

**Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie
der Freien Universität Berlin**

Eizellspende und genealogische Implikationen

**Beweggründe von in Deutschland lebenden Frauen, die im Ausland eine
Eizellspende in Anspruch nahmen, bezüglich der
Offenlegung/Geheimhaltung der genetischen Abstammung ihres
Nachwuchses**

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor(in) der Philosophie (Dr. phil.)

Doctor of Philosophy (Ph.D.)

vorgelegt von

Dipl.-Psych.

Janke, Silvia

Berlin, 2014

Erstgutachter
Univ. Prof. Dr. Dieter Kleiber

Zweitgutachterin
Prof. Dr. Anna Auckenthaler

Inhaltliche Betreuung
PD Dr. phil. habil. Dipl. Psych. Ada Borkenhagen

Tag der Disputation
09.02.2015

DANKSAGUNGEN

An erster Stelle möchte ich ganz besonders meinen **Interviewpartnerinnen** sowie den Frauen danken, die bereit waren, einen Fragebogen auszufüllen. Durch ihre Teilnahmebereitschaft und Offenheit wurde die vorliegende Arbeit in dieser Form erst möglich.

Dr. Borkenhagen, Ada

danke ich, weil sie mir mit ihrem Fachwissen stets zur Seite stand, einiges ihrer freien Zeit für mich opferte und zu einer wertvollen Wegbegleiterin wurde. Zudem brachten ihre inhaltlichen Anregungen und konstruktiv - kritischen Kommentare die Arbeit stets voran.

Czisnik, Marianne

bin ich für ihre Hilfe bei Übersetzungsarbeiten (Deutsch-Spanisch) sehr dankbar

Dahlhorst Stephanie

unterstützte mich mit ihrem juristischen Fachwissen

Dr. med. Gouma, Evelin

begleitete die Studie im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit als Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, indem sie bei betroffenen Patientinnen die Studie bewarb. Vielen Dank!

Kahl, Gesa

unterstützte das Gelingen der Studie aus dem sonnigen Spanien heraus, wo sie im Rahmen ihrer Tätigkeit als Koordinatorin für u.a. deutsche Patientinnen/Patienten der spanischen Klinik „Tahe Fertilidad“ die Studie bekannt machte. Vielen Dank!

Dr. med. Hilland, Ullrich

danke ich für den freundlichen Austausch und besonders das Vermitteln von hilfreichen Kontakten.

107 IVF-Zentren

bin ich für die Rekrutierung von Studienteilnehmerinnen und Interviewpartnerinnen zu großem Dank verpflichtet!

Prof. Dr. med. Kentenich, Heribert

hat mich unbeabsichtigt zur Bearbeitung des Themas selbst inspiriert und stets mit konstruktiver Kritik und fundierter Sachkenntnis die inhaltliche Bearbeitung bereichert. Darüber hinaus möchte ich mich bei Herrn Kentenich und dem Team des Fertility Center Berlin besonders für die Unterstützung bei der Korrespondenz/en mit Kliniken und IVF-Zentren sowie für die Bewerbung der Studie bei den eigenen Patienten/Patientinnen bedanken.

Köhler, Katrin

danke ich für ihren juristischen Sachverstand und das fleißige Korrekturlesen.

Kuhny, Petra

gilt mein besonderer Dank dafür, dass sie mir all die Jahre eine emotionale Unterstützung war, Nachsicht gezeigt und mich stets aufgemunterte. Schön, dass es Dich gibt!

Zu guter Letzt danke ich besonders meinen Kolleginnen **Renate Kamp** und **Dr. med. Pia Leimann**, die mir zur Beendigung der Dissertation eine Auszeit von meiner beruflichen Tätigkeit ermöglichten, indem sie während dieser Zeit die vollständige Versorgung „meiner“ Patienten/ Patientinnen übernahmen.

Abstract - Deutsch

Paare mit einer medizinischen Indikation zur Eizellspende oder solche, die sich erst in späteren Jahren ihres Lebens den Kinderwunsch ermöglichen können/wollen, sind mit der rechtlichen Situation konfrontiert, dass die Eizellspende nur in wenigen Ländern Europas (z. B. in Deutschland, Italien, Norwegen, Österreich und der Schweiz)¹ verboten ist. Das führt dazu, dass viele in Deutschland lebende Paare das deutsche Gesetz umgehen, indem sie im Ausland (wo dies legal möglich ist) eine Eizellspende in Anspruch nehmen. Die Paare selbst, Kinder, die einer Eizellspende entstammen, und der Familienverband mit Kindern, welche aus einer Eizellspende hervorgingen, waren als sogenannte „hidden population“ bisher nicht Gegenstand einer wissenschaftlichen Auseinandersetzung. Die vorliegende Arbeit soll einen Teil dazu beitragen, diese Lücke zu schließen.

Die Dissertation gliedert sich formal in einen theoretischen und einen empirischen Teil. Der theoretische Part widmet sich zunächst dem Thema „Ungewollte Kinderlosigkeit“. Dabei werden Ursachen und Ursachenzuschreibungen referiert und anschließend die Verfahren zur medizinischen Diagnostik vorgestellt. Die psychische Befindlichkeit während der Behandlung und die emotionale Situation im Anschluss daran werden im Rahmen empirischer Studien und theoretischer Modelle diskutiert. Anschließend richtet sich der Blick auf das Phänomen des Fortpflanzungstourismus/reproduktiven Reisens. Das nächste Kapitel skizziert im Hinblick auf die Elternschaft die deutsche Gesetzeslage und deren Begründung. Danach richtet sich der Fokus auf Menschen, die diversen Verfahren der Reproduktionsmedizin ihr Leben zu verdanken haben. Zuerst wird das Phänomen „Familiengeheimnis“ an sich einer näheren Betrachtung unterzogen, insbesondere hinsichtlich ursächlicher und motivationaler Faktoren. Für die zentrale Fragestellung dieser Arbeit besonders relevant sind Studienergebnisse hinsichtlich der Motivation zur Geheimhaltung gegenüber der sozialen Umgebung, der Motivation zur Offenheit gegenüber der sozialen Umgebung und der Motivation zur Offenheit gegenüber dem Kind. Abschließend werden die psychosoziale Entwicklung und die Eltern-Kind-Beziehung der Nachkommen einer Eizellspende anhand aktueller und älterer

¹ **Italien:** Gesetz zur assistierten Reproduktion vom 19.02.2004, Leitlinie zur IVF (Verordnung des Gesundheitsministeriums vom 21.07.2004); **Norwegen:** Gesetz Nr. 56 v. 05.08.1994 (Gesetzesänderung v. 27.03.1998), geändert durch Gesetz Nr. 100 v. 05.12.2003 (Act on the Medical Use of Biotechnology); **Österreich:** Fortpflanzungsmedizinengesetz v. 04.06.1992 (Quelle: Max Planck Datenbank zu den rechtlichen Regelungen zur Fortpflanzungsmedizin in europäischen Ländern).

Studienergebnisse untersucht. Das letzte theoretische Kapitel widmet sich den Eizellspenderinnen und den damit verbundenen ethischen Diskursen.

Die empirische Datenerhebung umfasst Frauen, die in Deutschland leben und eine Eizellspende im Ausland in Anspruch genommen haben. Es wurden Frauen in die Untersuchung einbezogen,

- die mittels Eizellspende bereits Mutter geworden waren,
- die durch diese Behandlung zum Befragungszeitpunkt schwanger waren,
- bei denen nach der Eizellspende zum Befragungszeitpunkt keine Schwangerschaft nachweisbar war.

Neben der Erfassung des soziodemografischen Hintergrundes ist die zentrale Fragestellung, welchen Umgang Eltern mit der Information über die genetische Abstammung ihres Kindes zeigen (würden). Hierbei wird der Umgang in Bezug auf drei Personengruppen (das Kind selbst, die Spenderin und das soziale Umfeld) erfragt.

Das gewählte Forschungsparadigma ist sowohl qualitativ als auch quantitativ. Beide Paradigmen sind voneinander getrennt aufbereitet worden. Sowohl die Datenerhebung als auch die Datenauswertung wie die Ergebnisse werden in Abhängigkeit vom Forschungsparadigma getrennt diskutiert. Zunächst werden mittels zwölf problemzentrierter Interviews unter anderem die Beweggründe einer Entscheidung zur Aufklärung/des Verschweigens der Abstammung des (potenziellen) Kindes erhoben. Die quantitativ orientierte Online-Erhebung skizziert die Gesamtfragestellung zunächst mittels Häufigkeitsberechnungen. Eine Clusteranalyse dient darüber hinaus der deskriptiven Zusammenfassung der 119 Teilnehmerinnen in unterschiedliche Gruppen. Korrelative Untersuchungen gehen abschließend der Frage nach, ob es signifikante Zusammenhänge zwischen der Entscheidung, das Kind über seine Abstammung aufzuklären, und anderen Variablen gibt.

Abstract - English

Couples medically requiring an egg donation or couples who cannot/do not want to have children until they are older are faced with a legal situation; the donation of eggs is forbidden in some European countries (for example Germany, Italy, Norway, Austria and Switzerland)². As a result, many German couples circumvent the law by obtaining an egg donation from another country (where this is legally possible). Since the couples, children conceived with a donated egg, and the other children resulting from an egg donation constituted a so-called hidden population, it has been impossible until now to research this issue scientifically. The aim of this research is to help close this void.

The dissertation consists of a theoretical and an empirical section. The theoretical section first addresses the issue of “unwanted childlessness”. It discusses reasons and causal attributions and then presents medical diagnostic methods. The mental state during the treatment and the subsequent emotional effects are then discussed within the context of empirical studies and theoretical models. Subsequently, the study addresses the phenomenon of reproductive tourism/travel. The next segment outlines the German legal situation regarding parenthood and its rationale. Then, the focus shifts to human beings, who owe their lives to various reproductive medical methods. First, the phenomenon “family secret” is subjected to closer scrutiny, particularly with regard to causal and motivational factors. Particularly relevant for the topic of this research are research findings regarding the reasons for keeping the manner of conception a secret from the social environment, and the reasons for disclosing it to the social environment and to the child. Finally, the psychosocial development and the parent-child relationship of the product of an egg donation is studied on the basis of current and older research findings. The last theory-based segment deals with egg donors and the associated ethical discussion.

The empirically collected data is data about women, who live in Germany and who used an egg donation from another country. The study includes women,

- who received an egg donation and subsequently gave birth,

² Italy: Assisted Reproduction Act dated 19 February 2004, IVF Guideline (German Ministry of Health Directive dated 21 July 2004); Norway: Act No. 56 dated 05 August 1994 (amended on 27 March 1998), amended by Act No. 100 dated 05 December 2003 (Act on the Medical Use of Biotechnology); Austria: Reproductive Medicine Act dated 04 June 1992 (Source: Max Planck data base on the legal regulations on reproductive medicine in European countries).

- who had become pregnant with the help of this reproduction method, and who were still pregnant at the time they answered the survey questions,
- who had a negative pregnancy test at the time they answered the survey questions in spite of an egg donation.

In addition to collecting data on the woman's socio-demographic background, the main issue was how the parents will (would) handle the information about the genetic origin of their child. The questions seek to obtain information with regard to three separate groups (the child, the donor, and society)

The chosen research paradigm is both qualitative as well as quantitative. Both paradigms were developed separately. Both the collection and the interpretation of the data and the findings are discussed separately on the basis of the research paradigm. First, twelve problem-based interviews were conducted to determine, among other things, why parents have decided to disclose/conceal the origin of the (potential) child. The quantitatively based online data collection outlines the overall question initially by using frequency calculations. A cluster analysis is also used for a descriptive summary of the 119 participants from different groups. Finally, correlative research seeks to answer the question, "Are there significant correlations between the decision to tell the child where it came from and other variables?"

0	Einleitung.....	16
1.	Ungewollte Kinderlosigkeit.....	23
1.1	Ursachenzuschreibungen ungewollter Kinderlosigkeit.....	24
1.1.1	Ursachenzuschreibungen ungewollter Kinderlosigkeit aus historischer Perspektive.....	24
1.1.2	Ursachenzuschreibungen in Theorien zur Psychodynamik der Sterilität.....	26
1.1.3	Ursachenzuschreibungen in quantitativen Untersuchungen zu psychologischen Faktoren der Sterilität.....	30
1.1.4	Ursachenzuschreibungen ungewollter Kinderlosigkeit aus medizinischer Perspektive.....	31
1.1.5	Ursachenzuschreibungen ungewollter Kinderlosigkeit aus soziologischer Sicht.....	34
1.2	Diagnostische Verfahren zur Erfassung von Sterilität und Infertilität.....	37
1.2.1	Verfahren im medizinischen Kontext.....	37
1.3	Inter- und Intrapyschisches Erleben von Sterilität und Infertilität..	41
1.3.1	psychisches Erleben ungewollter Kinderlosigkeit.....	41
1.3.1.1	Belastungserleben durch ungewollte Kinderlosigkeit.....	41
1.3.1.2	Stress und Infertilität.....	42
1.3.1.3	ungewollte Kinderlosigkeit und Coping.....	43
1.3.1.4	ungewollter Kinderlosigkeit als endgültiger Lebensumstand.....	46
1.4	Die Behandlung & Begleitung ungewollter Kinderlosigkeit.....	49
1.4.1	Medizinische Therapieverfahren.....	49
1.4.1	Techniken im Rahmen reproduktionsmedizinischer Behandlung.....	53

1.5	Inter- und intrapsychisches Erleben (nach) der reproduktionsmedizinischen Behandlung.....	54
1.5.1	psychisches Erleben der reproduktionsmedizinischen Behandlung.....	54
1.5.2	körperliche Determinanten der reproduktionsmedizinischen Behandlung.....	55
1.5.3	Prognostische Kriterien für das Eintreten von Schwangerschaften bei ungewollt kinderlosen Paaren.....	55
1.5.4	Befindlichkeit nach erfolgloser reproduktionsmedizinischer Behandlung.....	57
1.5.5	Psychosoziale und medizinische Faktoren im weiteren Verlauf nach erfolgreicher reproduktionsmedizinischer Behandlung.....	59
1.5.5.1	Schwangerschaft und Geburt.....	59
1.5.5.2	Partnerbeziehung.....	64
1.6	Soziale Alternativen.....	67
1.6.1	Adoption.....	67
1.6.1.1	Voraussetzungen einer Adoption.....	67
1.6.1.2	Das Adoptionsverfahren.....	70
1.6.1.3	Die Auslandsadoption.....	72
1.6.1.4	Das Adoptivkind.....	74
1.6.1.5	Die abgebenden Eltern.....	75
1.6.1.6	Fragen um die biologische Herkunft des Kindes.....	75
1.6.1.7	Aufklärung des Kindes - Wann und wie.....	77
1.6.2	Aufnahme eines Pflegekindes.....	79
1.6.2.1	Abgebende Eltern.....	79
1.6.2.2	Biographische Erfahrungen der Kinder vor der Inpflegegabe.....	79
1.6.2.3	Anlässe für eine Inpflegegabe.....	80
1.6.2.4	Das Kind zwischen seinen beiden Familien.....	81

2. Reproduktionstourismus/reproduktives Reisen.....83

2.1	Wenn Paare für reproduktionsmedizinische Unterstützung ins Ausland fahren.....	83
2.2	Zahlen und Daten.....	87
2.3	Rahmenbedingungen und deren Konsequenzen bei Inanspruchnahme einer reproduktionsmedizinischen Behandlung im Ausland.....	91
2.3.1	Organisatorisch assoziierte Rahmenbedingungen.....	92
2.3.2	Juristisch assoziierte Rahmenbedingungen.....	92
2.3.3	Medizinisch assoziierte Rahmenbedingungen.....	95
2.3.4	Rahmenbedingungen der psychosozialen und medizinischen Beratung im Kontext der reproduktionsmedizinischen Behandlung.....	97
2.4	Grenzüberschreitungen und deren Facetten bei Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Unterstützung im Ausland.....	101
2.5	Die (potenziellen) Folgen der Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Behandlung im Ausland.....	107

3. Elternschaft im kulturellen und rechtlichen Diskurs.....109

3.1	Gespaltene Elternschaft.....	109
3.2	Der rechtliche Diskurs um Elternschaft.....	111
3.2.1	Das Embryonenschutzgesetz.....	112
3.2.2	Ärztliches Berufsrecht.....	113
3.2.3	Integration der gespaltenen Mutterschaft in das Rechtssystem.....	113
3.3	Der kulturelle Diskurs um (gespaltene) Mutterschaft.....	115
3.3.1	Mythos Mutterliebe im historischen Verlauf.....	116
3.3.1.1	Die Entstehungsgeschichte eines Familienideals.....	116
3.3.1.1.1	Mutterschaft ab Mitte des 18. Jahrhunderts.....	119
3.3.1.1.2	Mutterschaft ab dem 19. Jahrhunderts.....	122
3.3.1.1.3	Mutterschaft ab dem 20. Jahrhunderts.....	123

