeld mit „gut gemeinten“ Ratschlägen Einfluss zu nehmen und die Sinnhaftigkeit der Kinderwunschbehandlung anzuzweifeln, wird das als problematisch eingeschätzt – ebenso wie die Auseinandersetzung mit der Fertilität des nahen Umfeldes. Resultat dessen ist eine stetig wiederkehrende Konfrontation mit der individuellen Subfertilität, die wiederum Fragen von eigener Identität und Lebensplanung nach sich ziehen und in (selbst gewählter) sozialer Isolation münden kann, die abermals als sehr belastend erlebt wird und den Weg für mögliche sexuelle Störungen ebnet.

Das weitere soziale Umfeld wird gewöhnlich nicht in die Kinderwunschbehandlung eingeweiht – die eigene Subfertilität wird als Makel empfunden und tabuisiert - ein offener Austausch darüber findet nicht statt.

Gleichwohl besteht jedoch ein reges Interesse, die ungewollte Kinderlosigkeit zu thematisieren bzw. zu verhandeln und das auch öffentlich in Form von (professionell angeleiteten) Gesprächskreisen und -gruppen mit anderen Betroffenen. Das wiederum schafft einerseits die Basis dafür, die Prävalenz ungewollter Kinderlosigkeit und damit auch die gesellschaftliche Relevanz in den Fokus zu rücken und somit einen entscheidenden Beitrag zur Enttabuisierung von Fertilitätseinschränkungen zu leisten - andererseits werden somit auch Aspekte der Selbsthilfe wirksam, die oft entlastend auf das psychische Erleben von Kinderwunschbehandlung wirken. Ein entscheidender Vorteil psychosozialer Beratung in Form von Gesprächskreisen könnte dahingehend gegeben sein, dass die Zugangsschwelle deutlich geringer ausfällt als in Form von möglichen Einzelgesprächen. Auch wenn die Qualität psychosozialer Beratung in Einzel- oder Gruppensitzungen eine andere ist - so können auch Onlineangebote seelische Entlastung schaffen und werden auch durch die Frauen teilweise genutzt; wenn auch meist in Form einer *stillen Mitleserschaft*. Erleichterung bewirkt auch hier die Tatsache sich gewahr zu werden, wie viele Personen und Paare von ungewollter Kinderlosigkeit betroffen sind. Gleichzeitig dienen das Internet und entsprechende Foren zum unerfüllten Kinderwunsch dem persönlichen Austausch mit der Möglichkeit sich unter dem Deckmantel der Anonymität zu informieren – der Zugang ist also deutlich niederschwelliger als in der persönlichen Beratung. Die folgenden Internetseiten stellen exemplarisch die Vielfalt an Onlineangeboten dar und werden auch Sicht der Autorin als informativ eingestuft:

- www.informationsportal-kinderwunsch.de (Angebot des BMFSFJ zu Ursachen, Behandlungsmethoden, Förder- und Unterstützungsmöglichkeiten, Verweise auf psychosoziale Beratungsangebote)
- www.bkid.de (Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland; professioneller Zusammenschluss von qualifizierten Berater*innen; vermittelt psychosoziale Beratung für Betroffene und unterstützt Reproduktionsmediziner*innen bei psychosozialen Aspekten von ART; Adressenliste der Berater*innen ersichtlich)
- www.familienplanung.de (Online-Angebot zur ungewollten Kinderlosigkeit der BZgA; Informationen zu Behandlung, Diagnostik, Fertilität; auf psychosoziale Beratung wird verwiesen)

- www.sfmk.info (Online-Angebot für Solo-Mütter; Verweise auf (rechtliche) Rahmenbedingungen, Forum vorhanden)
- www.lsvd.de (Beratungsführer für lesbische Mütter, schwule Väter und familienbezogenes Fachpersonal des Lesben- und Schwulenverbandes)
- www.wunschkind.net (Online-Angebot zu ungewollter Kinderlosigkeit, umfassende Informationen, diverse Foren, Expert*innen antworten; Portal wird betrieben von einem Reproduktionsmediziner)
- www.wunschkind.de (Verein der Selbsthilfegruppen für ungewollt Kinderlose; Fokus auf Selbsthilfegruppen).

Auch wenn diverse Internetforen und -Angebote zum unerfüllten Kinderwunsch existieren, so bleibt doch festzuhalten, dass diese zwar einen guten Überblick zur Kinderwunschbehandlung in ihren vielschichtigen Facetten (u.a. Ursachen und Diagnostik ungewollter Kinderlosigkeit, Behandlungsmethoden, Kosten und rechtliche Rahmenbedingungen) geben können, die persönliche psychosoziale Beratung aber nicht ersetzen können. Dazu sind das subjektive Erleben von ART und damit verbundenen Stressoren zu divers und individuell. Vor allem mögliche Auswirkungen auf Paarbeziehung und Paarsexualität können mit großer Wahrscheinlichkeit durch professionelle Beratung und Begleitung besser aufgefangen werden bzw. mit den betroffenen Personen und Paaren, wenn nötig neu ausgehandelt und definiert werden. Auch wenn die Paarbeziehung bei einem Großteil der Patientinnen nach der Kinderwunschbehandlung als gefestigt beschrieben wird, so stellen Fertilitätsstörungen und die Inanspruchnahme von ART Paarbeziehung und Paarsexualität auf eine Belastungsprobe.

Von Belang sind – so zeigen die Interviews in diesem Zusammenhang - Konflikte, die auf der „Schuldfrage“ des unerfüllten Kinderwunsches gründen, die Sinnhaftigkeit der Paarbeziehung in Frage stellen und eventuell eine Trennung nach sich ziehen. Professionelle psychosoziale Begleitung kann dort ansetzen, wo Hilfe zur Selbstregulation angeboten wird und der Fokus auf andere Aspekte der Partnerschaft gelenkt wird, die unabhängig vom Kinderwunsch sind. Ähnliche Anknüpfungspunkte sind auch im Bereich der Paarsexualität denkbar. In der Kinderwunschbehandlung erfahren die Paare in der Regel eine Sexualität, die sich den Rahmenbedingungen der Reproduktionsmedizin unterzuordnen hat. Oberstes Ziel aller, einschließlich der Reproduktionsmediziner*innen, ist die Herbeiführung einer Schwangerschaft. Sexualität findet also außerhalb der intimen Paardiyade statt, wird mit Hilfe Dritter extern verhandelt – der Lustaspekt wird häufig eingebüßt.

Die Umdeutung der Paarsexualität während und die Neuaushandlung nach der Kinderwunschbehandlung sowie eine entsprechende Abkopplung der Paarsexualität von der ungewollten Kinderlosigkeit stellen sinnvolle Inhalte einer psychosozialen Beratung dar. Ein wesentlicher Aspekt, der für eine psychosoziale Begleitung während der Kinderwunschbehandlung spricht, sind damit verbundene Einflussfaktoren, die als Fremdbestimmung von den Patientinnen und teils als übergriffig wahrgenommen und beschrieben werden.

Auch wenn die Kosten von ART sicherlich im Vorfeld der Behandlung ausführlich besprochen werden und auch in den diversen Infomaterialien ersichtlich sind, so scheint dennoch Unkenntnis bei den Patient*innen darüber zu herrschen, dass zumindest in einigen Bundesländern die Möglichkeit der anteiligen Kostenübernahme besteht, auch wenn die Paare nicht miteinander verheiratet sind. Der Hinweis von ärztlicher Seite den Status einer Partnerschaft in den einer Ehe zu überführen, wird eindeutig als übergriffig aufgefasst. Neben finanziellen Aspekten erscheint auch das nähere Besprechen einzelner medizinischer Interventionen als sinnvoll. Im konkreten Fall betrifft das die Eizellpunktion ohne Anästhesie. Diese wird mehrfach als sehr kritisch eingeschätzt. Zusätzlicher Beratungsbedarf ist hier jedoch eher von ärztlicher Seite aus gegeben.

Fragen und Unsicherheiten, die sich aus dem zeitlichen Rahmen von ART und dem damit verbundenen Behandlungstempo ergeben und von den Patientinnen als Stressoren identifiziert werden, gehören definitiv zum Beratungsspektrum psychosozialer Unterstützung, in dem wiederum auf homöostatischer Basis der jeweiligen Paare und Personen angesetzt wird, um Pausen sowie Ausstiegsmöglichkeiten aus der Kinderwunschbehandlung zu eröffnen, einen Perspektivwechsel einzuleiten, Akzeptanz des unerfüllten Kinderwunsches zu generieren und den Blick auf alternative Strategien bzw. Lebensentwürfe zu lenken.

Obwohl psychosoziale Beratung sich in den letzten Jahren professionalisiert, sich eine Expertise herausgebildet hat, sich Fachverbände gegründet haben und einzelne Kooperationen mit Kinderwunschzentren bestehen, so scheint sie dennoch nicht in der Lebensrealität der Kinderwunschbehandlung angekommen zu sein. Keine der zehn Patientinnen aus dem Bundesgebiet wurde nach eigenen Angaben über die Möglichkeit der psychosozialen Beratung und Begleitung informiert. Verantwortlich dafür dürfte u.a. die Uneindeutigkeit der verschiedenen Richtlinien zur Empfehlung und Durchführung psychosozialer Beratung sein (vgl. 5.1). Hinzu kommt eine nicht vorhandene Beratungspflicht wie sie beispielsweise bei pränatal diagnostisch-auffälligen Befunden besteht.

Deutlich geworden ist auch, dass es wünschenswert wäre, die Kooperation zwischen Kinderwunschzentren und Institutionen, die psychosoziale Beratung zum Thema ungewollte Kinderlosigkeit anbieten zu intensivieren. Gleichzeitig scheinen Schwangerschaftsberatungsstellen und andere Organisationen, die zum Thema Kinderwunsch psychosozial beraten in der Pflicht, einerseits die notwendigen zeitlichen und personellen Rahmenbedingungen zu schaffen und Kapazitäten bereitzustellen, und andererseits umfassend über ihr Beratungsportfolio zu informieren – möglicherweise auch im Rahmen von Informationsabenden der Kliniken und Kinderwunschzentren.

Die anfallenden, sehr geringen Kosten für eine psychosoziale Beratung können nicht ausschlaggebend dafür sein, dass so wenige Personen und Paare dieses Beratungsangebot nutzen. Vielmehr ist es schlichtweg nicht bekannt. Dass die Hemmschwelle groß ist, psychosoziale Beratung überhaupt in Anspruch zu nehmen aus Gründen möglicher zusätzlicher Stigmatisierung zeigte sich in den Interviews mit den Kinderwunschpatient*innen zumindest in diesen Fällen nur vereinzelt, wird aber auch hier von Seite der Expertinnen ausdrücklich formuliert.

Bedenkenswert wäre in diesem Zusammenhang ebenfalls die Krankenkassen dahingehend zu sensibilisieren, psychosoziale Beratung als Bestandteil der Kinderwunschbehandlung vor Ort in den Kinderwunschzentren und -Kliniken, oder extern ausgelagert durch entsprechende Kooperationspartner mit in den Leistungskatalog mit aufzunehmen. Der bisherige Behandlungsplan bei Maßnahmen von ART sieht keine abrechenbare Position bezüglich psychosozialer Unterstützung vor. Dass Beratungsbedarf und der Wunsch nach psychosozialer Beratung und Begleitung bestehen, daran lassen die Interviews keinen Zweifel offen. Und – so viel scheint sicher: die Nachfrage dieser Beratungsangebote wird zukünftig noch steigen. Einerseits erschließen sich durch die Diversität von Lebensentwürfen und -Planung neue und andere Klienten-Gruppen, andererseits verschieben bzw. weiten sich Beratungsinhalte – zum Beispiel im Rahmen des reproduktiven Reisens – aus.

Festzuhalten bleibt: psychosoziale Beratung *vor*, *während* und *nach* der Kinderwunschbehandlung versteht sich nicht als Frontstellung gegenüber der Reproduktionsmedizin, ist aber sicherlich in der Lage durch ihren interdisziplinären Zugang ergänzend ihren Beitrag im Sinne einer erfolgreichen Kinderwunschbehandlung zu leisten.