3.4	Späte Mutterschaft.....	131
3.4.1	Medizinische Grundlagen.....	132
3.4.2	Ursachen später Mutterschaft.....	133
3.4.3	Die Lebensführung später Mütter.....	136
3.4.3.1	mütterliches und väterliches Selbstverständnis.....	136
3.4.3.2	Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie/Partnerschaft.....	138
3.4.4	Erwägungen zu Vor- und Nachteilen später Mutterschaft.....	139
4.	Familienbildung mit Eizellspende und ihre Folgen.....	140
4.1	Das Familiengeheimnis.....	140
4.1.1	Informationspraxis bezüglich der Abstammung eigener Kinder bei Eizellspende, Donogener Insemination (DI), In Vitro -Fertilisation (IVF) und/oder Adoption.....	141
4.1.2	Die psychosozialen Implikationen eines Familiengeheimnisses/einer Aufklärung um die biologisch – genetische Abstammung.....	150
4.1.3	gesellschaftliche Folgen eines theoretischen Diskurses sowie der realen Bedingungen um die Geheimhaltung/ Aufklärung der biologisch – genetischen Abstammung.....	155
4.1.4	Ursachen und Beweggründe der Geheimhaltung der Zeugungsart des eigenen Kindes bei Inanspruchnahme einer Eizellspende, Donogenen Insemination, In Vitro Fertilisation und/oder Adoption.....	159
4.1.4.1	Motivation zur Geheimhaltung bezüglich der sozialen Umgebung.....	161
4.1.4.2	Motivation zur Offenheit bezüglich der sozialen Umgebung.....	163
4.1.4.3	Motivation zur Offenheit gegenüber dem Kind.....	163
4.1.4.4	Motivation zur Geheimhaltung gegenüber dem Kind.....	168
4.2	psychosoziale Entwicklung und die Eltern – Kind Beziehung der Nachkommen einer Eizellspende, einer Donogenen Insemination oder In-Vitro-Fertilisation.....	173

5.	Die Spenderinnen.....	181
5.1	Spendeform und genealogische Verhältnisse zwischen der Spenderin, den Rezipienten und dem Nachwuchs.....	181
5.1.1	Die Eizellspende innerhalb der Familie.....	181
5.1.2	Die Eizellspende in Form von Egg Sharing mit IVF – Patientinnen.....	186
5.2	Soziodemographische Einordnung der Spenderin und der Empfänger/innen.....	188
5.3	Die Motivation der Spenderinnen.....	190
5.4	Aufklärung und Beratung der Spenderinnen.....	192
5.5	Informations- und Kontaktbedürfnisse bei den Spenderinnen.....	196
5.6	Informations- und Kontaktbedürfnisse bei den Empfängern.....	199
5.7	Ethische Diskurse.....	204
5.7.1	Spende und Aufwandsentschädigung.....	204
5.7.2	Instrumentalisierungsargumentation.....	208
5.7.3	Anwerbung und Auswahl von Spenderinnen.....	213

Teil 2 empirische Untersuchung

6. Gegenstand der Untersuchung.....	219
6.1 Fragestellung.....	219
6.2 Auswahl und Zugang zur Stichprobe.....	221
6.2.1 Eingrenzung der Teilnehmerinnenpopulation.....	221
6.2.2 Rekrutierung der Interviewpartnerinnen.....	222
6.3 Untersuchungsmethoden.....	230
6.3.1 Wahl und Anwendung der Forschungsmethode/n.....	230
7. Qualitative Untersuchung.....	233
7.1 Datenerhebung.....	233
7.1.1 Das problemzentrierte Interview nach Witzel.....	233
7.1.2 Erhebungsinstrumente der Daten.....	235
7.1.3 Das telefonische Interview als Befragungsverfahren.....	240
7.1.4 Transkription nach dem Gesprächsanalytischen Transkriptionssystem (GAT).....	242
7.1.5 Gütekriterien qualitativer Datenerhebung.....	243
7.2 Datenauswertung.....	249
7.2.1 Die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring.....	249
7.2.2 Gütekriterien qualitativer Datenanalysen.....	250
7.3 Ergebnisse.....	256
7.3.1 Die Interviewpartnerinnen.....	257
7.3.2 Darstellung der Kategorien.....	261
7.3.3 Entscheidungen im Rahmen der Behandlung.....	269
7.3.4 Nach der Behandlung.....	275
8. Quantitative Untersuchung.....	294
8.1 Datenerhebung.....	294

8.1.1	Fragestellung/en und Auswertungsmethoden.....	294
8.1.2	Diagnostisches Verfahren – Konstruktion des Fragebogens.....	297
8.2	Auswertung.....	300
8.2.1	Stichprobe.....	300
8.2.2	Ergebnisse.....	301
8.2.2.1	Häufigkeitsberechnungen.....	301
8.2.2.1.1	Soziodemografische Variablen und Rahmenbedingungen der Spende.....	301
8.2.2.1.2	Das soziale Umfeld.....	308
8.2.2.1.3	Die Spenderin.....	311
8.2.2.1.4	Nachkommen einer Eizellspende.....	314
8.2.2.2	Die Clusteranalyse zur Typenbildung.....	320
8.2.2.3	Mittelwertsvergleiche zum Aufklärungsverhalten.....	334
8.2.2.4	Homogenitätsprüfung zum Aufklärungsverhalten.....	335
8.3	Diskussion.....	338
9.	Eidesstattliche Erklärung.....	356
10.	Literaturverzeichnis.....	357
11.	Abbildungsverzeichnis.....	406
12.	Tabellenverzeichnis.....	407
13.	Materialien zur Studiendurchführung (auf der beiliegenden CD)	

Einleitung

Deutschland ist eines der wenigen europäischen Länder, die eine Eizellspende nicht erlauben. Gesetzlich verankert ist das Verbot im Embryonenschutzgesetz (EschG) vom 13.12.1990³. Zuletzt stand das Gesetz in den Jahren 2010/2011 zur Diskussion. Anlass dazu gaben zwei Paare, die vor dem österreichischen Verfassungsgerichtshof (VfGH) auf eine Aufhebung des Verbotes der Eizellspende klagten. Im April 2010 hatte der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EMGR) im Rahmen dieses juristischen Verfahrens zunächst das Verbot der Eizellspende noch für menschenrechtswidrig erklärt, da es aus seiner Sicht Paare diskriminiere, bei denen die ungewollte Kinderlosigkeit durch die Frau verursacht ist. Zudem verstoße das geltende Verbot gegen das Menschenrecht auf Achtung des Familienlebens. In letzter Instanz bestätigte der EMGR am 03.11.2011, dass Staaten die Eizellspende national verbieten dürfen. Zur Begründung hieß es, dass man ungewöhnliche Familienkonstellationen vermeiden wolle (womit ein Kind mit zwei Müttern gemeint war) und darüber hinaus verhindern wolle, dass Spenderinnen instrumentalisiert würden⁴ (Spiewak, 2011, Rath, 2011).

Gegenwärtig baut sich eine zweite Welle der Auseinandersetzung um das Embryonenschutzgesetz auf. So plädierte im November 2013 Brigitte Zypries (SPD) auf einem Symposium zur Reproduktionsmedizin mit dem Argument der Gleichberechtigung (da Samenspenden erlaubt sind und Eizellspenden nicht) für eine Änderung des Embryonenschutzgesetzes (Haarhoff, 2013). Der Deutsche Ethikrat widmet sich auf seiner bevorstehenden Jahrestagung im Mai 2014 dem Thema „*Fortpflanzungsmedizin in Deutschland – Individuelle Lebensentwürfe – Familie – Gesellschaft*“⁵. Im Programm vorgesehen ist auch ein Themenblock zur Eizellspende. Die Referentinnen Ulrike Riedel und Sigrid Graumann fokussieren sich inhaltlich auf Fragen der „*Autonomie und Ausbeutung von Frauen*“ sowie „*rechtlichen Problemen des Fortpflanzungstourismus*“. Die Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina hat sich ebenfalls der Auseinandersetzung des

³ Online-Quelle: Gesetze zur künstlichen Befruchtung. Gesetz zum Schutz von Embryonen. (Embryonenschutzgesetz – EschG). [Online]. Verfügbar unter: <http://www.gesetze-im-internet.de/eschg/>. [letzter Zugriff: 25.03.2014]. Nähere Informationen zur rechtlichen Lage können auch dem Kapitel 2 entnommen werden.

⁴ Das gesamte Urteil ist online verfügbar auf der Website des EMGR (<http://www.echr.coe.int/Pages/home.aspx?p=home&c=>) unter: [http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-107325#{\"itemid\":\[\"001-107325\"\]}](http://hudoc.echr.coe.int/sites/eng/pages/search.aspx?i=001-107325#{\)

⁵ Eine Übersicht zum Veranstaltungsprogramm findet sich auf folgender Webseite: <http://www.ethikrat.org/veranstaltungen/jahrestagungen/fortpflanzungsmedizin-in-deutschland> [letzter Zugriff: 25.03.2014]

Themas angenommen und eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe gegründet. Aus den Worten der Internetpräsenz⁶ dieser Arbeitsgruppe gehen Reformwünsche hervor:

Regelungen zur Fortpflanzungsmedizin finden sich in Deutschland in unterschiedlichen Gesetzestexten. Gleichzeitig weisen Mediziner seit Jahren darauf hin, dass durch den medizinischen und technischen Fortschritt im Bereich der Reproduktionsmedizin eine Überarbeitung der bestehenden gesetzlichen Rahmenbedingungen dringend notwendig sei, um eine optimale Behandlung der Patientinnen und Patienten in der Bundesrepublik zu gewährleisten.

Die Stellungnahmen des Ethikrates und der Leopoldina wurden in der Auseinandersetzung um die Präimplantationsdiagnostik (PID) im Jahr 2011 von Parlamentariern zur Entscheidungsfindung mit herangezogen (Haarhoff, 2013). Vor dem Hintergrund dieser neueren Entwicklungen stellt sich die Frage, ob ein Paradigmenwechsel bevorsteht oder erneut der Status quo zementiert wird.

Zentrale Zielgruppe dieser Rechtsprechung sind in Deutschland lebende Frauen/Paare, bei denen aufgrund von Einschränkungen der weiblichen Fruchtbarkeit eine Indikation zur Eizellspende gegeben ist. Dies ist der Fall:

- bei einem vorzeitigen Erlöschen der Eierstockfunktion, wovon etwa 1 % aller Frauen im reproduktiven Lebensalter betroffen sind,
- im Falle genetischer und Autoimmunerkrankungen,
- nach erfolgter Krebstherapie,
- bei Patientinnen ohne Ovarien (nicht genetisch bedingt),
- bei Patientinnen nach multiplen Operationen im Bereich der Ovarien,
- bei Patientinnen mit Low-Response im Stimulationsverfahren sowie
- bei Patientinnen mit hohem Risiko einer X-chromosomal gebundenen Erkrankung (Katzorke, 2000; Kentenich & Billing, 2006).

Sind deutsche Reproduktionsmediziner/innen mit solch einer Indikation konfrontiert, gehen sie mittlerweile zumeist offen damit um:

⁶ Die Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina stellt jene Arbeitsgruppe auf folgender Webseite vor: <http://www.leopoldina.org/de/politikberatung/arbeitsgruppen/eckpunkte-fuer-ein-fortpflanzungsmedizinengesetz/> [letzter Zugriff: 25.03.2014]

Doch die Zeit, da Ärzte sich vor einer Anzeige fürchteten, ist vorbei. So gut wie jede deutsche Kinderwunschpraxis hat eine Adresse im Ausland parat, an die sich ein Paar wenden kann, wenn es hierzulande nicht mehr weiterkommt. Die deutschen Ärzte schicken Befunde an ihre ausländischen Kollegen, telefonieren mit ihnen über Hormonwerte und Ultraschallbilder. (Spiewak, 2011)

Die vorliegende Dissertation konzentriert sich ausschließlich auf heterosexuelle Paare, da sowohl bei alleinstehenden Frauen als auch Frauen in lesbischen Beziehungen aufgrund des fehlenden männlichen Parts eher eine Embryospende in Frage kommen würde.

Paare mit solch einer medizinischen Indikation oder jene, die sich erst in späteren Jahren ihres Lebens den Kinderwunsch ermöglichen können/wollen, sind mit einer rechtlichen Situation konfrontiert, in welcher international betrachtet die Eizellspende in nur wenigen Ländern Europas (z. B. in Deutschland, Italien, Norwegen, Österreich und der Schweiz)⁷ verboten ist. Länder wie Irland, Litauen, Luxemburg, Malta und Polen haben keine gesetzliche Regelung⁸. Erlaubt ist die Eizellspende hingegen in zahlreichen europäischen Ländern (z. B. in Belgien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Lettland, den Niederlanden, Schweden, der Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien und Ungarn)⁹. Das führt dazu, dass viele in Deutschland lebende Paare das deutsche Gesetz umgehen, indem sie im Ausland eine Eizellspende in Anspruch nehmen.

Die Paare selbst, Kinder, die einer Eizellspende entstammen und der Familienverband mit Kindern, welche aus einer Eizellspende hervorgingen, sind als sogenannte „hidden population“ bisher nicht Gegenstand einer wissenschaftlichen Auseinandersetzung gewesen. Die vorliegende Arbeit soll einen Teil dazu beitragen, die Lücke zu schließen.

⁷ Italien: Gesetz zur assistierten Reproduktion vom 19.02.2004, Leitlinie zur IVF (Verordnung des Gesundheitsministeriums vom 21.07.2004); Norwegen: Gesetz Nr. 56 v. 05.08.1994 (Gesetzesänderung v. 27.03.1998), geändert durch Gesetz Nr. 100 v. 05.12.2003 (Act on the Medical Use of Biotechnology); Österreich: Fortpflanzungsmedizingesetz v. 04.06.1992 (Quelle: Max Planck Datenbank zu den rechtlichen Regelungen zur Fortpflanzungsmedizin in europäischen Ländern).

⁸ European Commission, Report on the Regulation of reproductive Cell Donation in the European Union (2006). Results of Survey. Directorate C – Public Health and Risk Assessment. C6 Health Measures.

⁹ Belgien: Gesetz vom 11.05.2003; Dänemark: Gesetz Nr. 460 v. 10.06.1997, Änderungsgesetz Nr. 427 vom 10.06.2003, Änderungsgesetz Nr. 240 vom 05.04.2004, Verordnung Nr. 728 v. 17.09.1997; Frankreich: Gesetze Nr. 94-653 und 94-654 v. 29.07.1994, Änderungsgesetz Nr. 2004-800 v. 06.08.2004; Griechenland: Gesetz zur medizinischen Assistierung bei der Humanreproduktion 3089/2002 v. 10.12.2002, Gesetz 3305/2005 v. 27.01.2005 zur Anwendung der Methoden der medizinisch assistierten Reproduktion; Großbritannien: Human Fertilisation and Embryology (Research Purposes) Regulation 2001; Niederlande: StGB-Ergänzung v. 16.09.1993, ESchG v. 01.09.2002; Spanien: Gesetz Nr. 35/1988 v. 24.11.1988, geändert durch Gesetz 45/2003 v. 21.11.2003 (Quelle: Max-Planck-Datenbank zu den rechtlichen Regelungen zur Fortpflanzungsmedizin in europäischen Ländern).

Die empirische Datenerhebung umfasst Frauen, die in Deutschland leben und eine Eizellspende im Ausland in Anspruch genommen haben. Es wurden Frauen in die Untersuchung einbezogen,

- die mittels Eizellspende bereits Mutter geworden waren,
- die durch diese Behandlung zum Befragungszeitpunkt schwanger waren,
- bei denen nach der Eizellspende zum Befragungszeitpunkt keine Schwangerschaft nachweisbar war.

Neben einer allgemeinen Typenbildung der Empfängerinnen einer Eizellspende ist die zentrale Fragestellung, welchen Umgang Eltern mit der Information über die genetische Abstammung ihres Kindes zeigen (würden). Hierbei wird der Umgang in Bezug auf drei Personengruppen (das Kind selbst, die Spenderin und das soziale Umfeld) erfragt. Die Fragen zielten darüber hinaus auf die Erfassung der Beweggründe für den jeweiligen Umgang bezüglich der Information zur genetischen Abstammung bei den Interviewten ab. Diese Beweggründe wurden an gemeinsamen Schnittstellen zusammengefasst und verallgemeinert.