8 ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AH	-	Assisted Hatching
ART	-	Assistierte Reproduktion(-techniken)
BÄK	-	Bundesärztekammer
BKiD	-	Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland
BMFSFJ	-	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
BZgA	-	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
EMRK	-	Europäische Menschenrechtskonvention
ESchG	-	Embryonenschutzgesetz
FSH	-	Follikelstimulierendes Hormon
GAT	-	Gesprächsanalytische Transkription
G-BA	-	Gemeinsamer Bundesausschuss
GIFT	-	gamete intra-fallopian transfer
GG	-	Grundgesetz
hCG	-	humanes Choriongonadotropin
ICSI	-	Intrazytoplasmatische Spermieninjektion
IUI	-	intrauterine Insemination
IVF	-	In-Vitro-Fertilisation
IVM	-	In-vitro-Maturation
LH	-	Luteinisierendes Hormon
MESA	-	Mikrochirurgische epididymale Spermienaspiration
OHSS	-	ovarielles Hyperstimulationsrisiko
PID	-	Präimplantationsdiagnostik
SGB	-	Sozialgesetzbuch
TESE	-	Testikuläre Spermienextraktion
TMSC	-	total motil sperm count
WHO	-	World Health Organization

9 LITERATURVERZEICHNIS

- Amendt, Gerhard: *Der neue Klapperstorch. Über Künstliche Befruchtung – Samenspender – Leihmütter – Retortenzeugung. Die psychischen und sozialen Folgen der Reproduktionsmedizin.* 2. überarbeitete Auflage. Ikaru Verlag. Freiburg 1988
- Atteslander, Peter: *Methoden der empirischen Sozialforschung.* 13., neu bearbeitete und erweiterte Auflage. Erich Schmidt Verlag. Berlin 2010
- Bals-Pratsch, Monika: Frauengesundheitliche Aspekte im Kontext der Reproduktionsmedizin. In: Mayer-Lewis, Birgit & Rupp, Marina (Hrsg.): *Der unerfüllte Kinderwunsch. Interdisziplinäre Perspektiven.* S. 39-60. Verlag Barbara Budrich. Opladen Berlin Toronto 2015
- Bernard, Andreas: *Kinder machen.* S. Fischer Verlag. Frankfurt am Mai 2014
- Bundesärztekammer: *(Muster-)Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion – Novelle 2006.* Online abrufbar unter:
http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/AssRepro.pdf
 f (Zugriff: 2. März 2017)
- BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: *Ungewollt kinderlos.* Online abrufbar unter: <https://www.informationsportal-kinderwunsch.de/ursachen/> (Zugriff: 20. Februar 2017)
- BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: *Richtlinie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion vom 29. März 2012, zuletzt geändert am 23. Dezember 2015,* Online abrufbar unter: <https://www.informationsportal-kinderwunsch.de/fileadmin/Content/Bundesfoerderrichtlinie160208.pdf> (Zugriff: 23. Februar 2017)
- BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: *Psychosoziale Kinderwunschberatung in Deutschland.* (2012). Online abrufbar unter: https://www.informationsportal-kinderwunsch.de/fileadmin/templates/pdf/Abschlussbericht_Erhebung_Psychosoziale_Kinderwunschberatung_2012.pdf (Zugriff: 27. Februar 2017)
- BMFSFJ – Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: *Kinderlose Frauen und Männer.* (2014). Online abrufbar unter: <https://www.informationsportal-kinderwunsch.de/fileadmin/templates/pdf/BMFSFJ-Kinderwunsch-kinderlose-Frauen-und-Maenner-Befragung.pdf> (Zugriff: 4. April 2017)
- BMFSFJ - Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend: *Hilfe und Unterstützung bei ungewollter Kinderlosigkeit.* Hintergrundmeldung Schwangerschaft und Kinderwunsch. 1.7. 2016. Online abrufbar unter: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/themen/familie/schwangerschaft-und-kinderwunsch/hilfe-und-unterstuetzung-bei-ungewollter-kinderlosigkeit/76012> (Zugriff: 04. Januar 2017)
- Brehm, Herbert K.: *Frauenheilkunde und Geburtshilfe für Pflegeberufe.* 8. überarbeitete Auflage. Georg Thieme Verlag. Stuttgart – New York 1995
- Deppermann, Arnulf: *Gespräche analysieren.* Leske + Budrich. Opladen 1999

- Der Spiegel: *Gentechnik – der Weg zur Menschengzuchtung?* (49/1985). Online abrufbar unter: <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-13514563.html> (Zugriff: 17. Februar 2016)
- Deutsches IVF-Register (Hrsg.): *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie*. Jahrbuch 2015. Sonderheft 1/2016. Krause & Pachernegg. Gablitz 2016. Auch online verfügbar unter: www.deutsches-ivf-register.de (Zugriff: 03. Januar 2017)
- Diedrich, Klaus; Ludwig, Michael & Griesinger, Georg (Hrsg.): *Reproduktionsmedizin*. Springer. Berlin Heidelberg 2013
- Dittrich, Ralf et al.: Aktuelle Methoden und Herausforderungen in der Reproduktionsmedizin: In: Mayer-Lewis, Birgit & Rupp, Marina (Hrsg.): *Der unerfüllte Kinderwunsch*. Interdisziplinäre Perspektiven. S.17-38. Verlag Barbara Budrich. Opladen, Berlin & Toronto 2015
- Dorn, Almut: Kinderwunschbehandlung und Psyche. Was hilft bei psychischen Belastungen in der Kinderwunschzeit. In: *gyne*. 11/2010. Mediengruppe Oberfranken Fachverlage 2010
- Dorn, Almut & Wischmann, Tewes: Psychosomatik und psychosoziale Betreuung. In: Diedrich, Klaus, Ludwig, Michael & Griesinger, Georg (Hrsg.): *Reproduktionsmedizin*. S. 483-501. Springer. Berlin Heidelberg 2013
- Ebner, Thomas & Diedrich, Klaus: In-vitro-Fertilisation und intrazytoplasmatische Spermieninjektion. In: Diedrich, Klaus, Ludwig, Michael & Griesinger, Georg (Hrsg.): *Reproduktionsmedizin*. S. 215-224. Springer. Berlin Heidelberg 2013
- Embryonenschutzgesetz vom 13. Dezember 1990 (BGBl. I S. 2746), zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 21. November 2011 (BGBl. I S. 2228) geändert, Online abrufbar unter: <https://www.gesetze-im-internet.de/eschg/BJNR027460990.html> (Zugriff: 22. Februar 2017)
- Engelhardt, Stephanie: Gynäkologie. In: Gesenhues, Stefan & Ziesché, Rainer (Hg.): *Praxisleitfaden Allgemeinmedizin*. 4. Auflage. Urban & Fischer Verlag. München – Jena 2003
- Europäische Menschenrechtskonvention (Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten) vom 04.11.1950, zuletzt geändert durch Protokoll Nr. 14 vom 13.5.2004 m.W.v. 1.6.2010, online abrufbar unter: <https://dejure.org/gesetze/MRK> (Zugriff: 22. Februar 2017)
- Erdle, Birgit: „Kind ade“ – Einige Überlegungen zu sozialen und gesellschaftlichen Ursachen von Kinderlosigkeit. In: Kleinschmidt, Dorothee, Thorn, Petra & Wischmann, Tewes (Hrsg.): *Kinderwunsch und professionelle Beratung*. Das Handbuch des Beratungsnetzwerkes Kinderwunsch Deutschland (BKID). S.27-30. Kohlhammer. Stuttgart 2008
- Fiegl, Jutta: *Unerfüllter Kinderwunsch*. 2. Auflage. mvg Verlag. München 2012
- Flick, Uwe, von Kardorff E. & Steinke, I: Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In: Flick, Uwe, von Kardorff E. & Steinke, I (Hrsg.): *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. S. 13-29. 7. Auflage. Rowohlt Taschenbuchverlag. Reinbek bei Hamburg 2009
- Flick, Uwe: *Qualitative Sozialforschung*. Eine Einführung. Rowohlt Taschenbuch Verlag. Reinbek bei Hamburg 2012
- Fränznick, Monika & Wieners, Karin: *Ungewollte Kinderlosigkeit*. Juventa Verlag. Weinheim und München 1996.