Die Fragestellung machte es erforderlich, sowohl qualitative als auch quantitative Erhebungs- und Auswertungsmethoden zu verwenden, da die verarbeiteten Daten zum einen der Entdeckung neuer Aspekte des Untersuchungsgegenstandes (z.B. in Bezug auf die Beweggründe) dienen. Diese Art des induktiven Vorgehens ist exemplarisch für die qualitative Forschung, was der Grund für ihre Anwendung war. Die Fragestellung konzentriert sich jedoch zusätzlich auf Häufigkeitsverteilungen bezüglich der Aufklärungsvorhaben und auf eine Typenbildung der Empfängerinnen in mehrere homogene Gruppen. Solche Erkenntnisse sind ausschließlich im Rahmen einer quantitativen Erhebung mit einer größeren Personenzahl zu gewinnen.

Die **Ergebnisse dieser Erhebung** sollen (in Kombination mit den theoretischen Diskursen) zum einen Experten/Expertinnen im Rahmen psychosozialer Kinderwunschberatung über die Gruppe derer informieren, die eine Eizellspende in Anspruch genommen haben. Die Informationen können auf Sensibilitäten dieser Bevölkerungsgruppe hinweisen und einen Einblick in deren Psychodynamik und Bedarf liefern. Zum anderen wird Empfängern/innen einer Eizellspende und Personen, die sich überlegen, eine Eizellspende in Anspruch zu nehmen, mit dieser Studie ermöglicht, einen Überblick über die Umgangsstrategien anderer Betroffener in ähnlichen Situationen zu gewinnen; zudem werden ihnen

Orientierungsmöglichkeiten (u.a. bei der Entscheidung darüber, ob und wie sie das eigene Kind bezüglich seiner genetischen Herkunft aufklären möchten) offeriert.

Was den inhaltlichen Aufbau betrifft, so widmet sich das **erste Kapitel** dem **Thema „ungewollte Kinderlosigkeit“**. Dabei werden zunächst Ursachen und Ursachenzuschreibungen referiert und anschließend die Verfahren zur medizinischen Diagnostik vorgestellt. Die psychische Befindlichkeit während der Behandlung und die emotionale Situation im Anschluss werden im Rahmen empirischer Studien und theoretischer Modelle diskutiert. Neben einer reproduktionsmedizinischen Behandlung haben Paare, die als Elternteile mit einem Kind leben wollen (in manchen Fällen) auch Alternativen, wie z. B. eine Adoption sowie die Möglichkeit, Pflegekinder aufzunehmen. Das **zweite Kapitel** richtet den Blick auf das Phänomen des **Fortpflanzungstourismus/reproduktiven Reisens** und referiert Autoren/Autorinnen, die Fragen danach aufwerfen, welche Grenzen im Rahmen einer reproduktionsmedizinischen Behandlung im Ausland neben den Landesgrenzen überschritten werden. Zudem dient eine Beschreibung der Herausforderungen organisatorischer, juristischer und medizinischer Rahmenbedingungen solch eines Unternehmens der näheren Beschreibung des reproduktiven Reisens. Das **dritte Kapitel** skizziert im Hinblick auf die Elternschaft die Gesetzeslage und deren Begründung, die z. B. im Anhang 5. des Embryonenschutzgesetzes wie folgt lautet:

Der Gesetzgeber wollte durch diese Verbotsvorschrift verhindern, dass es zu einer sogenannten gespaltenen Mutterschaft kommt und damit die austragende und die genetische Mutter nicht mehr identisch sind. (...) Eine gespaltene Mutterschaft läßt insbesondere Schwierigkeiten bei der Selbstfindung des Kindes und negative Auswirkungen auf seine seelische Entwicklung befürchten.

Auf jener Grundlage wird im Rahmen eines regional begrenzten kulturellen Diskurses (insbesondere um die gespaltene Mutterschaft) erklärt, wie diese Perspektive aus Sicht der Verfasserin dieser Arbeit entstehen konnte und wie sich diese Erkenntnisse einordnen lassen. Dazu wird u. a. ein historischer Exkurs zum „Mythos Mutterliebe im historischen Verlauf“ unternommen. Ein zweiter Abschnitt widmet sich dem Phänomen der späten Mutterschaft und referiert Ursachenzuschreibungen sowie die familiäre und soziale Bedeutung später Mutterschaft.

Das vierte Kapitel trägt den Titel **„Familienbildung mit Eizellspende“** und nimmt die Kinder mit in den Blick, die diversen Verfahren der Reproduktionsmedizin ihr Leben zu

verdanken haben. Adoptivkinder sowie Kinder, die durch eine Leihmutterchaft entstanden sind, werden wegen der damit verbundenen gespaltenen Elternschaft ebenfalls aus Vergleichsgründen mit herangezogen. Zuerst wird das Phänomen „Familiengeheimnis“ an sich einer näheren Betrachtung unterzogen, insbesondere hinsichtlich ursächlicher und motivationaler Faktoren. Für die zentrale Fragestellung dieser Arbeit besonders relevant sind Studienergebnisse zur Motivation einer Geheimhaltung bezüglich der sozialen Umgebung, Motivation zur Offenheit bezüglich der sozialen Umgebung und der Motivation zur Offenheit gegenüber dem Kind. Abschließend wird die psychosoziale Entwicklung und die Eltern-Kind-Beziehung der Nachkommen einer Eizellspende anhand aktueller und älterer Studienergebnisse untersucht.

Das letzte theoretische Kapitel, **Kapitel fünf**, widmet sich den **Spenderinnen**. Darin werden insbesondere die Spendeform und daraus resultierende genealogische Verhältnisse zwischen der Spenderin, den Rezipienten/Rezipientinnen und dem Nachwuchs diskutiert. Jenes Kapitel setzt sich besonders mit der Person der Spenderin auseinander, indem es eine soziodemografische Einordnung der Spenderinnen (aber auch der Empfänger/innen) vornimmt, Fragen zu ihrer Motivation bezüglich des Spendens oder ihrer Informations- und Kontaktbedürfnisse hinsichtlich der Empfängerinnen und deren Kinder nachgeht. Anhand empirischer Erhebungen wird die erfolgte Aufklärung und Beratung der Spenderinnen überprüft. Aktuelle ethische Diskurse um die Spenderinnen schließen den Theorieteil ab.

Der **empirische Teil** der Arbeit findet sich in den **Kapiteln sechs, sieben und acht**, wo ausschließlich die Studie sowie deren Ergebnisse beschrieben und diskutiert werden. Das **sechste Kapitel** dient einer allgemeinen Einführung in die Entwicklung der Fragestellung, der Darstellung der Teilnehmerinnen sowie der Auswahl und einer Beschreibung des gewählten Zugangs zur Stichprobe. Wie bereits oben erwähnt, ist das Forschungsparadigma sowohl qualitativ als auch quantitativ. Beide Paradigmen sind voneinander getrennt aufbereitet worden. Sowohl die Datenerhebung, Datenauswertung als auch die Ergebnisse werden in Abhängigkeit vom Forschungsparadigma getrennt diskutiert.

Das Kapitel sieben beschreibt, wie mittels zwölf problemzentrierter Interviews unter anderem die Beweggründe einer Entscheidung zur Aufklärung/des Verschweigens der Abstammung des (potenziellen) Kindes erhoben wurden. Das quantitativ orientierte **achte Kapitel** skizziert die Gesamtfragestellung zunächst mittels Häufigkeitsberechnungen. Eine

Clusteranalyse diene darüber hinaus der deskriptiven Zusammenfassung der 119 Teilnehmerinnen in Gruppen, deren Mitglieder eine weitgehend verwandte Eigenschaftsstruktur haben, sich jedoch zwischen den Gruppen unterscheiden. Mittelwertsvergleiche und eine Homogenitätsprüfung gingen abschließend der Frage nach, ob es signifikante Zusammenhänge zwischen der Entscheidung, das Kind über seine Abstammung (nicht) aufzuklären und anderen Variablen gibt.

1. Ungewollte Kinderlosigkeit

Kinderlosigkeit kann zahlreiche Ursachen haben. Diese lassen sich zunächst hinsichtlich *ungewollter* und *gewollter* Kinderlosigkeit unterscheiden. Im sozialpolitischen Diskurs richtet sich das Interesse häufiger auf die gewollte Kinderlosigkeit. Da dieser – befristeten oder lebenslangen – Kinderlosigkeit eine bewusste Entscheidung zugeschrieben wird, geht man hier von motivationalen Prozessen aus (vgl. Schneider, 1996; Schneewind 1997,). Die ungewollte Kinderlosigkeit hingegen wird im Allgemeinen als multifaktorielles Geschehen betrachtet. Das bedeutet, es wirken medizinische und psychosoziale Ursachen wie Arbeits-, Lebens- und Umweltbedingungen zusammen (Strauß, 2000). In der vorliegenden Dissertation bilden sie den Ausgangspunkt.

Die Angaben bezüglich des genauen Prozentsatzes ungewollt kinderloser Paare schwanken in der Literatur stark. Brähler et al. (2001) benennen für die Schwierigkeit, genaue Angaben zu machen, vier Gründe:

- ➔ Es gibt in Deutschland keine amtlichen Statistiken, die den Anteil ungewollt kinderloser Paare erfassen.
- ➔ Häufig fehlt die Unterscheidung zwischen aktuell ungewollt kinderlosen Paaren und solchen, die lebenslang ungewollt kinderlos bleiben.
- ➔ Im Laufe ihres Lebens wechseln viele Paare den Status gewollt und ungewollt kinderlos.
- ➔ Bei vielen Paaren ist nicht auszumachen, ob es sich um eine gewollte oder ungewollte Kinderlosigkeit handelt.

Nach Angaben von Brähler et al. (2001) sind unter 10 % der Paare in Westdeutschland und unter 5 % in Ostdeutschland ungewollt kinderlos. Strauß, Brähler und Kentenich (2004) geben drei Jahre später mit 6 – 9 % ähnliche Werte für Mitteleuropa an. Von den Betroffenen bleiben ca. 3 % dauerhaft ungewollt kinderlos. Die Studie von Brähler et al. (2004) kommt zu dem Schluss, dass nur 1 % der Bevölkerung von primärer Sterilität betroffen ist.

1.1 Ursachenzuschreibungen bei ungewollter Kinderlosigkeit

1.1.1 Ursachenzuschreibungen bei ungewollter Kinderlosigkeit aus historischer Perspektive

Antike Kulturen interpretierten Unfruchtbarkeit als einen Akt Gottes oder als Zeichen einer Sünde (Spar, 2006). In der Bibel wird Unfruchtbarkeit als Strafe Gottes beschrieben. Dies wird beispielsweise in der Schilderung der Begegnung von Abraham und Abimelech in 1. Mose, 20 deutlich. Darin behauptet Abraham, dass seine Frau Sara seine Schwester sei. Abimelech, der König von Gerar, lässt daraufhin Sara zu sich holen. Zur Strafe für dieses Verhalten verschließt Gott „*hart (...) jeden Mutterschoß im Hause Abimelechs um Saras, Abrahams Frau willen*“ (1.Mose, 20:18). Erst als Abimelech Sara ihrem Mann Abraham zurückgab, „*heilte Gott Abimelech und seine Frau und seine Mägde, dass sie wieder Kinder gebaren*“ (1.Mose, 20:17). Anhand dieser Darstellung offenbart sich, dass Kinderlosigkeit mit Strafe bzw. Schuld in Verbindung gebracht wird (vgl. auch Onnen – Iseemann, 2000).

Im Mittelalter wurde eine in Europa als Hexe angeklagte Frau häufig beschuldigt, „*sie machten Männer impotent (...) verabreiche empfängnisverhütende Mittel und treibe ab*“ (Ehrenreich & English, 1981; S.15-16). Ein derartiges Verhalten sah man als Eingriff in den Willen Gottes mit Hilfe des Teufels und folglich als Bedrohung, die entsprechend zu sanktionieren war (ebd.). Nach dem Mittelalter brachte man Unfruchtbarkeit und Zeugungsunfähigkeit nicht mehr mit höheren Mächten in Verbindung. Stattdessen wurden die angeblichen verursachenden Kräfte in die Psyche der betroffenen Personen verlagert. So vertrat William Buchan (1779) folgende Ansicht: „*Barrenness is often the consequence of grief, sudden fear, anxiety, or any of the passions which tend to obstruct the menstrual flux*“ (Buchan, 1779; S.119).

Die systematische wissenschaftliche Erforschung der Sterilität setzte Anfang des 20.Jahrhunderts ein (Strauß, 1991). Es konnte ein Zusammenhang zwischen intra- und interpsychischen Konflikten sowie reproduktiven Fähigkeiten hergestellt und belegt werden, begünstigt durch die Umstände des Zufalls in der wissenschaftlichen Realität (Pasini et al., 1980). So weist beispielsweise Auhagen-Stephanos (1989) auf die „*Lager- oder Fluchtamenorrhoe, Notstands- und Examensamenorrhoe*“ (S. 184) hin, die zuvor bereits von Racamier (1955) bestätigt wurde. Mohr ging bereits 1925 von folgender These aus: „*Die*

Menstruation der Frau (...) ist nach meinen Erfahrungen geradezu ein Hauptausdrucksort symbolischer Darstellungen seelischer Vorgänge“ (S.133).

Dass die Menstruation der Frau als „*Hauptausdrucksort*“ ihrer seelischen Regungen anzusehen sei, erklärt Mohr (1925) durch eine Art von „*Organsprache*“. Aus einem „*Anschauungsbedürfnis*“ des Menschen heraus habe sich über Jahrtausende eine symbolische Benutzung gewisser Organe als Ausdrucksorte für „*seelische Erregung*“ herausgebildet. Die „*Organsprache*“ diene jedoch nicht nur der Veranschaulichung seelischer Konflikte, wie Mohr meint, sondern sei zugleich zweckgebunden.

Eine solche Zweckgebundenheit sprechen auch Novak und Harnik (1929) an. Die Autoren/Autorinnen untersuchten aus der eigenen gynäkologischen Praxis 45 Fälle von Frauen mit ungewöhnlich starken und lang andauernden Menstruationsblutungen. In 44 Fällen sahen die Mediziner/innen die Blutungen in einem seelischen Konflikt begründet. Anhand der Fallgeschichten stellen sie drei Funktionen heraus, die diese Blutungen im psychosozialen Kontext erfüllten. Die Funktion sei entweder, die Frau vor dem Verlust der Jungfräulichkeit zu schützen, oder ihr zu ermöglichen, „*schweren Konflikten zwischen ihrem erotischen Verlangen und sittlichen Forderungen*“ (S.47) aus dem Weg zu gehen oder einen sexuell sehr fordernden Ehemann zurückzuweisen.

Psychodynamische Ansätze, wie z.B. der von Loftus (1962), gehen davon aus, dass beispielsweise bei Frauen mit Amenorrhoe die mütterliche Identifikation fehle. Die Ansätze von Kroger & Fred (1950) sowie Rogers (1950) basieren ebenfalls auf der Ansicht, dass einer Amenorrhoe psychische Konflikte zugrunde liegen.

Auch der Mediziner Stieve (1952) belegt anhand zahlreicher Fälle den Zusammenhang zwischen psychischen und körperlichen Vorgängen. Bei strafgefangenen Frauen, die ein Todesurteil erwartete, konnte er beobachten, dass deren Menstruationsblutung nach der Inhaftierung aufhörte. Nach der Hinrichtung¹⁰ konnten bei einigen Frauen Rückbildungen an

¹⁰ Von 1939-1945 erhielt Hermann Stieve 269 Körper junger toter Frauen aus Brandenburg, Plötzensee und Ravensbrück zur Untersuchung. Weibliche Gefängnisinsassen führten den Monatskalender und teilten dies dem Gefängnisarzt mit. Dr. Stieve konnte die Hinrichtungstermine mitbestimmen. Einige Tage vor dem Eisingang verkündigte man den Frauen den Hinrichtungstermin. Eine jener Frauen war die Widerstandskämpferin Cato Bontjes van Beek (Bartsch, 2002).

den Eierstöcken und der Gebärmutter festgestellt werden. Die Eierstöcke hatten ihre Funktion eingestellt und ovulierten nicht mehr. Stieve (1952) sieht hierin eine Folge starker psychischer Erregung. Rabe (1952) weist ebenfalls auf verschiedene Formen „*psychogener Blutungsstörungen*“ hin. Dazu zählt die psychogene Amenorrhoe, die sich im Gefängnis, im Ghetto, auf der Flucht und im Krieg zeigt Sie tritt auch bei stark beanspruchten Wettkampfsportlerinnen auf.

1.1.2 Ursachenzuschreibungen in Theorien zur Psychodynamik der Sterilität

Nachdem ein Zusammenhang zwischen psychischen Korrelaten und Infertilität hergestellt worden war, herrschte in diesem Bereich zunächst eine Konzentration auf die Ätiologie der Sterilität vor (Strauß, Brähler & Kentenich, 2004). Die ersten theoretischen Ansätze zu den Ursachen der Sterilität stammen von Psychoanalytikerinnen und Psychoanalytikern (Strauß, 1991). Die meisten bauten vornehmlich auf dem Ansatz von Menninger (1943) auf, der die These entwickelte, dass die Sterilität der Frau ein Ausdruck ihrer psychischen Konflikte sei.

Insgesamt konzentrieren sich die meisten Studien zunächst auf die Frau als einen primär die Sterilität auslösenden Faktor (Strauß, 1991). Das ist selbst dann der Fall, wenn es wie bei Benedek et al. (1953) um Paare ging, bei denen medizinisch ausschließlich die Sterilität des Mannes festgestellt wurde. Nach Ansicht der Autoren/Autorinnen ist bereits die Partnerwahl der Frau ein Indikator für deren Angst vor dem Gebären. Es zeigte sich, dass einerseits die „Frigidität“ der Frau die männlichen Probleme verursacht und andererseits durch die Sterilität des Mannes bei der Frau Konflikte in Bezug auf die Mutterschaft reaktiviert werden (Benedek et al., 1953).

Häufig vertreten Autorinnen und Autoren die These, dass das Kind an sich aus unterschiedlichsten Gründen abgelehnt wird:

Zusammenfassend sehen wir unsere Auffassung von der Sterilität der Ehe gestützt, nach der bei Vorhandensein und Fähigkeit zur Funktion der für die Reproduktion notwendigen Organe jede Sterilität psychisch bedingt und Ausdruck des unbewussten Schutzes der Betroffenen vor dem Kind ist [...]. (Knorre & Hernichel, 1985; S. 293)

Nach Ansicht von Knorre & Hernichel (1985) ist die Sterilität Ausdruck eines unbewussten Schutzes vor dem Kind und dessen Anforderungen. Dieser Schutz entstehe aufgrund hoher Ambivalenz bezüglich des Kinderwunsches. Zudem gingen viele Paare ausschließlich in die Sterilitätssprechstunde, um sich „*die Endgültigkeit der Kinderlosigkeit bescheinigen zu lassen*“ (S. 292). Marsh & Vollmer (1951) teilen Frauen hinsichtlich der Gründe für die unbewusste Ablehnung eines eigenen Kindes in drei Gruppen ein: Die erste Gruppe empfinde sich im Verhältnis zu Männern als gesellschaftlich stark benachteiligt. Ein Kind würde aus der Perspektive dieser Frauen deren unterlegene Rolle festigen. Die zweite Gruppe bestehe aus Karrierefrauen mit ausgeprägtem Gewissenskonflikt. Die Frauen der dritten Gruppe wünschten sich ein Kind, um neurotische Einsamkeitsgefühle zu mildern. Dies empfänden sie jedoch als unrechte Instrumentalisierung des Kindes. Alle drei Konflikte führten zu Infertilität.

Von einer Form der Instrumentalisierung des Kindes schreibt auch Meyer (1984). Anhand zweier exemplarischer Falldarstellungen von Frauen, die jeweils eine Sterilisation an sich vornehmen ließen und später den Wunsch nach Refertilisierung äußerten, veranschaulicht Meyer (1984) die Dynamik von Kinderwunsch und Fruchtbarkeit. Nach Meyers (1984) Ansicht sind diese Frauen als Beispiele besonders geeignet. Zur Begründung heißt es, man könne

[...] bei diesen Frauen die Dynamik von Fruchtbarkeit, Kinderwunsch, Partnerschaft und weiblicher Identität quasi wie unter einem Vergrößerungsglas erkennen, da sie in verstärktem Maße dazu aufgerufen sind, sich über ihren Kinderwunsch Gedanken zu machen, und diesen auch nach außen hin vertreten müssen. (S. 28)

Unter herablassenden Äußerungen wie „*Exotische, vom Kinderwunsch besessene, abartige Frauen? Frauen, die nicht wissen, was sie wollen?*“ (S. 27) kommt Meyer (1984) zu dem Schluss, dass das ersehnte Kind für diese Frauen eine bestimmte Funktion erfülle. Diese Funktion könne - wie in den Beispielen - darin bestehen, die Beziehung zum Partner zu vervollkommen oder das eigene erlittene narzistische Defizit wieder aufzufüllen.

Eine weitere Theorie besagt, dass eine unbewusste konflikthafte Einstellung der Frau zur Mutterschaft an sich und/oder der eigenen Mutter zur Sterilität führen kann.

Frauen, die unter funktioneller Sterilität „leiden“, sind sich ihrer Ängste und Feindseligkeitsregungen im Zusammenhang mit dem Gebären nicht bewusst [...].(Benedek 1985, S. 204)

Rubenstein (1951) schließt aus Interviews mit infertilen Frauen, dass die unbewusste Feindseligkeit gegenüber der eigenen Mutter die Befürchtung zur Folge habe, dem eigenen Kind gegenüber ebenfalls feindselig gesinnt zu sein. Auch Frick-Bruder (1985) sieht in verdrängten Aggressionen gegenüber der Mutter einen Grund für Sterilität.

Langer (1958) betrachtet die Unfähigkeit der Frau, sich mit ihrer fertilen Mutter zu identifizieren, als zentralen Grund für deren Infertilität. Vor diesem Hintergrund bilde die sterile Frau Widerstände – in Form einer Deflorationsphobie - gegen das Einverleiben des Penis, oder von Samen, oder sie entwickle Vaginismus oder Frigidität.

Nach Ansicht von Auhagen-Stephanos (1989) „*verkörpert die funktionelle Sterilität die Unfähigkeit einer reifen Liebesbeziehung*“ (S. 186). Im Rahmen therapeutischer Interaktionen in der eigenen Praxis entwickelte sie die These, dass Frauen aufgrund von Deprivationserlebnissen in der Kindheit eine besondere Abhängigkeit von mütterlichen Objekten entwickelten. Mittels stabiler Anpassungsmechanismen gelänge es ihnen jedoch, „*eine pseudoreife Struktur*“ vorzutäuschen. In Belastungssituationen, wie sie der Kinderwunsch darstelle, regredierten sie wieder.

Einer der ersten Autorinnen und Autoren, die begannen, sich explizit mit beiden Partnern auseinander zu setzen, waren Goldschmidt & de Boor (1976). Sie untersuchten zehn Ehepaare ohne somatischen Befund. Auf der Basis umfangreicher Diagnostik generierten sie drei Typen steriler Paare. Zur „*Gruppe der psychisch schwer Gestörten*“ gehörten vier Paare, denen Diagnosen wie „*psychotische Struktur*“ und „*Borderline*“ zugeordnet wurden. Ein Kind mit seinen Ansprüchen und Bedürfnissen würde nach Ansicht der Autoren solch ein Paar überfordern. Die zweite Gruppe bestand aus drei Paaren mit ödipalen Störungen neurotischer Natur. Die Paare der dritten Gruppe wurden als „*unklare Fälle*“ bezeichnet. Die Autoren/innen waren der Ansicht, dass bei dieser Gruppe die Abwehr möglicherweise so stark im Vordergrund stand, dass es nicht oder nur unzureichend möglich war, dahinter verborgene Inhalte zu erkennen.

Anhand ihrer Daten stellten Goldschmidt & de Boor (1976) die These auf, dass eine Person mit einer pathologischen Persönlichkeitsstruktur sich unbewusst einen Partner suche, der sich dazu eigne, den Konflikt zu verdrängen. Mit Hilfe der gemeinsamen Verdrängung, die somatisch ausagiert werde, komme es zu einer Entlastung im psychischen Bereich.

Goldschmidt & Jürgensen (1985) werteten die Katamnesen dieser Fälle aus. Es zeigte sich, dass es in der Gruppe der schwer Gestörten keine Schwangerschaft, dafür eine Adoption und zwei Scheidungen gab. Von den drei neurotischen Paaren hatte eine Frau drei Geburten. Eine Frau der dritten Gruppe bekam zwei Kinder. Aus dieser Entwicklung schließen die Autoren:

Es ist wahrscheinlich, dass der ausbleibende Wunsch nach einem leiblichen Kind, der im Falle des Ausbleibens einer Schwangerschaft nicht in den Wunsch nach einem Adoptivkind transformiert werden kann, eine wichtige Aussage über das Paar beinhaltet. Das Kind wird hier wahrscheinlich vorwiegend als Reproduktion des eigenen Selbst erwünscht oder als sinnfällige Bestätigung für eine kreative Potenz. (Goldschmidt & Jürgensen, 1985; S. 549)

Bis in die 80er Jahre des 20. Jahrhunderts lässt sich die Theorie der Verlagerung von Ursachen der Sterilität in die (zumeist weibliche) Person selbst beobachten. Zum Teil hat sich jene Auffassung jedoch bis ins 21. Jahrhundert erhalten. So konstatiert Brisch (2005) aus bindungstheoretischer Perspektive:

Die Angst vor einer engen Bindung an ein phantasiertes Kind kann so groß sein, dass eine Schwangerschaft trotz eines bewusst geäußerten intensiven Kinderwunschs nicht zustande kommt. (S. 107)

An der oben skizzierten Vorgehensweise lassen sich drei kritische Punkte aufzeigen. Der erste Kritikpunkt ist methodischer Natur. Die meist viel zu kleinen Fallzahlen, die selektiven Stichproben und fehlende Vergleichsgruppen lassen keine Generalisierungen zu. Bei Autorinnen und Autoren, welche die idiopathische Sterilität (Fruchtbarkeitsstörung ohne medizinische Ursache) untersuchten, wurde häufig idiopathische mit psychogener Sterilität gleichgesetzt. Das ist gemäß Wischmann (2006) jedoch ein Fehlurteil, da sich hinter der Diagnose „idiopathische Sterilität“ auch nicht diagnostizierbare organische Störungen verbergen können.

Von einer psychisch bedingten Fruchtbarkeitsstörung im engeren Sinne kann nur dann gesprochen werden, wenn ein Paar trotz Kinderwunsches und Aufklärung durch den Arzt weiter fertilitätsschädigendes Verhalten praktiziert (Essstörung, Hochleistungssport,

Genussmittel- und Medikamentenmissbrauch, extremer beruflicher Stress) bzw. die Konzeptionschancen nicht nutzt [...]. (Wischmann 2006, S. 34)

Apfel & Keylor (2002) stellen das Konstrukt der psychogenen Infertilität völlig in Frage und betrachten es als überholt.

Der zweite Kritikpunkt bezieht sich auf die unreflektierte implizite Werthaltung auf Seiten der Verfasserinnen und Verfasser der Thesen. Zunächst wird die infertile Person (bzw. das Paar) zum Verursachenden der eigenen Infertilität erklärt. Anschließend wird die Ursache in einem Defizit der Person (dem Paar) begründet.

Der dritte Kritikpunkt gilt der mangelnden Berücksichtigung der Folgen jener Ursachenzuschreibungen. Bei den beschriebenen Fällen handelt es sich zumeist um Frauen aus der psychotherapeutischen oder psychiatrischen Praxis der Autorinnen und Autoren selbst. Das bedeutet, die Patientinnen wurden i.d.R. auch nach Zuschreibung der Psychodynamik psychologisch betreut. Strauß, Brähler & Kentenich (2004) äußern, dass die Pathologisierung der ungewollten Kinderlosigkeit bewirke, dass Betroffene neben der Belastung durch die Fertilitätskrise selbst noch zu Zweifeln über eigene unbewusste Defizite veranlasst würden. Nach Wischmann (2006) führen solche Vorurteile zu einer Überschätzung psychischer Ursachen der Kinderlosigkeit, was zur Folge haben könne, dass nur unzureichend nach medizinischen Gründen gesucht würde (S. 36).

1.1.3 Ursachenzuschreibungen in quantitativen Untersuchungen zu psychologischen Faktoren der Sterilität

Neben psychodynamischen Begründungsansätzen suchten etliche Autorinnen und Autoren mit quantitativen Methoden nach psychischen Besonderheiten steriler Menschen. Strauß (1991) referiert 30 der zwischen 1940 – und 1989 veröffentlichten Studien, welche sich den psychologischen Merkmalen in Verbindung mit Sterilität widmen. Die Ergebnisse der Studien zeigen keine einheitliche Tendenz. Mehrere Studien stufen 10 – 50 % der Patientinnen einer Studie als psychisch auffällig ein (Strauß, 1991). Noyes & Chapnik (1964), die sämtliche zwischen 1935 - und 1963 veröffentlichten Artikel methodenkritisch untersuchten, kommen zu dem Schluss, „*Approximately 50 different psychological factors were said to relate psyche to fertility.*“ (S. 557) Was die Absicherung der Ergebnisse betrifft, konstatieren die Autoren:

„No conclusive evidence was found that a specific psychological factor can alter fertility in the normal infertile couple.“ (S. 557)

Die Befunde zum Sexualverhalten sind jedoch einheitlich. Sterile gelten als häufiger sexuell unzufrieden (Mai et al., 1972; Freeman et al., 1983; Lalos et al., 1985) und weisen vermehrt körperliche Beschwerden auf. (Kemeter, 1988; Stauber, 1988). Frauen zeigen traditionellere Geschlechterrollenkonzepte und diesbezüglich weniger Rollenkonflikte (Allison, 1979; Slade, 1981).

Noyes & Chapnik (1964) kritisieren in Bezug auf das methodische Niveau der überprüften Studien, dass für die aufgestellten Behauptungen nur schwache oder keine Belege herangezogen wurden. Darüber hinaus könnten die skizzierten psychischen Auffälligkeiten infertiler Menschen ebenso Folgen der belastenden reproduktionsmedizinischen Behandlung sein oder eine Folge des Leidens unter der ungewollten Kinderlosigkeit. Die Unterscheidung zwischen Ursache und Folge ließe sich ausschließlich mittels einer Langzeitstudie herstellen. Eine solche findet sich jedoch bis heute nicht in der Literatur.

Nach dem heutigen wissenschaftlichen Erkenntnisstand kann also festgestellt werden, dass Paare mit unerfülltem Kinderwunsch aus psychologischer Sicht durchschnittlich weitgehend unauffällig und normal erscheinen, so wie Paare ohne Fruchtbarkeitsstörungen auch. Dieses gilt auch für Paare, bei denen medizinisch keine Ursache für die Kinderlosigkeit gefunden werden kann (Paare mit idiopathischer Sterilität).
(Wischmann 2006)

1.1.4 Ursachenzuschreibungen ungewollter Kinderlosigkeit aus medizinischer Perspektive

Bei völlig gesunden Paaren beträgt die Chance schwanger zu werden 25 – 30 % pro Zyklus, sie sinkt ab dem 35. Lebensjahr deutlich altersabhängig. Unfruchtbarkeit wird daher erst dann in Erwägung gezogen, wenn sich nach einem Jahr – trotz regelmäßigen ungeschützten Geschlechtsverkehrs während der fruchtbaren Zyklusphase – keine Schwangerschaft einstellt (Thöne & von Hagens, 2006).

Um das ungewollt kinderlose Paar zu bezeichnen, werden in der medizinischen Literatur die Begriffe „*Sterilität*“ und „*Infertilität*“ gebraucht (Pschyrembel, Strauss & Petri, 1991).

Sterilität wird folgendermaßen definiert:

Unter Sterilität (Unfruchtbarkeit) versteht man die Unfähigkeit zur Konzeption. Als Infertilität wird die Unfähigkeit bezeichnet, eine Schwangerschaft auszutragen. (Stegner 1996, S. 52)

Die Sterilität lässt sich weiterhin in primäre und sekundäre Sterilität differenzieren.

Eine primäre Sterilität liegt vor, wenn eine gewünschte Schwangerschaft trotz regelmäßiger Kohabitationen in einem Zeitraum von 1 – 2 Jahren nicht eintritt.

Eine sekundäre Sterilität liegt vor, wenn nach vorausgegangenen Schwangerschaften und Geburten durch zwischenzeitlich eingetretene Erkrankungen oder Störungen keine weitere Konzeption erfolgt. (Stegner 1996, S. 52)

Den oben angesprochenen Richtlinien liegen Statistiken an fertilen Ehen zugrunde. Danach rechnet man bei Kinderwunsch bei 60 % der Ehen mit einer Konzeption in den ersten drei Monaten und bei 80 % während des ersten Jahres. Demgegenüber erreichen 10 % der Fälle erst im zweiten Jahr die Schwangerschaft (Onnen-Isemann 2000).