- Friebertshäuser, Barbara: Interviewtechniken – ein Überblick. In: Friebertshäuser, Barbara & Prengel, Annedore (Hrsg.) *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. S. 371-395. Juventa Verlag. Weinheim und München 1997
- Friebertshäuser, Barbara & Prengel, Annedore: Einleitung: Profil, Intentionen, Traditionen und Inhalte des Buches. In: Friebertshäuser, Barbara & Prengel, Annedore (Hrsg.) *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. S. 11-23. Juventa Verlag. Weinheim und München 1997
- Friedrich-Ebert-Stiftung (Hg.): *Reproduktionsmedizin im internationalen Vergleich*. Wissenschaftlicher Sachstand, medizinische Versorgung und gesetzlicher Regelungsbedarf. Stabsabteilung der Friedrich-Ebert-Stiftung 2008
- Garz, Detlef & Kraimer, Klaus: Qualitativ-empirische Sozialforschung im Aufbruch. In: Garz, Detlef & Kraimer, Klaus (Hrsg.): *Qualitativ-empirische Sozialforschung*. S. 1-33. Westdeutscher Verlag. Opladen 1991
- Gemeinsamer Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen: *Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung („Richtlinien über künstliche Befruchtung“)* in der Fassung vom 14. August 1990, veröffentlicht im Bundesarbeitsblatt 1990, Nr. 12, zuletzt geändert am 21. August 2014, veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 17.10.2014 B3, in Kraft getreten am 18. Oktober 2014. Online abrufbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-933/KB-RL_2014-08-21.pdf (Zugriff: 22. Februar 2017)
- Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz-GMG) vom 14. November 2003, Online abrufbar unter: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&start=//%255B@attr_id=%2527bgbl103s2190.pdf%2527%255D#__bgbl__%2F%2F%5B%40attr_id%3D%27bgbl103s2190.pdf%27%5D__1487841360514 (Zugriff: 23. Februar 2017)
- Gläser, Jochen & Laudel, Grit: *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse*. 4. Auflage. VS Verlag. Wiesbaden 2010
- Griesinger, Georg: Ovarielle Stimulation. In: Diedrich, Klaus; Ludwig, Michael & Griesinger, Georg (Hrsg.): *Reproduktionsmedizin*. S. 109-132. Springer. Berlin Heidelberg 2013
- Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland vom 23. Mai 1949 (BGBl. S. 1), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 23.12.2014 (BGBl. I S. 2438), online abrufbar unter: <http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/gg/gesamt.pdf> (Zugriff: 22. Februar 2017)
- Gust, Ulrike & Kücking, Monika: Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft aus dem Blickwinkel der gesetzlichen Krankenversicherung – Voraussetzung und Finanzierung. In: Mayer-Lewis, Birgit & Rupp, Marina (Hrsg.): *Der unerfüllte Kinderwunsch*. Interdisziplinäre Perspektiven. S. 89-105. Verlag Barbara Budrich. Opladen Berlin Toronto 2015
- Hölzle, Christina: Zum Umgang mit Risiken und Gefahren im Rahmen der Reproduktionsmedizin. In: Kleinschmidt, Dorothee, Thorn, Petra & Wischmann, Tewes (Hrsg.): *Kinderwunsch und professionelle Beratung*. S. 59-67. Verlag W. Kohlhammer. Stuttgart 2008
- Höpflinger, Francois: *Bevölkerungssoziologie*. 2., überarbeitete Auflage. Beltz Juventa. Weinheim und Basel 2012
- Hoppe, Diana: *Was passiert in Beratungsgesprächen?* Dissertation. Hildesheim 2013

- Kentenich, Heribert et. al: *Leitlinie Psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen*. Psychosozial-Verlag. Gießen 2014
- Kleinschmidt, Dorothee, Thorn, Petra & Wischmann, Tewes (Hrsg.): *Kinderwunsch und professionelle Beratung*. Das Handbuch des Beratungsnetzwerkes Kinderwunsch Deutschland (BKID). Kohlhammer. Stuttgart 2008
- Krätschmer-Hahn, Rabea: *Kinderlosigkeit in Deutschland*. Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden 2012
- Kromrey, Helmut: *Empirische Sozialforschung*. 12. Auflage. Lucius & Lucius. Stuttgart 2009
- Luborsky, Lester: *Einführung in die analytische Psychotherapie*. Springer-Verlag. Berlin Heidelberg 1988
- Liebermann, Jürgen & Nawroth, Frank: Kryokonservierung. In: Diedrich, Klaus; Ludwig, Michael & Griesinger, Georg (Hrsg.): *Reproduktionsmedizin*. S. 233-246. Springer. Berlin Heidelberg 2013
- Ludwig, Michael: Follikelpunktion und Eizellgewinnung. In: Diedrich, Klaus; Ludwig, Michael & Griesinger, Georg (Hrsg.): *Reproduktionsmedizin*. S. 209-212. Springer. Berlin Heidelberg 2013
- Ludwig, Michael & Diedrich, Klaus: Historischer Abriss zur Reproduktionsmedizin. In: Diedrich, Klaus; Ludwig, Michael & Griesinger, Georg (Hrsg.): *Reproduktionsmedizin*. S. 9-18. Springer. Berlin Heidelberg 2013
- Ludwig, Michael, Diedrich, Klaus & Nawroth, Frank: Was ist „Sterilität“ – eine Begriffsbestimmung. In: Diedrich, Klaus; Ludwig, Michael & Griesinger, Georg (Hrsg.): *Reproduktionsmedizin*. S. 1-7. Springer. Berlin Heidelberg 2013
- Mayer-Lewis, Birgit: Beratung bei Kinderwunsch – Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung des SARA-Modellprojektes. In: Mayer-Lewis & Rupp, Marina (Hrsg.): *Der unerfüllte Kinderwunsch*. Interdisziplinäre Perspektiven. S. 187-217. Verlag Barbara Budrich. Opladen Berlin Toronto 2015
- Mayer-Lewis, Birgit & Rupp, Martina (Hrsg.): *Der unerfüllte Kinderwunsch*. Interdisziplinäre Perspektiven. Verlag Barbara Budrich. Opladen Berlin Toronto 2015
- Mayring, Philipp: *Qualitative Inhaltsanalyse*. 11., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Beltz Verlag. Weinheim und Basel 2010
- Meuser, Michael & Nagel, Ulrike: Das ExpertInneninterview – Wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung. In: Friebertshäuser, Barbara & Prengel, Annedore (Hrsg.) *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. S. 481-491. Juventa Verlag. Weinheim und München 1997
- Möller, Karl-Heinz: Rechtliche Regelung der Reproduktionsmedizin in Deutschland. In: Diedrich, Klaus; Ludwig, Michael & Griesinger, Georg (Hrsg.): *Reproduktionsmedizin*. S. 583-606. Springer. Berlin Heidelberg 2013
- Montag, Markus & Todt, Bettina: „Assisted Hatching“. In: Diedrich, Klaus; Ludwig, Michael & Griesinger, Georg (Hrsg.): *Reproduktionsmedizin*. S. 261-267. Springer. Berlin Heidelberg 2013
- Nestmann, Frank: Beratung. In: Hörmann, Georg & Nestmann, Frank (Hrsg.): *Handbuch der psychosozialen Intervention*. S.101-113. Westdeutscher Verlag. Opladen 1988
- Pauls, Helmut: *Klinische Sozialarbeit*. Beltz Juventa. Weinheim 2013
- Przyborski, Aglaja & Wohlrab-Sahar, Monika: *Qualitative Sozialforschung*. Oldenbourg Verlag. München 2008