Was die Ursachen der Sterilität anbelangt, so kann in diesem Bereich eine Verschiebung festgestellt werden. Anfang der 1980er Jahre verteilten sich die Sterilitäten zu 50 – 70 % auf die Frau und zu 20 – 30 % auf den Mann, während 2 – 5 % der Ursachen ungeklärt blieben. Zu Beginn der 1990er Jahre konnte ein höherer Prozentsatz steriler Männer ausgemacht werden. In 30 – 50 % der Fälle lagen die Ursachen der Sterilität bei Mann und Frau. In 35 – 45 % aller Fälle wird die Ursache ausschließlich bei der Frau und in 10 – 40 % ausschließlich beim Mann vermutet (Voß et al., 1994, S.14). Die Autorinnen und Autoren folgern daraus allerdings nicht, dass sich die Fertilität der Männer im Laufe der Jahre verschlechtert hätte, sondern, dass sich die Diagnostik in Bezug auf den Mann verbessert hat (Voß et al., 1994, S.14-15). Die Medizin geht gegenwärtig davon aus, dass die organischen Ursachen der Unfruchtbarkeit zwischen Mann und Frau gleich verteilt sind. Mit einer Häufigkeit von 30 – 40 % lassen sich sowohl beim Mann als auch bei der Frau Störungen finden (Wischmann & Stammer, 2003; Thöne & von Hagens, 2006). In 20 % der Fälle treten Störungen bei beiden Partnern auf (Meyer, 2004). Wischmann & Stammer (2003) geben dafür einen Rahmen von

15 – 30 % an. 10 % der Fälle werden als idiopathische Sterilität bezeichnet (Wischmann & Stammer, 2003). Diese Form der Sterilität ist folgendermaßen definiert:

Die sogenannte idiopathische Sterilität ist definiert als diejenige Sterilität, die nach sorgfältiger Diagnostik aller bekannten Faktoren unexploriert bleibt [...] und länger als zwei Jahre besteht. (Würfel et al. 1990, S. 35)

Ovarielle Sterilität

Die ovarielle Sterilität beruht auf dem vollständigen Ausbleiben der Ovulation, auf zu seltenen Ovulationen oder auf einer Insuffizienz der Follikelreifung. Ovarielle Funktionsstörungen treten als primäre oder sekundäre Amenorrhoe oder als Anomalien des Menstruationszyklus in Erscheinung. Ovarielle Sterilitätsursachen sind zystische (Stegner, 1996).

Tubare Sterilität

Tubenverschlüsse sind zumeist bedingt durch vorausgegangene entzündliche Erkrankungen (Stegner, 1996).

Uterine Sterilität

Zu den uterinen Ursachen gehören Geschwülste des Uterus wie z.B. Myome. Des weiteren gehören dazu Uterusfehlbildungen und Vernarbungen sowie mangelnde Ansprechbarkeit der Uterusschleimhaut auf Steroidhormone (Stegner 1996).

Zervikale Sterilität

Unter dem Begriff des Zervixfaktors werden die von der Cervix uteri ausgehenden funktionellen und anatomischen Sterilitätsursachen zusammengefasst. Anatomische Ursachen sind alte Zervixrisse, narbige Stenosen des Zervikanals und lokale Entzündungen. Zu den funktionellen Ursachen zählen Abweichungen in der Zusammensetzung der wässrigen Phase oder der biophysikalischen Beschaffenheit der Gelbphase. In den meisten Fällen ist das eine Folge der ungenügenden präovulatorischen Östrogenstimulation.

Vaginale Sterilität

Zu den vaginalen Ursachen zählen Aplasie oder Atresie der Scheide, posttraumatische Stenosen und entzündliche Erkrankungen (Stegner, 1996).

Psychogene Sterilität

Bestimmte funktionelle Störungen im Bereich der Genitalorgane (z.B. zervikale Hypersekretion, Tubendysknesien, Anovulation, Vaginismus) können infolge einer psychischen Konflikt- oder Stresssituation auftreten (Stegner, 1996). Während man 1963 noch 40 – 50 % der Fälle von Infertilität als psychisch bedingt betrachtete (Eisner, 1963), kommt die Studie von Katzorke et al. (2004) zu einem Anteil von 1 %.

Extragenitale Ursachen

Endokrine Störungen können die Fortpflanzungsorgane beeinträchtigen. Darüber hinaus können Erkrankungen der Nebenniere (Morbus Cushing, Morbus Addison) oder Erkrankungen der Schilddrüse die Fertilität beeinträchtigen. Ebenso beeinträchtigend wirken Nikotin und Medikamentenabusus, Übergewicht, Stresssituationen und verschiedene Umweltfaktoren (Stegner, 1996; Katzorke et al., 2004).

1.1.5 Ursachenzuschreibungen ungewollter Kinderlosigkeit aus soziologischer Sicht

Die Sozialwissenschaften erörtern das Fertilitätsverhalten unter strukturellen Gesichtspunkten wie beispielsweise dem sozialen Status der Herkunftsfamilie, der Geschwisterzahl, der Religionszugehörigkeit oder regionalen Unterschieden. Darüber hinaus werden individuelle Gründe für das Entstehen des Kinderwunsches und dessen Realisierung thematisiert (Onnen-Isemann, 2000). In der soziologischen Diskussion erscheint der Aspekt der unfreiwilligen Kinderlosigkeit „nahezu vollständig ausgeklammert“ (Onnen-Isemann, 2000, S. 15). Unter diesen Voraussetzungen lehnen Soziologen und Soziologinnen wie Onnen-Isemann (2000) auch die - meist von Medizinern vorgenommene - Unterteilung in unfreiwillige (medizinisch bedingte) Kinderlosigkeit und freiwillige (bewusst gewählte) Kinderlosigkeit ab.

Nave-Herz & Oßwald (1989, S. 378) entwickelten drei verschiedene Typen von kinderlosen Ehen:

Typ A: Paare, deren Kinderwunsch sich trotz Absetzens von Kontrazeptiva noch nicht erfüllt hat,

- Typ B: die bewusst geplante kinderlose Ehe, die sich wiederum in die lebenslang geplante und die befristet kinderlose Ehe gliedert, und
- Typ C: die medizinisch bedingte kinderlose Ehe, deren Ursachen organisch oder psychosomatisch sind.

Onnen-Isemann (2000, S. 22) hat dieses Modell – wie in Abbildung 1. zu sehen ist - weiter ausdifferenziert, um darüber hinaus auch Neuorientierungen und Trennungen von Partnerschaften mit einbeziehen zu können.

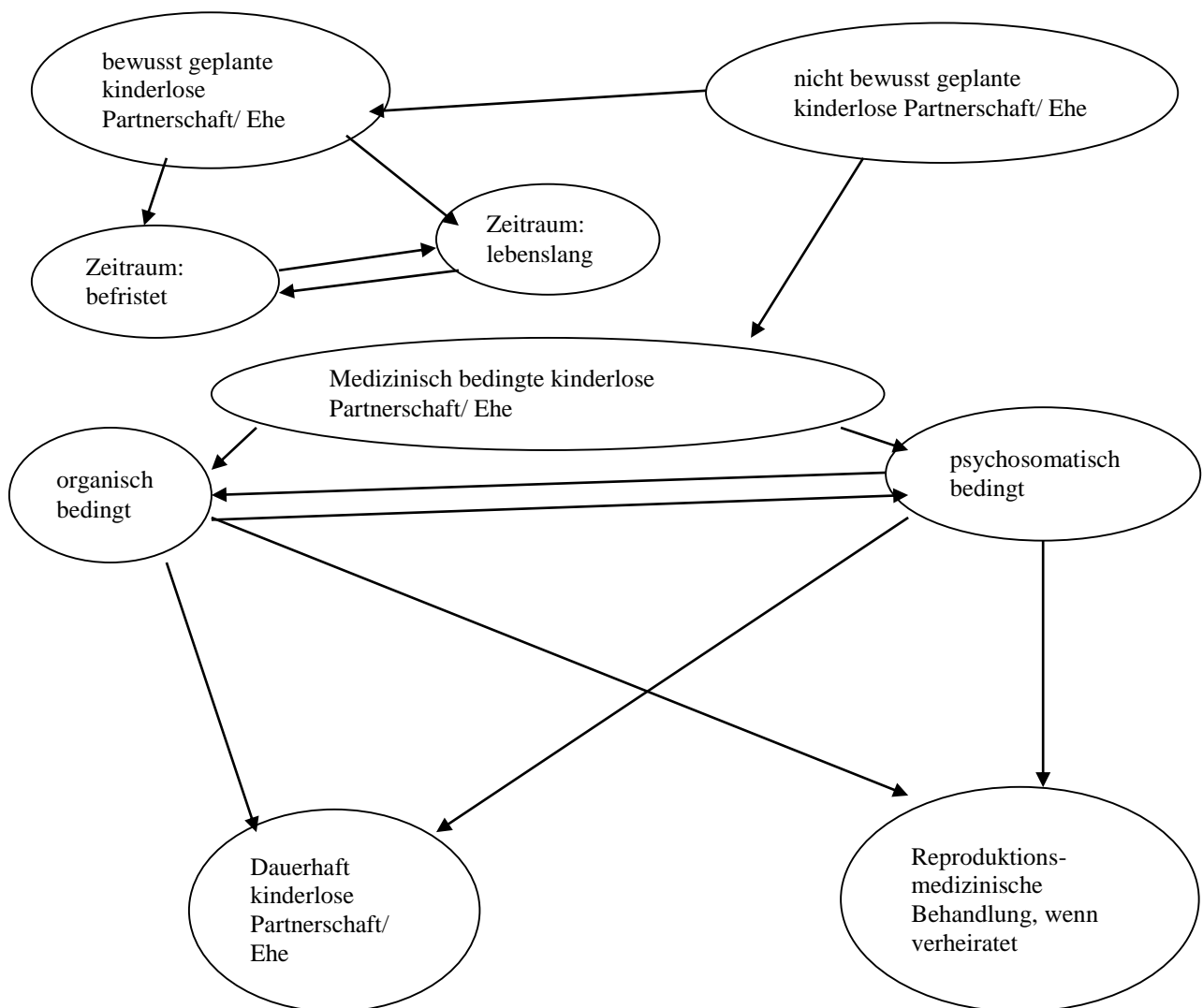


Abbildung 1: Formen kinderloser Partnerschaft nach Onnen-Isemann (2000)

Die ungewollte Kinderlosigkeit erscheint aus soziologischer Perspektive als Resultat eines gesellschaftlichen Trends. Ausgangspunkt ist dabei die Feststellung, dass sich in Deutschland

eine zunehmende Kinderlosigkeit bzw. konstant viel zu niedrige Geburtenrate abzeichnen. Onnen-Isemann (2000) konstatiert, dass diese Entwicklung der Industrialisierung, dem Ausbau sozialer Sicherungssysteme, der Verbesserung des Bildungssystems und der Urbanisierung anzurechnen sei. Diese Faktoren haben sowohl die Rolle als auch die Funktion von Kindern in der Gesellschaft verändert. Die ökonomischen Kinderwunschnotive wurden von psychologischen Motiven abgelöst. Diese veränderten Wertvorstellungen in Verbindung mit kulturellen Variablen machen Kinder als Lebensziel unwichtiger und tragen zu einer insgesamt abnehmenden Kinderzahl bei. Diese These bestätigt eine Studie von Stöbel-Richter et al. (2005). Die Autorinnen und Autoren untersuchten, welche Faktoren den gegenwärtigen Kinderwunsch beeinflussen. Es zeigte sich, dass persönliche und finanzielle Einschränkungen am häufigsten als Hindernisse genannt wurden. Auf die Frage, wie wichtig es sei - verglichen mit anderen Lebenszielen-, Kinder zu haben, nahmen Familienleben und Kinder die sechste Stelle ein. Die höchste Priorität hatte Gesundheit, gefolgt von Einkommen und finanzieller Sicherheit. Dem nachgeordnet waren Arbeit, Partnerschaft und Sexualität.

Als besonders ausschlaggebend für den abnehmenden Kinderwunsch ist nach Ansicht von Onnen-Isemann (2000) der sogenannte „Bildungseffekt“.

Sowohl für Männer als auch für Frauen gilt, dass während der jeweiligen Ausbildung der Kinderwunsch aufgeschoben wird und insbesondere Karriereambitionen der Frauen, wenn überhaupt, eine späte Mutterschaft begünstigen [...]. (S. 12)

Vor diesem Hintergrund geht Onnen-Isemann (2000) von der These aus, dass die Verschiebung des Kinderwunsches in ein höheres Alter die Chancen der Konzeption verringert und damit die Gefahr der ungewollten Kinderlosigkeit erhöht, wenn nicht gar verursacht.

Mit der Verschiebung des Kinderwunsches in ein höheres Alter von Männern und Frauen verringern sich [...] die Chancen einer Konzeption bei gleichzeitig steigender Gefahr der unfreiwilligen Kinderlosigkeit. (Onnen-Isemann 2000, S. 15)

Onnen-Isemann (2000) geht darüber hinaus von der These aus, dass die Verschiebung des Kinderwunsches mittels Kontrazeptiva bis in ein höheres Lebensalter eine Folge der Medizinforschung ist bzw. dadurch erst ermöglicht wird. Bei einem unerfüllten Kinderwunsch (in der Phase nach der Menopause) verspricht wiederum die

Reproduktionsmedizin Unterstützung. Über diese Dynamik kann sich nach Ansicht von Onnen-Isemann (2000, S.15) die Medizintechnik „*ihre eigenen Patientinnen produzieren*“.

Mediziner und Medizinerinnen empfehlen zur Abklärung der Ursache einer ungewollten Kinderlosigkeit, beide Partner in die Untersuchung mit einzubeziehen (Thöne & von Hagens, 2006).

1.2 Diagnostische Verfahren zur Erfassung von Sterilität und Infertilität

1.2.1 Verfahren im medizinischen Kontext

Untersuchung(en) bei der Frau

Zur Basisuntersuchung gehören Angaben zum Menstruationszyklus, eine gynäkologische Untersuchung (Inspektion und Palpation des Genitale sowie ein Vaginal- und Zervixabstrich zur zytologischen und mikrobiellen Untersuchung), eine Ultraschalluntersuchung und ein Zyklusmonitoring (d.h. Überwachung eines Menstruationszyklus durch Ultraschalluntersuchungen und ggf. Blutentnahmen), (Stegner, 1996; Thöne & von Hagens, 2006). Mittels des Sims-Huhner-Tests (auch Morgen-danach-Test oder Verträglichkeitstest genannt) werden kurz vor dem Eisprung und neun bis zwölf Stunden nach dem Geschlechtsverkehr die Qualität des Muttermundschleimes und die Überlebensfähigkeit der Spermien in diesem Schleim geprüft. Zudem werden der Rötelschutz und ggf. der Windpockenschutz überprüft. Bei nicht ausreichendem Schutz wird eine Impfung empfohlen (Thöne & von Hagens, 2006).

Darüber hinaus werden biologische Funktionsproben erstellt. Dazu gehören folgende Parameter:

- Messung der Basaltemperatur (Etwa ein bis zwei Tage nach der Ovulation steigt die Basaltemperatur an. Die Messung erfolgt morgens.)
- Kontrolle des Östrogeneffektes

- Gestagentest
- Östrogentest

Die Basisuntersuchungen erstrecken sich i. d. R. auf einen oder zwei Zyklen. Sobald sich Auffälligkeiten bei diesen Untersuchungen zeigen, werden weitere spezielle Tests durchgeführt. Deren Auswertung dauert zum Teil mehrere Wochen (Thöne & von Hagens, 2006).

Mit Hilfe folgender Methoden erfolgt eine klinische Abklärung ovarieller, tubarer und uteriner Ursachen der Sterilität bei der Frau:

Vaginalsonographie

Sie dient der Beurteilung des Zustandes der Follikel sowie dem Ausschluss polyzystischer oder tumoröser Ovarveränderungen.

Pertubation

Sie dient der Überprüfung, ob die Eileiter durchgängig sind. CO₂ wird durch den Zervikalkanal in das Uteruskavum geleitet. Dabei wird Druck und Durchflussmenge kontrolliert. Ein Druckabfall erfolgt nur bei freier Tubenpassage.

Hysterosalpingographie

Uteruskavum und Tubenlumina werden mittels eines wasserlöslichen Kontrastmittels röntgenologisch dargestellt. Diese Methode eignet sich besonders zur Darstellung von Missbildungen oder Tumoren, Veränderungen im Tubenlumen oder zum Nachweis verschlossener Tuben.

Laparoskopie

Sie ermöglicht eine direkte, optische Untersuchung der Organe des kleinen Beckens. Die Endoskope werden durch die Bauchdecke in das Abdomen eingeführt. Eine typische gynäkologische Laparoskopie wird mit der Durchspülung mit Blaulösung in Uterus und Tuben kombiniert. Auf diese Weise lassen sich Adhäsionen, Entzündungserscheinungen, Endometriose erkennen. Die Chromolaparoskopie erfordert einen 2- bis 3-tägigen Krankenhausaufenthalt und muss unter Intubationsnarkose durchgeführt werden.

Hysteroskopie

Dies ist ein Verfahren, das die direkte Betrachtung des Uteruskavums ermöglicht. So werden Narben, Deformitäten und Schleimhautvarianten optisch erkennbar.

Hormonanalytik

Sie wird heute meist radioimmunologisch im Serum durchgeführt.

Die Fertilitätsuntersuchung (en) des Mannes wird i. d. R. von einem Andrologen vorgenommen, der folgende Bereiche diagnostiziert:

- Entwicklung sekundärer Geschlechtsmerkmale,
- Untersuchung von Penis und Skrotum,
- Rektale Palpation der Prostata und Samenblase,
- Erstellung eines Spermogrammes (Beim Spermogramm werden unter dem Mikroskop Anzahl, Beweglichkeit und Aussehen der Spermien beurteilt [Thöne & von Hagens, 2006]).
- Blutbild,
- Urinstatus (Taubert, 1998).

Die Gegebenheiten im Zervikalkanal sind keineswegs stets so, dass die Spermien ungestört ascendieren können. Zur Prüfung der funktionellen Beziehungen zwischen Spermien und Zervixsekret sind die folgenden Methoden gebräuchlich:

- Postkoitaltest nach Huhner und Sims,
- Postinseminationstest,
- Miller-Kurzrock-Test und
- Test der Spermienantikörper.

Der Sims-Huhner-Test

Beim Sims-Huhner-Test wird sechs bis zehn Stunden nach dem Geschlechtsverkehr (nach mind. 2-tägiger Karenz) und unmittelbar vor der Ovulation die Zahl und Vitalität der in den Zervixschleim eingedrungenen Spermien geschätzt. Der Test ist negativ, wenn keine oder nur immobile Spermien nachweisbar sind (Stegner, 1996).

Der Postinseminationstest

Sollten sich trotz optimaler Beschaffenheit des Zervikalsekrets post coitum keine oder keine beweglichen Spermien finden, kann der Aszensionstest einige Stunden nach einer Insemination mit dem Sperma des Ehemannes wiederholt werden. Zeigt sich hierbei ein besseres Ergebnis als beim Postkoitaltest, sind weitere homologe Inseminationen angezeigt. Finden sich wiederum keine oder keine beweglichen Spermien, wird der Miller-Kurzrock-Test durchgeführt (Taubert, 1998).

Der Miller-Kurzrock-Test

Mit Hilfe des Miller-Kurzrock Tests soll herausgefunden werden, ob eine mangelhafte Penetrationsfähigkeit der Spermien in den Zervikalschleim auf Faktoren der Spermien oder auf die des Zervikalschleims der Frau zurückzuführen sind (Stegner, 1996).

Wie sich hier zeigt, ist die medizinische Untersuchung der ungewollten Kinderlosigkeit diagnostisch sehr umfassend, zeitintensiv und zum Teil recht invasiv. Wie Paare die reproduktionsmedizinische Behandlung selbst erleben, wird in Kapitel 1.5.1 referiert.

1.3 Inter- und intrapsychisches Erleben von Sterilität und Infertilität

1.3.1 Psychisches Erleben ungewollter Kinderlosigkeit

Der Fokus dieses Unterkapitels liegt (in Abgrenzung zu dem in Kapitel 1.5.1 angesprochenen „Erleben der reproduktionsmedizinischen Behandlung“) ausschließlich auf den Belastungen, die durch die ungewollte Kinderlosigkeit an sich entstehen - unabhängig von der Inanspruchnahme expertengeleiteter Unterstützung zur Überwindung der Kinderlosigkeit.

Im Folgenden soll das intrapsychische Erleben ungewollter Kinderlosigkeit anhand von drei (in der Literatur am weitesten verbreiteten) Konstrukten dargestellt werden. Hierbei geht es zum einen um belastende Lebensereignisse, zum anderen um Stress und zuletzt um Coping.

Im darauffolgenden Kapitel wird ausgeführt, welche Begleiterscheinungen damit einhergehen, wenn Kinderlosigkeit als Faktum akzeptiert werden muss.

1.3.1.1 Belastungserleben durch ungewollte Kinderlosigkeit

Ein psychodynamisches Modell der Belastung durch Infertilität stellten Slade et al. (2007) her. Es geht davon aus, dass sich Menschen mit Infertilität als stigmatisiert empfinden. Daraus folgt eine geringere Offenheit bezüglich der Infertilität gegenüber anderen Personen. Geringere Offenheit führt zu weniger sozialer Unterstützung. Zudem kann es zu unsensiblen Kommentaren von Außenstehenden kommen, weil ihnen nicht bekannt ist, dass die Kinderlosigkeit ungewollt ist. Gefühle von Isolation und die Wahrnehmung geringer sozialer Unterstützung erhöhen wiederum das Belastungserleben. Dadurch wird auch die Beziehung zum Partner beeinträchtigt.

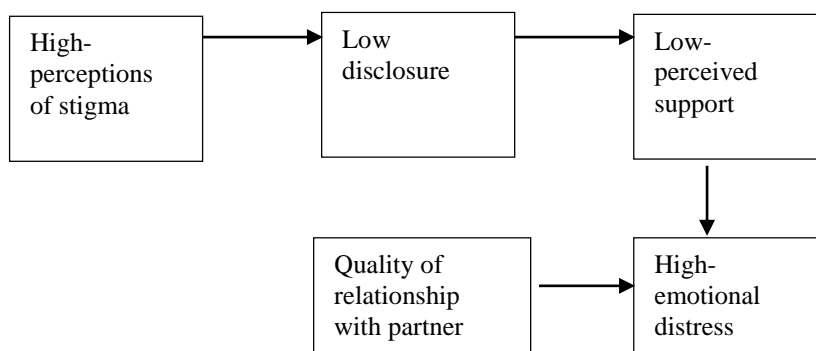


Abbildung 2: „A predictive model for emotional distress in infertility“ (Slade et al., 2007)

Eine Überprüfung dieses Modells anhand der Angaben von 62 Paaren bestätigte den größten Teil der konstatierten Dynamiken. Während Frauen zwar mehr Stigmatisierung, aber auch größere Offenheit als Männer berichteten, neigten Männer bei als hoch empfundener Stigmatisierung zu geringerer Offenheit. Für Männer stand das Stigma zudem mit geringer Unterstützung sowie höherer infertilitätsbezogener Belastung in Zusammenhang. Bei Frauen bedingt die größere Offenheit ein stärkeres Belastungserleben. Die Wahrnehmung von Stigmatisierung stand bei beiden Geschlechtern in direktem Zusammenhang mit geringer sozialer Unterstützung. Bei Männern zeigte sich zwischen sozialer Unterstützung und Belastung ein negativer Zusammenhang. Soziale Unterstützung stand darüber hinaus in einem negativen Zusammenhang zu Ängstlichkeit und Depression.

In etlichen Studien zeigte sich mit zunehmender Dauer der Infertilität eine Zunahme intrapsychischer Belastung oder interpsychischer Unzufriedenheit. In der Studie von Ramezanzadeh et al. (2004) an iranischen Frauen äußerte sich Ängstlichkeit und Depression am häufigsten nach vier bis sechs Jahren Infertilität. Nach sieben bis neun Jahren Infertilität zeigten sich besonders hohe Depressionswerte. Wang et al. (2007) wiesen eine negative Korrelation von Ehezufriedenheit und ansteigender Dauer der Unfruchtbarkeit sowie der Häufigkeit fehlgeschlagener IVF/ICSI-Versuche bei chinesischen Frauen nach. Ein Vergleich zwischen infertilen Frauen und einer unauffälligen Kontrollgruppe wies weniger stabile Beziehungen und häufiger auftretende Unzufriedenheit mit der Beziehung bei den infertilen Frauen nach (Wang et al., 2007). Wischmann et al. (2001) führten eine Untersuchung an 564 deutschen Paaren durch und verglichen sie mit der Untersuchung an einer Kontrollgruppe. Außer höheren Werten für Ängstlichkeit und Depression bei Frauen, zeigten sich keine Unterschiede zwischen fertilen und infertilen Menschen. Die Autorinnen und Autoren schließen daraus: „*A typical psychological profile for infertile couples could not be identified using standardized psychometric rating methods.*“ (S.1753)

1.3.1.2 Stress und Infertilität

Den Terminus „Stress“ entlehnte der Mediziner Selye 1936 aus der Physik. Nach seiner Definition ist der Stresszustand eine unspezifische Reaktion des Körpers auf eine Form der Anforderung (Selye, 1950; Selye, 1953). Eine kritische Weiterentwicklung des Konzeptes von Selye stellt das transaktionale Erklärungsmodell von Lazarus dar (Lazarus, 1991; Lazarus, 1999). Es betrachtet Stresssituationen als komplexe Wechselwirkungsprozesse zwischen den

Anforderungen, die eine Situation stellt, und den Möglichkeiten einer Person. Darüber hinaus berücksichtigt das Modell Persönlichkeitsfaktoren, woraus resultiert, dass unterschiedliche Menschen für den gleichen Stressor unterschiedlich anfällig sein können. Bedeutsam für die Stressintensität einer Situation oder eines Ereignisses sind demnach nicht objektive Merkmale der Situation, sondern Kognitionen und Emotionen der Person. Selye hingegen nahm an, dass ein Reiz als Stressor wirkt, weil er eine bestimmte objektive Intensität übersteigt. Das transaktionale Modell sieht im Gegensatz dazu vor, dass zwischen Stressor und Stressreaktion ein Bewertungsprozess stattfindet (Lazarus, 1991; Lazarus, 1999).

Der Zusammenhang zwischen Stress und Infertilität wird kontrovers diskutiert (Brkovich & Fisher, 1998). Ein Großteil der Forschung in Bezug auf Infertilität beschäftigt sich eher mit der Frage, ob Infertile gestresst sind, als mit der Frage, ob Infertilität an sich ein Stressfaktor ist (Greil, 1997).

Zu einheitlichen Ergebnissen kommen Studien, die sich Geschlechtsunterschieden im Stresserleben *vor* Inanspruchnahme einer reproduktionsmedizinischen Behandlung widmen. Diese Studien zeigen, dass Frauen sich in stärkerem Maße durch Stress belastet erleben als Männer (Daniluk, 1997; Jordan & Revenson, 1999; Peterson et al., 2003; Peterson et al., 2006a; Peterson et al., 2006b; Peterson et al., 2008; Slade et al., 2007). Brkovich & Fisher (1998) kommen nach der Durchsicht von 40 Jahren Forschung auf diesem Themengebiet zu der Ansicht, dass sich nicht klären lässt, ob die Belastung durch Stress eine Folge des Lebens mit einer Fertilitätsstörung ist oder ob die Infertilität eine Folge erhöhter Stressbelastung ist, da sich keine Langzeitstudien mit dieser Frage beschäftigen. In Bezug auf den Mann gibt es Hinweise auf eine Verschlechterung des Spermioграмms durch Stress (Hellhammer et al., 1985; Stauber, 1993; Hurst et al., 1999).

1.3.1.3 Ungewollte Kinderlosigkeit und Coping

Da Infertilität – wie in Kapitel 1.3.1.1 veranschaulicht wird – eine Belastung darstellen kann, sind die Betroffenen zur Bewältigung dieser Herausforderung gezwungen. Die Coping-Forschung entwickelte sich in den 1980er Jahren und basiert auf der Stressforschung (Lazarus, 1991; Lazarus 1999; Lazarus & Folkman, 1984).

Unter Coping versteht man kognitive oder körperliche Bemühungen eines Individuums, Stress zu managen und zu kontrollieren. Alle Handlungen, die darauf gerichtet sind, die Bedrohlichkeit einer Situation abzuwenden, werden als "Coping-Prozesse" betrachtet. Sie stellen einen Selbstregulierungsmechanismus dar. Dies gilt für Situationen, in denen ein Stressor die angestrebten oder aktuellen Ressourcen einer Person übersteigt (Lazarus & Folkman, 1984).

Daraus resultiert, dass Paare eine große Bandbreite von Coping-Strategien nutzen (müssen), um das verlorene Gleichgewicht wiederherzustellen. Anhand der Literatur lassen sich zwei grundlegende Coping-Stile herausstellen (Folkman & Lazarus, 1988; Holahan et al., 1996; Sarafino, 2006). Man unterscheidet zwischen einem aktiven Coping-Stil, mit dessen Hilfe das zugrundeliegende Problem gelöst wird, und einem emotionalen bzw. passiven Coping-Stil. Bei diesem ist die Intention, Emotionen oder solche Aspekte, die das Problem verursachen, zu beeinflussen. Im Allgemeinen sei der eher aktive bzw. problembezogene Coping-Stil besser geeignet, schwere Situationen zu bewältigen (Holahan et al., 1996).

Eine Studie von Lechner et al. (2007) bestätigt dieses Ergebnis für Paare, die ungewollt kinderlos bleiben müssen. Peterson et al. (2006 c) untersuchten die Beziehung zwischen Coping und Depression bei Männern und Frauen, die eine IVF planten. Auch in dieser Studie zeigte sich, dass vermeidende Strategien in einem positiven Zusammenhang zur Depression stehen. Strategien des Suchens sozialer Unterstützung oder geplanten Problemlösens weisen hingegen einen negativen Zusammenhang zur Depression auf.

Zahlreiche Studien zeigen, dass ein aktiv vermeidender Coping-Stil bei ungewollt Kinderlosen im Zusammenhang mit erhöhtem Stress (Schmidt et al., 2005; Peterson et al., 2006 b; Peterson et al., 2008) oder depressivem Erleben (Peterson et al., 2006 c) steht. Ningel (1999) und Strauß (2000) bestätigten darüber hinaus, dass sich insbesondere für die langfristige Bewältigung von Kinderlosigkeit vermeidende oder in die Vergangenheit gerichtete Coping-Strategien (wie Grübeln über den unerfüllten Kinderwunsch, das Verharren in einem Gefühl der Machtlosigkeit oder die starke Fokussierung auf ein Leben mit Kindern) als ungünstig für die endgültige Bewältigung erweisen.

Ein aktiv konfrontierendes Coping, wie beispielsweise das Suchen sozialer Unterstützung und planvolles Problemlösen, steht oft in Verbindung mit weniger Stress (Schmidt et al., 2005;

Peterson et al., 2006 b; Peterson et al., 2008; Lechner et al. 2007) oder auch in negativem Zusammenhang mit Depression (Peterson et al., 2006 c). Die positive Neubewertung und Akzeptanz der Situation ohne Kind und/oder die aktive Suche nach alternativen Lebenszielen und Inhalten sowie nach sozialen Kontakten tragen erheblich zu einer erfolgreichen Bewältigung endgültiger Kinderlosigkeit bei (Boeger et al., 1999).

Hinsichtlich des passiv vermeidenden Coping-Stils kommen Studien, die Paare vor oder während der reproduktionsmedizinischen Behandlung untersuchen, zu dem Ergebnis, dass es keinen Zusammenhang zwischen diesem Coping-Stil und dem vermehrten Auftreten von Stresssymptomen gibt (Schmidt et al., 2005; Peterson et al, 2008). Lechner et al. (2007) untersuchten Paare, die eine dauerhaft ungewollte Kinderlosigkeit akzeptieren mussten, und stellten in ihrer Studie fest, dass sowohl ein passiver Coping-Stil als auch Unzufriedenheit mit sozialer Unterstützung im Zusammenhang mit vermehrten Stresssymptomen stehen

Untersuchungen zu sinnbezogenem Coping ergeben keine einheitliche Tendenz. Eine Studie von Peterson et al. (2008) kommt zu dem Schluss, dass das sinnbezogene Coping eines Partners mit sinkendem ehelichen Stress bei Männern und steigendem sozialen, persönlichen und ehelichen Stress für Frauen einhergeht. Die Studie von Berghuis & Stanton (2002) ergab, dass Männer einen Abfall depressiver Symptome berichteten, wenn sie ein Coping durch positive Interpretation betrieben. Für Frauen galt das nicht. Die Studie von Schmidt et al. (2005) kommt jedoch zu dem Schluss, dass bei Frauen der Gebrauch von sinnbezogenem Coping als Prädiktor von niedrigem fertilitätsbasiertem Stress im persönlichen und ehelichen Bereich gilt. Für Männer gibt es diesen Zusammenhang nicht. Die Studien unterscheiden sich

jedoch darin, dass Peterson et al. (2008) Paare ausschließlich vor der Behandlung befragten. Schmidt et al. (2005) befragten Paare hingegen sowohl vor der Behandlung als auch danach. Ein weiteres Einschlusskriterium jener Paare war, dass sie keine Schwangerschaft erreichten. In der Studie von Schmidt et al. (2005) ergaben sich jedoch im Vergleich von Frauen, die eine Schwangerschaft erzielten, und solchen, die nicht schwanger wurden, keine Unterschiede im Kommunikationsverhalten und Coping.