- Raith-Paula, Elisabeth et.al.: *Natürliche Familienplanung heute*. Modernes Zykluswissen für Beratung und Anwendung. 5., vollständig aktualisierte Auflage. Springer-Verlag. Berlin Heidelberg 2013
- Richter, Horst-Eberhard: Wider die Selbsterschaffung des Menschen*. In: *Psychosozial: Schwerpunktthema: Künstliche Befruchtung. Psychosomatische und ethische Aspekte*. S. 77-81. Psychologie Verlags Union. München Weinheim 1986
- Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion für nichteheliche Lebensgemeinschaften durch das Land Sachsen-Anhalt RdErl. des MS vom 18.12.2013 – 42.2 Online abrufbar unter: https://www.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Politik_und_Verwaltung/LVWA/LVwA/Dokumente/famgesjugvers/602/zuwendRiLi_assistierte_Reproduktion_ne_Lebensgemeinschaften.pdf (Zugriff: 22. Februar 2017)
- Riedel, Ulrike: Vorgeschichte und Stand der Gesetzgebung. In: Friedrich-Ebert-Stiftung (Hg.): *Reproduktionsmedizin im internationalen Vergleich*. Wissenschaftlicher Sachstand, medizinische Versorgung und gesetzlicher Regelungsbedarf. S.11-21. Stabsabteilung der Friedrich-Ebert-Stiftung 2008
- Riewenherm, Sabine: *Die Wunschgeneration*. Basiswissen zur Fortpflanzungsmedizin. Orlanda. Berlin 2001
- Schuppe, Hans-Christian; Köhn, Frank-Michael & Weidner, Wolfgang: Integrale nichtgynäkologische Bestandteile. In: Diedrich, Klaus; Ludwig, Michael & Griesinger, Georg (Hrsg.): *Reproduktionsmedizin*. S. 445-482. Springer. Berlin Heidelberg 2013
- Schwindl, Bernhard: Andrologische Fragestellungen im Kontext der Reproduktionsmedizin. In: Mayer-Lewis, Birgit & Rupp, Marina (Hrsg.): *Der unerfüllte Kinderwunsch. Interdisziplinäre Perspektiven*. S. 61-88. Verlag Barbara Budrich. Opladen Berlin Toronto 2015
- Sökeland, Jürgen & Rübben, Herbert: *Taschenlehrbuch Urologie*. 14. Auflage. Georg Thieme Verlag. Stuttgart – New York 2008
- Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) - Gesetzliche Krankenversicherung -Artikel 1 des Gesetzes vom 20.12.1988 (BGBl. I S. 2477), in Kraft getreten am 01.01.1989, 01.01.1990 bzw. 01.01.1991 zuletzt geändert durch Gesetz vom 23.12.2016 (BGBl. I S. 3191) m.W.v. 01.01.2017. Online abrufbar unter: https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/_27a.html (Zugriff: 22. Februar 2017)
- Stammer, Heike; Verres, Rolf & Wischmann, Tewes: *Paarberatung und –therapie bei unerfülltem Kinderwunsch*. Hogrefe Verlag. Göttingen 2004
- Statistisches Bundesamt: *Geburtentrends und Familiensituation in Deutschland*. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden 2013. Auch online abrufbar unter: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressekonferenzen/2013/Geburten_2012/Begleitheft_Geburten.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff: 21. Februar 2017)
- Statistisches Bundesamt: *Geburtenziffer 2015: Erstmals seit 33 Jahren bei 1,50 Kindern je Frau*. Pressemitteilung Nr. 373 vom 17.10.2016. Online abrufbar unter: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2016/10/PD16_373_126.html (Zugriff: 21. Februar 2017)

- Statistisches Bundesamt: *2268 Babys von Frauen ab 45 Jahre im Jahr 2015 geboren*. Pressemitteilung 24.1.2017. Online abrufbar unter: https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/zdw/2017/PD17_004_p002.html (Zugriff: 21. Februar 2017)
- Stöbel-Richter, Yve et al: Umfrageergebnisse zum Stellenwert psychosozialer Beratung in reproduktionsmedizinischen Zentren in Deutschland – eine Pilotstudie. In: *J Reproduktionsmed Endokrinol* 8(6) 2011. S. 416-423. Online abrufbar unter: http://www.academia.edu/24112208/Umfrageergebnisse_zum_Stellenwert_psychosozialer_Beratung_in_reproduktionsmedizinischen_Zentren_in_Deutschland_eine_Pilotstudie (Zugriff: 02.03.2017)
- Strowitzki, Thomas & Diedrich, Klaus: In-Vitro-Maturation. In: Diedrich, Klaus; Ludwig, Michael & Griesinger, Georg (Hrsg.): *Reproduktionsmedizin*. S.247-254. Springer. Berlin Heidelberg 2013
- Terhart, Ewald: Entwicklung und Situation des qualitativen Forschungsansatzes in der Erziehungswissenschaft. In: Friebertshäuser, Barbara & Prengel, Annedore (Hrsg.) *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft*. S. 27-42. Juventa Verlag. Weinheim und München 1997
- Thorn, Petra: Psychosoziale Unterstützung – Wann kann sie weiterhelfen? In: Wallraff, Doris; Thorn, Petra & Wischmann, Tewes (Hrsg.): *Kinderwunsch. Der Ratgeber des Beratungsnetzwerkes Kinderwunsch Deutschland (BKID)*. S.106-111. Kohlhammer. Stuttgart 2015
- Weinberger, Sabine: *Klientenzentrierte Gesprächsführung*. Juventa Verlag. Weinheim und München 2005
- Wischmann, Tewes: Psychologische Aspekte des unerfüllten Kinderwunsches aus wissenschaftlicher Sicht. In: Kleinschmidt, Dorothee, Thorn, Petra & Wischmann, Tewes (Hrsg.): *Kinderwunsch und professionelle Beratung*. S. 51-58. Verlag W. Kohlhammer. Stuttgart 2008
- Wischmann, Tewes: Ungewollte Kinderlosigkeit und Reproduktionsmedizin – Einige grundlegende Daten. In: Kleinschmidt, Dorothee, Thorn, Petra & Wischmann, Tewes (Hrsg.): *Kinderwunsch und professionelle Beratung*. S. 31-36. Verlag W. Kohlhammer. Stuttgart 2008
- Wischmann, Tewes & Stöbel-Richter, Yve: Psychosomatische Diagnostik. In: Kentenich, Heribert et. al: *Leitlinie Psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen*. S. 19-30. Psychosozial-Verlag. Gießen 2014
- Wischmann, Tewes & Stammer, Heike: *Der Traum vom eigenen Kind*. 5. Überarbeitete Auflage. Kohlhammer. Stuttgart 2017
- World Health Organization (WHO): *Multiple definitions of infertility*. Online abrufbar unter:<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/multiple-definitions/en/> (Zugriff: 24. Februar 2017)
- www.9monate.de (Zugriff: 4. Januar 2017)
- www.bkid.de (letzter Zugriff: 18. April 2017)
- www.familienplanung.de (Zugriff: 17. April 2017)
- www.informationsportal-kinderwunsch.de (Zugriff: 18. April 2017)
- www.lsvd.de/fileadmin/pics/Dokumente/family/Beratungsfuehrer/Broschuere_LSVD_barrierefrei_September.pdf (Zugriff: 17. April 2017)
- www.sfmk.info (Zugriff: 17. April 2017)
- www.wunschkind.de (Zugriff: 17. April 2017)

www.wunschkind.net/forum/read/1/8574258/8574258#msg-8574258

(Zugriff: 10. Februar 2017)

Zeller-Steinbrich, Gisela: Wenn Paare ohne Kinder bleiben. Herder. Freiburg i. B. Basel
Wien 1995

10 ANHANG

Anlage A	Interviewleitfaden
Anlage A1	Interviewleitfaden Experteninterview
Anlage B	Vorlage – Informiertes Einverständnis
Anlage C	Transkriptionslegende
Anlage D	Deckblatt des Gesprächsinventars K1
Anlage D1	Gesprächsinventar K1
Anlage D2	Auswertungsschritte Inhaltsanalyse K1

Folgende Anlagen sind auf beiliegender CD ersichtlich:

Anlage E	Deckblatt des Gesprächsinventars K2
Anlage F	Deckblatt des Gesprächsinventars K3
Anlage G	Deckblatt des Gesprächsinventars K4
Anlage H	Deckblatt des Gesprächsinventars K5
Anlage I	Deckblatt des Gesprächsinventars K6
Anlage J	Deckblatt des Gesprächsinventars K7
Anlage K	Deckblatt des Gesprächsinventars K8
Anlage L	Deckblatt des Gesprächsinventars K9
Anlage M	Deckblatt des Gesprächsinventars K10
Anlage N	Deckblatt des Gesprächsinventars E
Anlage O	Gesprächsinventare K2-K10
Anlage P	Gesprächsinventar E
Anlage Q	Auswertungsschritte Inhaltsanalyse K2-K10
Anlage R	Auswertungsschritte Inhaltsanalyse E
Anlage S	Transkription K1-K10
Anlage T	Transkription E

Anlage A: Interviewleitfaden

1. Wenn Sie sich zurückerinnern an die Zeit der Kinderwunschbehandlung – was fällt Ihnen spontan ein? Wie haben Sie diese Zeit erlebt?

2. Welches Behandlungsverfahren wurde bei Ihnen angewandt?
3. Wie viele Versuche haben Sie durchlaufen?
4. Inwiefern gab es im Vorfeld ärztliche Interventionen (z.B. Gebärmutter Spiegelung, Bauchspiegelung)?

5. Welche Gefühle waren in der Kinderwunschbehandlung vorherrschend?
6. Mit wem haben Sie diese Gefühle geteilt?

7. Wurde Ihnen in der Kinderwunschbehandlung das Angebot psychosozialer Beratung gemacht – bzw. wurde auf externe Beratungsangebote verwiesen?
8. Inwiefern haben Sie dieses Angebot genutzt?
9. Inwiefern wäre es hilfreich gewesen dieses Beratungsangebot zu nutzen?
10. Über welche Themen hätten Sie dort gern gesprochen?
11. Inwieweit hätte psychosoziale Beratung die Zeit während der Kinderwunschbehandlung beeinflusst?

12. Was hat Ihnen in der Zeit der Kinderwunschbehandlung am meisten Stress bereitet?
13. Was hat Sie positiv beeinflusst in der Zeit der Kinderwunschbehandlung?

14. Wie haben Sie ihre Paarbeziehung in der Zeit der Kinderwunschbehandlung empfunden?
15. Welche Auswirkungen hatte die Kinderwunschbehandlung auf Ihre Paarsexualität?
16. Wie entlastend, oder auch belastend haben Sie es empfunden - wenn man so sagen möchte - die Ursache für die ungewollte Kinderlosigkeit zu sein bzw. nicht zu sein?
17. Was wäre rückblickend betrachtet gut für Sie in der Zeit der Kinderwunschbehandlung gewesen? Was hätte es möglicherweise gebraucht? Was fällt Ihnen ein?