Im Hinblick auf die Frage nach der allgemeinen Lebenszufriedenheit zeigte sich, dass Frauen, die ihre endgültige Kinderlosigkeit im späteren Erwachsenenalter durch äußere Umstände - wie beispielsweise das Schicksal oder mangelnde medizinische Möglichkeiten -

erklärten, mit ihrem Leben zufriedener waren als jene, die sich persönlich dafür die Schuld gaben (Schmitt & Stögebauer, 1991; Engel et al. 1996). Als förderlich für die langfristige Bewältigung ungewollter Kinderlosigkeit erwies sich die positive Neubewertung und Akzeptanz der Situation, die aktive Suche nach alternativen Lebensentwürfen und der Aufbau neuer sozialer Kontakte. Der Bewältigung eher hinderlich sind Grübeln und eine zu starke Fokussierung auf Kinder als Lebensziel (Strauß et al., 2004).

Der Vergleich von Männern und Frauen ergibt ebenfalls kein einheitliches Bild. Sowohl die Studie von Peterson et al. (2008) als auch die von Schmidt et al. (2005) zeigt, dass Frauen alle vier Coping-Strategien signifikant öfter nutzen als Männer. Lechner et al. (2007) hingegen kommen zu dem Schluss, dass Frauen öfter einen passiven Coping-Stil nutzen. Im Gegensatz dazu konstatieren Peterson et al. (2006 b), dass Frauen häufiger ein konfrontatives Coping anwenden. Männer hingegen würden sich eher distanzieren sowie Selbstkontrolle und ein planvolles Problemlösen üben. Ningel (1999) und Strauß et al., (2000) konstatieren gleichermaßen, dass Unterschiede zwischen den Partnern im Bedauern über den unerfüllt gebliebenen Kinderwunsch ein Risiko für die günstige Bewältigung einer endgültigen Kinderlosigkeit darstellen.

Neben dem Heranziehen intrapsychischer Ressourcen zur Bewältigung der Infertilität ist die Inanspruchnahme von Psychotherapie eine weitere Form der Auseinandersetzung mit der Problematik. Zwei Meta-Analysen aller relevanten und qualitativ aussagekräftigen Studien zu diesem Thema kommen zu dem Schluss, dass sowohl individuelle als auch Gruppentherapie hinsichtlich der Infertilität einen positiven Effekt herstellen. De Liz & Strauss (2005) zeigen in ihrer Meta-Analyse, dass Psychotherapie emotionalen Stress und depressive Symptome reduziert. Zudem verbessert sie die Lebensqualität, indem sie latentes Coping-Potential aktiviert. Boivin (2003) weist in ihrer systematischen Untersuchung nach, dass psychosoziale Interventionen negative Gefühle bei infertilen Frauen und Paaren erheblich lindern, jedoch weniger in der Lage sind, interpersonal Einfluss zu nehmen.

1.3.1.4 ungewollte Kinderlosigkeit als endgültiger Lebensumstand

Dem deutschen IVF-Register lässt sich entnehmen, dass die Anzahl der Behandlungen von 1982 bis 2010 von insgesamt 742 auf 75928 Behandlungen gestiegen ist. Während die Möglichkeiten der Reproduktionsmedizin in immer größerem Maße in Anspruch genommen

werden, rangiert die „Baby-take-home“-Rate¹¹ in Deutschland im Jahr 2009 noch immer unverändert je nach Behandlungsart zwischen 10 % und 17 %. Das bedeutet, viele Betroffene müssen und/oder wollen nach mehreren Therapiezyklen und/oder erfolglosen Adoptionsversuchen akzeptieren, dass sie entweder kein leibliches Kind bekommen oder gar nicht mehr mit einem Kind leben werden.

Qualitative Studien, die der Frage nach der Verarbeitung des unerfüllten Kinderwunsches nachgehen, verweisen auf verschiedene Phasen der Bewältigung. Die Phasen Schock, Verneinung, Ärger, Schuld, Isolierung, Depression, Trauer und Akzeptanz zeigen sich im Rahmen der Verarbeitung, verlaufen jedoch nicht in jedem Fall chronologisch (Gonzales, 2000; Onnen-Isemann, 2000).

Zwar steht am Ende des (theoretisch konstatierten) Verarbeitungsprozesses die Akzeptanz, aber es stellt sich immer noch die Frage nach eventuell verbleibenden psychischen Folgen bzw. danach, ob sich Unterschiede im psychologischen Profil, im Verhalten oder in der Lebensgestaltung zwischen ungewollt kinderlosen Personen und Eltern äußern. Die meisten Studien, die sich diesen Fragen widmen, zeigen, dass sich beide Gruppen letztendlich nicht signifikant voneinander unterscheiden. So fanden Zhang und Hayward (2001) kein erhöhtes Risiko für Depressionen oder Einsamkeit bei geschiedenen, verwitweten oder ledigen kinderlosen Personen im Vergleich zu Personen mit Kindern. Im Zusammenhang mit dem allgemeinen Gesundheitszustand und der globalen Lebenszufriedenheit legen zahlreiche Studien kaum bedeutsame Unterschiede zwischen kinderlosen Personen und Eltern im späteren Erwachsenenalter dar (Bell & Eisenberg, 1985; Lang 1994; Boeger et al. 1999; Ningel et al., 2000; Strauß et al. 2000). Mehrere Studien kommen zu dem Ergebnis, dass kinderlose Personen über weniger umfassende soziale Netzwerke verfügen als Eltern. Sie leiden jedoch nicht generell unter größerer Einsamkeit, sozialer Isolation oder einer Beeinträchtigung ihres sozialen Wohlbefindens (O’Bryant 1987, Lang 1994; Koropecj-Cox, 1998). Im Hinblick auf die soziale Kontaktgestaltung zeigt sich, dass gerade kinderlose Personen im höheren Alter weitaus aktiver sind als Eltern. Diese festgestellte aktive Freizeitgestaltung gilt vor allem für niemals verheiratete Personen (Connidis & McMullin, 1993). Beyer et al. (2004) fanden keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich soziodemografischer Merkmale zwischen ungewollt kinderlosen und gleichaltrigen Frauen

¹¹ Als „Baby-take-home“-Rate wird die Anzahl der Geburten pro Anzahl durchgeführter Behandlungen in Prozent angegeben.

mit Kindern. Darüber hinaus konnten bezüglich der Partnerschaftszufriedenheit von Frauen keine Gruppenunterschiede konstatiert werden (Beyer et al. 2004).

In einigen wenigen Studien zeigen sich jedoch vereinzelt auch Unterschiede zwischen beiden Gruppen. Demnach leiden insbesondere kinderlose Männer, die geschieden oder verwitwet sind, unter heftigen Gefühlen von Einsamkeit. Sie zeigen sich zudem depressiver als verheiratete kinderlose Männer oder als kinderlose Frauen mit gleichem Familienstatus (Koropecj-Cox, 1998; Zhang & Hayward, 2001). Beyer et al. (2004) zeigt im Vergleich von Frauen mit Kindern zu ungewollt kinderlosen Frauen, dass letztere öfter unter Traurigkeit litten und häufiger Konzentrations- und Arbeitsstörungen, Nervosität, innere Anspannung sowie erhöhte Reizbarkeit berichteten. Ungewollt kinderlose Frauen klagten im Gegensatz zu Müttern häufiger über Unzufriedenheit mit der eigenen Person. In weiteren Studien berichteten kinderlose Frauen und Männer mit steigendem Lebensalter im Hinblick auf die Kinderlosigkeit überwiegend Gefühle des Bedauerns, der Einsamkeit und der fehlenden Kontinuität in ihrem Leben (Alexander et al., 1992; Lewis & Borders 1995). Betroffene waren jedoch ebenso in der Lage, die Vorteile eines Lebens ohne Kinder wahrzunehmen (Houser, Berkman & Beckman, 1984).

1.4 Die Behandlung und Begleitung ungewollter Kinderlosigkeit

1.4.1 Medizinische Therapieverfahren

Stimulationstherapie

Bei Störungen der Ovulation kann eine Stimulationstherapie mit Clomifen, Gonadotropinen oder GnRH erfolgen (Gruber, 2009). Bei eingeschränkter Zeugungsfähigkeit des Mannes gibt es bisher keine Medikamente, um Zahl und Beweglichkeit der Spermien nachweisbar zu verbessern (Thöne & von Hagens, 2006).

Operative Therapie

Eine Operation, die Aussicht auf (Wieder-)Herstellung der Fruchtbarkeit bietet, sollte nach Thöne & von Hagens (2006) als erste Behandlungsform in Erwägung gezogen werden.

So kann bei einigen Patientinnen mit Eileiterverschluss durch eine Operation die Eileiterfunktion wiederhergestellt werden. Gelegentlich werden operative Eingriffe nach Sterilisationen durchgeführt. Diese Refertilisierungsoperationen werden durch Laparoskopie oder mikrochirurgisch vorgenommen. Bei Fehlbildungen der Gebärmutter, Myomen (= gutartigen Gebärmutterknoten), Polypen (Schleimhautwucherungen) und inneren Verwachsungen sowie bei der Endometriose werden auch Operationen mit dem Ziel, die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft zu erhöhen, durchgeführt (Strauß, Brähler & Kentenich, 2004; Thöne & von Hagens 2006).

Technisch assistierte Reproduktion

Für die Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Behandlungen bestehen strenge juristische Rahmenbedingungen:

- Die zuständige Ärztekammer muss ihre Zustimmung erteilen,
- mindestens drei auf diesem Gebiet ausgebildete Ärzte und Ärztinnen müssen zusammenarbeiten,
- eine spezielle Laborausstattung muss vorhanden sein,
- der gesamte Vorgang muss ausführlich dokumentiert werden,
- der Verbleib der Eizellen und Embryonen kann jederzeit behördlich überprüft werden (Gruber, 2009).

Das deutsche Embryonenschutzgesetz legt enge Rahmenbedingungen fest. Es dürfen nicht mehr als drei Embryonen simultan transferiert und die Embryonen nicht nach Qualitätskriterien ausgewählt werden (z. B. mittels PID). Die Lagerung überzähliger Eizellen/ Embryonen bedarf der Einwilligung des Paares.

Insemination

Die intrauterine Insemination (IUI) wird vor allem in Fällen angewandt, in denen sich leichte Einschränkungen des Spermioграмms zeigen oder eine Unverträglichkeit des Gebärmutterhalsschleims mit den Spermien besteht. Vor der Insemination selbst findet häufig eine hormonelle Stimulationsbehandlung statt. Bei der Insemination wird kurz vor dem Eisprung gereinigtes, konzentriertes Sperma in einer Nährlösung mittels eines dünnen Katheters in die Gebärmutter eingebracht (Thöne & von Hagens, 2006). Bei der Anwendung einer Insemination lässt sich zwischen der homologen Insemination (mit dem Sperma des Partners) und der heterologen Insemination (Spendersperma) unterscheiden.

In-vitro-Fertilisation (IVF)

Bei einer IVF-Behandlung findet die Befruchtung der Eizellen nicht im Eileiter der Frau statt, sondern in vitro, d.h. in einem Brutschrank außerhalb des Körpers (Thöne & von Hagens, 2006). Um die Befruchtungschancen zu erhöhen, wird die Ovulation nach Stimulation medikamentös ausgelöst. Durch die Hormongabe reifen mehrere Eizellen – statt einer – heran (Kentenich, Seehaus & Strowitzki, 2002). Die Eizellen können auf verschiedene Weise gewonnen werden. Bei der laparoskopischen Follikelpunktion wird mit Hilfe eines Schnittes am Bauchnabel das Laparoskop in die Bauchhöhle eingeführt. Ferner wird mit Hilfe eines zweiten Schnittes an der Schamgrenze eine Zange eingeführt, die den Eierstock zur besseren Einsicht in die richtige Position bringt. Mit Unterstützung einer durch die Bauchdecke eingebrachten Punktionsnadel wird über einen daran befindlichen Schlauch die Follikelflüssigkeit abgesaugt und in ein steriles Glas geleitet. Der Eingriff geschieht unter Vollnarkose.

Die Follikelpunktion, die eine invasive Operation mit den damit einhergehenden Risiken darstellt, findet angesichts der Entwicklung des Vaginalscanners/ Ultraschallgerätes heute kaum mehr statt. Die Eizellentnahme mit Hilfe eines Vaginalscanners/ Ultraschallgerätes kann wegen der geringeren Risikobelastung als „minimal invasiver“ Eingriff bezeichnet werden. Bei der ultraschallgelenkten Follikelpunktion ersetzt das Ultraschallgerät das

Laparoskop. Für die Follikelpunktion wird eine Punktionskanüle durch die Bauchdecke oder durch die Scheide geführt. Eine andere Vorgehensweise sieht vor, dass der Ultraschallkopf in die Scheide eingeführt wird. Mit einer speziellen Punktionspistole werden die Follikel entnommen. Diese ultraschallgelenkten Follikelpunktionen erfolgen seit 1986 (Onnen-Isemann, 2000). Die gewonnenen Eizellen werden mit dem Ziel der Nachreifung in einem speziellen Kulturmedium in einen Brutschrank gegeben. Nach drei bis sechs Stunden wird das aufbereitete Spermium hinzugefügt. Vorkerne sind nach 16 bis 29 Stunden sichtbar. Das Embryonenschutzgesetz erlaubt - um eine Mehrlingsschwangerschaft auszuschließen - lediglich den Transfer von drei Embryonen (ESchG §1 Absatz 1(3)). Nach 40 bis 48 Stunden kann sich bereits ein Vierzeller gebildet haben. Die Eizellen im Vier- bis Achtzellstadium werden anschließend mittels eines Katheters durch die Scheide in die Gebärmutter transferiert (Onnen-Isemann, 2000; Gruber, 2009).

Nach Strauß, Brähler & Kentenich (2004) ist eine Indikation zur IVF gegeben: bei tubarer Insuffizienz, männlichen Fertilitätsstörungen, immunologischer und idiopathischer Infertilität sowie bei Endometriose. Sie wird mittlerweile jedoch auch nach drei bis sechs erfolglosen Inseminationen und ungeklärter Sterilität angewendet (Thöne & von Hagens, 2006).

Die Hauptkomplikation dieser Methode ist das Überstimulationssyndrom sowie Infektionen und Verletzungen infolge der Follikelpunktion (Gruber, 2009). Bei weniger als 1 % der Behandlungen kommt es zu einer Verletzung oder Infektion während der Punktion der Eibläschen (Thöne & von Hagens, 2006).

Eizellspende

Die Eizellspende ist eine Form der In-vitro-Fertilisation. Bei diesem Verfahren werden einer infertilen Frau Eizellen eingepflanzt, die von einer anderen Frau (Spenderin) stammen. Im Rahmen einer konventionellen IVF werden die Eizellen der Spenderin entnommen. Zuvor wurde sie hormonell stimuliert, damit mehrere Eizellen heranreifen. Anschließend erfolgt eine IVF mit dem Samen des Partners der Empfängerin. Die befruchtete Eizelle wird dieser eingesetzt.