Anlage A1: Interviewleitfaden Experteninterview

1. Welche Bedeutung kann ungewollte Kinderlosigkeit für Personen/Paare haben?
2. Wie erleben Personen/Paare die Zeit der Kinderwunschbehandlung?
3. Mit welchen Herausforderungen sehen sich Personen und Paare in der Zeit der Kinderwunschbehandlung konfrontiert? Welche Stressoren werden hier wirksam?
4. Wann ist eine psychosoziale Beratung/Begleitung ratsam?
5. Was kann eine psychosoziale Beratung/Begleitung in der Zeit der Kinderwunschbehandlung leisten?
6. Welche Themenfelder bzw. Gesprächsinhalte können in einer psychosozialen Begleitung/Beratung angesprochen und berührt werden?
7. Wie viele Personen/Paare nehmen eine solche Beratung/Begleitung in Anspruch?
8. Welche Hürden sehen Sie bei Personen/Paaren, die diese Beratung nicht in Anspruch nehmen?
9. Wie gleichen Personen/Paare das Fehlen einer psychosozialen Beratung in ihrem Handeln aus?
9. Was kostet psychosoziale Beratung/Begleitung?

Anlage B: Vorlage - Informiertes Einverständnis

Informationen für die Teilnahme am Interview zum Forschungsvorhaben:
„Psychosoziale Beratung in der Kinderwunschbehandlung“

Sehr geehrte Interviewpartnerin,

vielen Dank für Ihre Bereitschaft an diesem Interview teilzunehmen. Über mein Forschungsvorhaben und Vorgehen möchte ich Sie gern informieren. Aus Gründen des Datenschutzes ist eine ausdrückliche und informierte Einwilligung Ihrerseits zur Speicherung (Löschung der Aufnahme erfolgt sofort nach Transkription) und Auswertung notwendig.

Im Rahmen meiner Masterarbeit beschäftige ich mich mit Aspekten der psychosozialen Beratung während der Kinderwunschbehandlung. Im Fokus steht die psychosoziale Beratung als Parameter für eine erfolgreiche Kinderwunschbehandlung.

Die Durchführung der Studie geschieht auf Grundlage des Bundesdatenschutzgesetzes. Ich bin der Schweigepflicht und dem Datengeheimnis verpflichtet. Die Arbeit dient wissenschaftlichen Zwecken. Damit Ihre Angaben nicht mit Ihrer Person in Verbindung gebracht werden können, sichere ich Ihnen folgende Verfahrensschritte zu:

-die Interviews werden auf Tonträger aufgenommen, transkribiert und anonymisiert (betrifft alle Personen- und Ortsnamen sowie Institutionen) und anschließend gelöscht

-Abschrift und Einwilligungserklärung werden codiert; Ihr Name wird in meinen Unterlagen gelöscht, sodass nur das anonymisierte Transkript existiert

-Ihre Einwilligungserklärung wird in einem gesonderten Ordner an einer gesicherten und nur mir zugänglichen Stelle aufbewahrt

-die Abschrift wird in ihrer Gänze nicht veröffentlicht, nur einzelne Zitate werden veröffentlicht; dabei ist nicht erkennbar von welcher Person diese Zitate stammen

Aus einer Nichtteilnahme am Interview entstehen Ihnen keine Nachteile. Selbstverständlich können Sie Antworten auf Fragen verweigern. Diese Einwilligung selbst erfolgt auf Freiwilligkeit und kann jederzeit durch Sie widerrufen werden; ebenso ist ein Abbruch des Interviews auf Ihren Wunsch hin jederzeit möglich.

Vielen Dank für Ihre Bereitschaft an diesem Forschungsvorhaben mitzuwirken!

Datum: 5. Januar 2017

Franziska Wasian

(Studentin im Masterstudiengang „Angewandte Sexualwissenschaft“ - Hochschule Merseburg)

Anlage C: Transkriptionslegende

Transkriptionsregeln in Anlehnung an das gesprächsanalytische Transkriptionssystem (GAT) (Deppermann, 1999, S. 119f)

Interviewer	I
Interviewte	K1-K10; E
Timecode	00:00 – 00:10
Pausen	
(1)	Pause von 1 sec
(2)	Pause von 2 sec
(3)	Pause von 3 sec
(4)	Pause länger als 4 sec
	Pausen von unter 1 sec werden nicht angegeben
Verschleifungen	
so=ne	Verschleifungen innerhalb von Einheiten
Rezeptionssignale	
hm, ja, nein, nee	einsilbige Signale
Akzentuierung	
akZENT	Primär- oder Hauptakzent
ak!ZENT!	extra starker Akzent
Sonstige Konventionen	
(LACHT) (solche?)	para-/außersprachliche Handlungen/Ereignisse vermuteter Wortlaut
Ort	[Ort]
Name	[Name]

Anlage D: Deckblatt des Gesprächsinventars K1

Gesprächsname:	Kinderwunschbehandlung
Gesprächsnummer:	1
Aufnahmedatum:	05. Januar 2017
Aufnahmezeit:	11:00 Uhr
Aufnahmeort:	Büro (Arbeitsstelle)
Sprecher:	I = Interviewer K1 = Interviewte, die Kinderwunschbehandlung in Anspruch genommen hat
Aufnahme lag vor:	auf digitalem Tonträger (Aufnahme wurde nach Transkription gelöscht)
Transkriptionskonventionen:	GAT
Allgemeine Bemerkungen:	I und K1 haben kollegiales Verhältnis
als Transkript liegt vor:	das gesamte Interview
Dauer:	15:19 min

Anlage D1: Gesprächsinventar K1

Zeit	Sprecher	Inhalt/Handlung	Forschungsfrage
00:09- 01:33	K1	Schilderung Gefühlszustände; Anzahl Versuche; Abbruch; Paardynamik; psychische Belastung	erster Einblick in subjektives Erleben
01:36- 02:58	K1	zeitlicher Ablauf; Abbruch; finanzielle/psychische Belastung	zeitliche Rekonstruktion
03:09- 03:40	K1	Ursache; TESE	Rekonstruktion
03:47- 04:40	K1	psychische Belastung; Gefühlslage, Schilderung Stressoren	subjektives Empfinden/ Erleben
04:42- 05:30	K1	Ansprechpartner; eigener Umgang; gesellschaftliche Relevanz; Hilfeaspekt	subjektives Erleben; Unterstützung
05:37- 06:02	K1/I	Angebot psychosozialer Beratung; Einschätzung Beratungsbedarf	Vorhandensein psychosozialer Beratung
06:20- 07:13	K1	Unterstützungsaspekte; Nutzen von Internetforen; alternative Ansätze	Evaluation
07:19- 09:16	K1	Stressoren: finanziell, soziales Umfeld, Hormone, physische/psychische Auswirkungen; Beobachtung des eigenen Körpers; Sinn professioneller Hilfe	Rekonstruktion von Stressoren
09:23- 10:26	K1	Verdrängung; Ängste; Auswirkungen auf Partnerschaft	Rekonstruktion positiver Einflussfaktoren
10:37- 11:27	K1	Selbstwertgefühl des Partners; „Schuldfrage“; psychische/physische Auswirkungen	Rekonstruktion Partnerschaft/ Paardynamik
11:37- 12:38	K1	Status Partnerschaft; Lebensentwurf; Trennung; Statusverlust bei Infertilität	Rekonstruktion Ursache; Paardynamik
12:49- 14:40	K1	Libido; Ausleben von Sexualität; Statusverlust bei Infertilität	Rekonstruktion Paarsexualität
14:51- 15:19	K1	positive Einflussfaktoren	Evaluation von möglicher Unterstützung

Anlage D2: Auswertungsschritte Inhaltsanalyse K1

Kategorie	Unterkategorie	Ankerbeispiele	Fundstelle in Zeilen	Kodierregel	
Basisemotionen K1	Trauer K1	sehr viel TRAUERIGKEIT	02	wann wird Trauer angesprochen	
		sehr viel Leid (Abbruch) innerlich zerbrochen	06 10		
	Angst K1	immer wieder bangen (Einnistung)	29-31	wann wird Angst angesprochen	
		Hoffen und Bangen nicht wissen was passiert	55		
		Hoffen und Bangen Angst, Kind zu verlieren	59 77		
		Freude K1	das war sehr schön (SS)		15
		glücklich bis bangen positiv (Zusammenhalt) Ergebnis ist schön (Kind)	28 73 76	wann wird Freude angesprochen	
	Sekundäre Emotionen K1	Hoffnung K1	sehr viel Hoffnung	02	Ausdruck Hoffnung
			sehr viel Hoffen	05	
			Sehnsucht / Hoffnung	28	
dieses Hoffen und Bangen			55		
dieses Hoffen und Bangen			59		
sehr drauf verrennen			62-63		
hoffst jeden Tag			66		
Neid K1		warum alle anderen? andere Pärchen 3/4 Kinder einfach so	08 08	Neid gegenüber sozialem Umfeld	

	Selbstzweifel K1	warum ich nicht?	09	Fragen nach Identität
		alle schaffens=s nur ich nicht	09	
	Selbstmitleid K1	Kind gehört zum Leben dazu	93	wann wird Selbstmitleid angesprochen wann wird Verdrängung angesprochen
		so leicht/Selbstmitleid dann	10	
	Verdrängung K1	sehr viel ausgeblendet	03	
		völlig ausgeblendet	04	
		schreckliche Zeit, verdrängt	71	
		keine Erinnerung an Namen	72	
Rahmenbedingungen K1	Anzahl Versuche K1	vier Versuche	05	Anzahl der Behandlungszyklen Zeitraumen
	Dauer K1	angefangen 2010	12	
		Sommer 2011	13	
		schwanger Weihnachten 2011	14	
		Januar 2012 Abbruch	15	
		dritter Versuch Anfang 2012	18	
		vierter Versuch	19	
	Ursache K1	es lag an meinem Mann	23	Gründe für Subfertilität
Kritische Situationen K1		Abbruch... sehr kritisch	06	wann wird von sehr kritischen Situationen gesprochen
Stressoren K1	Gefühlschaos K1	Nervig; Auf und Ab der Gefühle	02	was wird als stressig wahrgenommen
		Auf und Ab	28	
	Soz. Umfeld K1	Andere Pärchen, Kinder	08	
		alle schaffen=s nur ich nicht	09	
		Familie, die reinredet	57-58	
	Hormone K1	Hormone, zugenommen	59-60	

		Launen	61	
		keine Lust; aggressiv	99	
	Körperwahrnehmung K1	körperlich durchmachen	84	
		achtest auf alles	66	
		Kleinigkeit; macht dich kaputt	67	
		essen? Zucken; Psyche	68	
	Erwartung K1	dass das jetzt funktioniert	62	
		verkrampft, klappt erst recht nicht	64	
	Ungewissheit K1	nach ET; ist man schwanger	31	
		Wartezeit macht kaputt	32-33	
Ressourcen K1	Partnerschaft K1	man wächst zusammen	07	positive Einflussfaktoren
		Zusammenhalt; Dick und Dünn	73-74	
		Liebe so groß, schaffen das	90	
		sehr viel zusammen; geredet	110	
	Ärzte K1	einmal geklappt; weitermachen	17	
	soz. Umfeld K1	muss reden; dann geht´s besser	36	
		Erkenntnis, andere auch		
		betroffen	36-37	
		halligalli; Ablenkung; Arbeit	109	
	pos. Einstellung K1	nächste Mal schaff ich=s	44	
		sehr optimistisch; stark	45	
	Internet K1	im Internet unterwegs		
		Foren/ belesen	49	
		anderen geht´s genauso	50-51	
	Sonstige K1	Umstellung Ernährung	52	
		Osteopathie	52	
Partnerschaft K1	Paarbeziehung K1	man wächst zusammen	07	wie wird Paarbeziehung empfunden
		Zusammenhalt; Dick und Dünn	73-74	
		Mann fühlt sich schuldig	81	

		kein kompletter Mann	85	
		nicht mehr ganz männlich	86	
		schuldig fühlen	87	
		Liebe so groß, schaffen das	90	
		Möglichkeit des Vorwurfs	91-92	
		Trennung	92	
		nicht mehr als Mann ansehen	95-96	
		kein richtiger Mann mehr	105	
		Beziehung ging auseinander	106	
	Paarsexualität K1	keine Lust	98	wie wird über Sexualität gesprachen
		Vorsicht angesagt	99	
		sehr wenig; viel Kuschneln	100	
Psychosoziale Beratung K1	Vorhandensein K1	nein	42	wann/wie wird über psychosoziale Beratung gesprachen
		keine psych. Unterstützung	53	
	Bedürfnis K1	war nicht labil	44	
		bestand kein Grund	46	
		um lockerer zu bleiben	64	
	Einschätzung Nutzen K1	Hilfe, um sich nicht zu verrennen	63	
		um nicht zu verkrampfen; lockerer bleiben	64	

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig angefertigt habe und mich fremder Hilfe nicht bedient habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß veröffentlichtem oder unveröffentlichtem Schrifttum entnommen sind, habe ich als solche kenntlich gemacht.

Wahlitz, 30. Mai 2017

Franziska Wasian