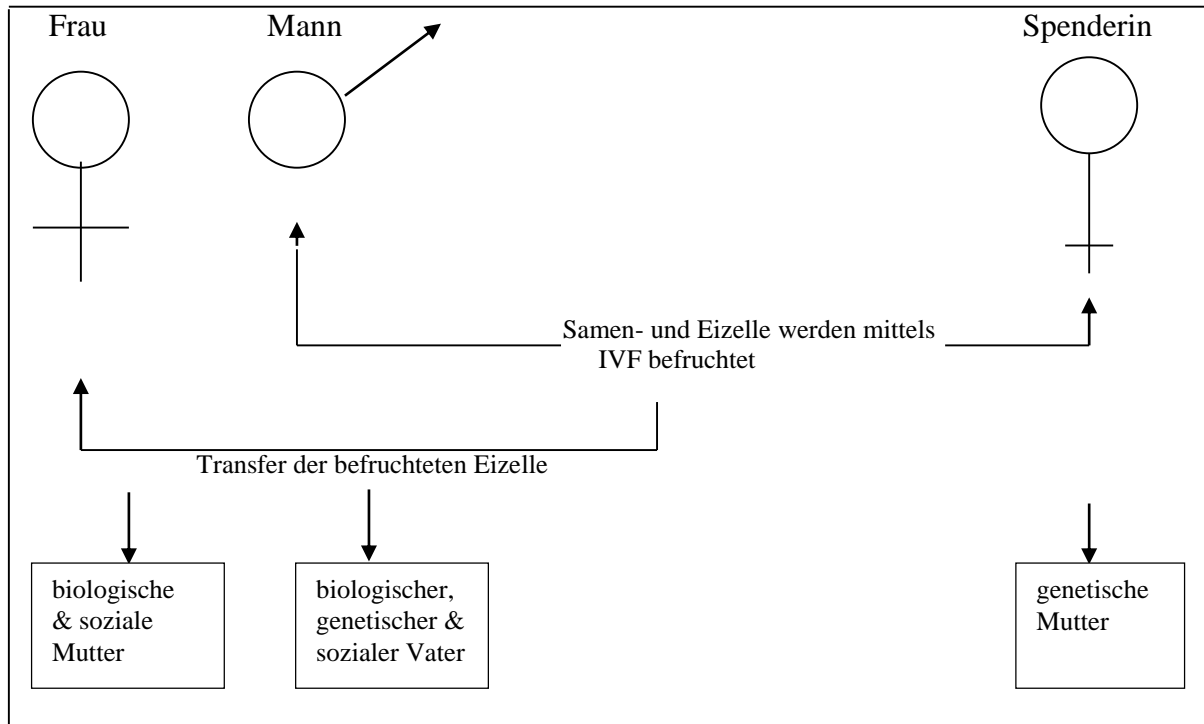


Abbildung 3.: Das medizinische Vorgehen bei einer Eizellspende und daraus resultierende Formen der Elternschaft

Eine Indikation zur Eizellspende ist gegeben:

- bei einem vorzeitigen Erlöschen der Eierstocksfunktion, wovon etwa 1 % aller Frauen im reproduktiven Lebensalter betroffen sind,
- im Falle genetischer und Autoimmunerkrankungen,
- nach erfolgter Krebstherapie,
- bei Patientinnen ohne Ovarien (nicht genetisch bedingt),
- bei Patientinnen nach multiplen Operationen im Bereich der Ovarien,
- bei Patientinnen mit Low-Response im Stimulationsverfahren sowie
- bei Patientinnen mit hohem Risiko einer X-chromosomal gebundenen Erkrankung (Katzorke, 2000; Kentenich & Billing, 2006).

Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)

Die intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) wurde 1992 von Palermo und van Steirteghem entwickelt (Thöne & von Hagens, 2006). Über eine Hormonstimulation mit anschließender Follikelpunktion werden zunächst mehrere Eizellen gewonnen. Unter einem speziellen Mikroskop wird ein einzelnes Spermium in eine sehr feine, hohle Glasnadel aufgesogen und direkt in die Eizelle gespritzt. Haben Befruchtung und Zellteilung

stattgefunden, wird die Eizelle in die Gebärmutter eingesetzt (Kentenich, Seehaus & Strowitzki, 2002). Diese Methode wird angewandt, wenn die Beweglichkeit und Menge der Spermien eingeschränkt ist. Die Spermien können aus dem Ejakulat, aus dem Nebenhoden (MESA) oder aus dem Hoden (TESE) gewonnen werden (ebd. 2002).

Gametentransfer (GIFT- Methode)

Wenn eine Störung des Eiaufnahmemechanismus vorliegt, wird der Gametentransfer vorgenommen. Die Oozyten werden per Punktion gewonnen. Die Fertilisation erfolgt in der Ampulle des Eileiters, nachdem die Oozyten zusammen mit Spermien im Eileiter platziert wurden. Im Gegensatz zur IVF ist der Gametentransfer demzufolge nur bei intaktem Eileiter durchführbar (Taubert, 1998).

1.4.1 Techniken im Rahmen reproduktionsmedizinischer Behandlung

Kryokonservierung

Bei der IVF- oder der ICSI-Behandlung und bei der Eizellspende können mehr Eizellen befruchtet werden, als in die Gebärmutter eingesetzt werden (dürfen). Diese überzähligen Eizellen kann man im Vorkernstadium für eine spätere Übertragung einfrieren und in flüssigem Stickstoff bei minus 196 Grad Celsius lagern. Weil im Vorkernstadium das Erbmateriale von Mutter und Vater noch nicht verschmolzen sind, ist noch kein Embryo entstanden. Erst nach dem Auftauen findet nach einiger Zeit im Brutschrank die Verschmelzung der Erbanlagen statt (Thöne & von Hagens, 2006).

„Assisted Hatching“

Zeigt sich mikroskopisch eine überdurchschnittlich dicke Eihaut, kann das Assisted Hatching (Schlüpfhilfe) angewandt werden. Dies ist insbesondere bei eingefrorenen und wieder aufgetauten Zellen der Fall und wenn Frauen über 38 Jahre alt sind. Mittels dieser Methode wird kurz vor dem Embryotransfer dem wachsenden Embryo das Verlassen der Eihülle erleichtert. Zu diesem Zweck wird die Umhüllung angeritzt oder ausgedünnt (Thöne & von Hagens, 2006).

1.5 Inter – und intrapsychisches Erleben nach der reproduktionsmedizinischen Behandlung

1.5.1 psychisches Erleben der reproduktionsmedizinischen Behandlung

Tägliche Injektion von Hormonen, wiederholte Ultraschalluntersuchungen und invasive Prozeduren sind nicht nur physisch, sondern auch psychisch sowie zeitökonomisch und finanziell eine große Herausforderung. Zudem erfüllt sich der Wunsch nach einem Kind auch nach häufigen invasiven Behandlungen im Durchschnitt lediglich bei 50 % der Paare (Thöne & von Hagens, 2006).

Studien, die das psychische Erleben im Rahmen einer reproduktionsmedizinischen Behandlung erfassen, konzentrieren sich zumeist auf Geschlechtsunterschiede (Edelmann & Connolly, 2000; Schmidt et al., 2003; Ragni et al., 2005; Verhaak et al. 2005 a; Holter et al., 2006; Peterson et al., 2006). Sie zeigen insbesondere hinsichtlich Angst und Depression Unterschiede auf, wobei Frauen sich als depressiver und ängstlicher erweisen (Edelmann & Connolly, 2000; Ragni et al., 2005; Holter et al., 2006; Peterson et al., 2006). Edelmann & Connolly (2000) sowie Ragni et al. (2005) betonen jedoch, dass dieses Ergebnis nicht wesentlich vom Zustand in der Allgemeinbevölkerung abweiche. In der Studie von Verhaak et al. (2005 a) zeigen sich bei Frauen im Zeitraum von vier Wochen nach dem Schwangerschaftstest bis zu sechs Monaten danach keine signifikanten Veränderungen hinsichtlich Ängstlichkeit und Depression. Bei Männern hingegen tritt nach erfolgreicher Behandlung ein signifikanter Abfall bei Depression auf.

Geschlechtsunterschiede werden häufig mit Stresserleben in Zusammenhang gebracht. Nach Peterson et al. (2006) berichten Frauen mehr sexuellen, infertilitätsbezogenen Stress als Männer. Schneider & Forthofer (2005) wiesen einen negativen Zusammenhang zwischen männlichem Geschlecht und ansteigendem Stress nach. Die Studien von Pook & Krause (2005) sowie von Edelmann & Connolly (2000) lieferten keinen Nachweis für eine Verbindung von Geschlecht und Stress. Es äußerte sich zudem keine Veränderung des Stressess während des beobachteten Zeitraums. Schneider & Forthofer (2005) zeigten hingegen, dass während der Behandlung vor allem das Selbstbewusstsein und die wahrgenommene Gesundheit mit Stress assoziiert waren. Stress war zu einem Zeitpunkt von

12 Monaten später mit der Gründung einer Familie assoziiert, 24 Monate darauf mit Faktoren der Behandlung, der Anzahl der Behandlungen und der Beziehung zu den Ärzten.

Was die Behandlungszufriedenheit angeht, zeigten sich gemäß der Studie von Sundby et al., (2007) 50 % mit der Behandlung zufrieden. Eine Untersuchung von Schmidt et al. (2005) über die Zusammenhänge der Zufriedenheit ergab, dass Frauen, deren Partner infertil waren, signifikant weniger mit der Behandlung zufrieden waren als Frauen mit fertilen Männern. Eine niedrigere soziale Schicht stellte sich zudem als signifikanter Prädiktor für höhere Zufriedenheit heraus.

1.5.2 Körperliche Determinanten der reproduktionsmedizinischen Behandlung

In der Regel finden im Rahmen der Behandlung Hormonstimulationen statt. Das Hauptrisiko von Hormonstimulationen besteht in einer Mehrlingsschwangerschaft. Mehrlinge tragen ein höheres Risiko für angeborene Fehlbildungen und erworbene Behinderungen infolge einer Frühgeburt. Späte Fehlgeburten, kindliche Todesfälle und mütterliche Komplikationen treten bei Mehrlingen wesentlich häufiger auf als bei Einlingen (Spidur, 2009).

In etwa 0,3 – 0,5 % aller stimulierten Zyklen tritt ein ovariell-Überstimulationssyndrom (OHSS) auf. Das OHSS wird durch ein Zusammenwirken mehrerer Gelbkörper hervorgerufen und ist potentiell lebensbedrohlich (Gruber, 2009). Es besteht die Gefahr einer Thrombose oder Embolie (Thöne & von Hagens, 2006), von Elektrolytverschiebungen, Aszites oder eines Hydrothorax, oft begleitet von vegetativen Reaktionen (Gruber, 2009).

1.5.3 Prognostische Kriterien für das Eintreten von Schwangerschaften bei ungewollt kinderlosen Paaren

Neben der psychischen und physischen Belastung, die eine IVF darstellt, ist die Wahrscheinlichkeit, eine Schwangerschaft zu erzielen, recht gering. Im Jahrbuch von 2006 des deutschen IVF-Registers (DIR) ist die „Baby-take-home“-Rate für das Jahr 2005 mit 16,86 % angegeben. Nach Strauß et al. (2004) führen diese geringen Erfolgsaussichten zu

Bemühungen, „psychologische Prädiktoren für eine erfolgreiche Behandlung zu identifizieren“ (S. 35).

Sowohl die ungewollte Kinderlosigkeit als auch die reproduktionsmedizinische Behandlung stellt jeweils einen hohen Stressfaktor dar. Etliche Studien befassen sich mit dem Einfluss von Stress auf das Ergebnis einer IVF-Behandlung. Panagopoulou et al. (2006) fanden beim Vergleich von Frauen, die nach einer IVF schwanger wurden, mit Frauen, bei denen keine Schwangerschaft eintrat, keine signifikanten Unterschiede. Die Studien von Milad et al. (1998) sowie Harlow et al. (1996) kommen ebenfalls zu dem Schluss, dass es keinen Zusammenhang zwischen erlebtem Stress und Schwangerschaft gibt. Bei Lee et al. (2001) hingegen führten die Untersuchungen zu dem Ergebnis, dass Stress die Wahrscheinlichkeit einer Konzeption reduziert. Klonhoff-Cohen et al. (2001) konstatieren zwar, dass Stress keinen Einfluss auf Schwangerschaft und Geburt hatte. Doch erwies sich in dieser Studie das Risiko, keine Geburt zu haben, für die Frauen, mit den besten Stresswerten als um 93 % geringer als für jene mit den schlechtesten Werten. Gallinelli et al. (2001) hingegen wiesen einen Zusammenhang zwischen anhaltendem Stress und einer reduzierten Implantationsrate nach einer IVF nach.

Hinsichtlich des Zusammenhanges mit einem bestimmten Coping-Stil zeigen die Studien sehr uneinheitliche Tendenzen. Panagopoulou et al. (2006) belegen, dass Frauen, deren Bewältigungsstrategie im Ausdrücken ihrer Gefühle bestand (emotional expressives Coping), seltener schwanger wurden als Frauen, die ihre Gefühle nicht zum Ausdruck brachten. De Klerk et al. (2008) schließen aus ihren Ergebnissen das genaue Gegenteil: Frauen, die vor der Behandlung weniger negative Gefühle ausdrückten, gebären seltener Kinder. In der Studie von Klonhoff-Cohen et al. (2001) zeigt sich ein differierendes drittes Ergebnis. Hier war der Coping-Stil nicht mit dem Behandlungsergebnis korreliert.

Die Studie von Domar et al. (2000) widmet sich der Frage nach dem Einfluss von Psychotherapie auf eine Schwangerschaft. Es wurden 184 randomisierte Patientinnen entweder einer kognitiv behavioralen Gruppe, einer unterstützenden Gruppe oder einer Kontrollgruppe zugeordnet. Die Schwangerschaftsrate der drei Gruppen wurde auf signifikante Unterschiede hin getestet. Während sich zwischen behavioraler und unterstützender Gruppe keine signifikanten Unterschiede zeigten, war der Unterschied beider

Gruppen zur Kontrollgruppe signifikant. Eingeschränkt wird das Ergebnis in seiner Aussage durch die Tatsache, dass es einen hohen Dropout in der Kontrollgruppe gab.

Was den Einfluss von Ängstlichkeit und Depression auf eine Schwangerschaft angeht, ergab sowohl die Studie von De Klerk et al. (2008) als auch die von Harlow et al. (1996), dass sich zwischen einem Behandlungsausgang und Angst- und Depressionswerten kein Zusammenhang nachweisen lässt. Smeenk et al. (2001) zeigten in ihrer Studie, dass sich die State- und Trait-Ängstlichkeitslevel wie auch die Depressionswerte im Normbereich befanden. Allerdings war eine signifikant negative Beziehung zwischen State-Ängstlichkeit und Schwangerschaft festzustellen. Hinsichtlich Depression zeigte sich ebenfalls eine signifikant negative Korrelation mit Schwangerschaft.

Ein Einfluss von Alter, Dauer der Infertilität und Art der Infertilität auf die Schwangerschaftsrate war weder nach De Klerk et al. (2008) noch nach der Studie von Panagopoulou et al. (2006) gegeben - im Gegensatz zu den Untersuchungen von Templeton et al. (1996) und denen von Macklon und Fauser (2004).

Alle oben referierten Studien sind in Bezug auf den Einfluss psychischer Faktoren und Verhältnisse sowie soziodemografischer Gegebenheiten uneindeutig. Diese Uneindeutigkeit ist jedoch in der Schlussfolgerung eindeutig, dass über psychische Faktoren oder soziodemografischen Merkmale als hinreichende Bedingung für das Eintreten einer Schwangerschaft keine Nachweise zu erbringen sind.

1.5.4 Befindlichkeit nach erfolgloser reproduktionsmedizinischer Behandlung

Studien, welche die Zufriedenheit zwei Wochen nach dem Schwangerschaftstest (Holter et al., 2006) oder zwölf Monate nach der Behandlung erfassen (Schmidt et al., 2003), zeigen einen positiven Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit im Allgemeinen wie auch der Zufriedenheit mit der medizinischen und patientenzentrierten Behandlung im Besonderen und dem Eintreten einer behandlungsbezogenen Schwangerschaft auf. Das bedeutet, dass schwangere Frauen hinsichtlich beider Aspekte zufriedener waren. Sundby et al. (2007) führten eine Fragebogenerhebung an Frauen durch, sich zehn Jahre zuvor einer IVF-Behandlung unterzogen hatten. Mit dem Abstand von zehn Jahren ließ sich kein signifikanter

Unterschied hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Behandlung zwischen den Frauen, die schwanger wurden, und jenen, bei denen keine Schwangerschaft eintrat, nachweisen. Holter et al. (2006), die sich auf eine Zeitspanne von zwei Wochen nach dem Schwangerschaftstest konzentriert hatten, zeigten, dass Frauen und Männer der nicht schwangeren Gruppe im Gegensatz zur schwangeren Gruppe signifikant mehr Gefühle von Machtlosigkeit berichteten. Frauen der nicht schwangeren Gruppe erfuhren signifikant mehr Schuld, Ärger, Frustration und Isolation. Bei ihnen zeigten sich signifikant weniger Fröhlichkeit und Selbstbewusstsein als bei schwangeren Frauen. Die Männer der nicht schwangeren Gruppe fühlten signifikant mehr Ärger und Machtlosigkeit sowie weniger Fröhlichkeit. Eine Langzeitstudie von Verhaak et al. (2005 a) zeigte, dass bei nicht schwangeren Frauen im Zeitraum von vor der Behandlung bis vier Wochen nach dem Schwangerschaftstest sowohl Ängstlichkeit als auch Depression anstiegen. Bei schwangeren Frauen hingegen sanken im selben Zeitraum Ängstlichkeit und Depression. Männer zeigten nach erfolgreicher Behandlung ebenfalls einen Abfall an Depression. Eine erneute Erhebung sechs Monate später konnte keine Veränderung der Werte nicht schwangerer Frauen aufzeigen. Diese Ergebnisse sprechen insgesamt gegen einen sechs Monate nach der Behandlung eintretenden Erholungseffekt.

Zwei Studien gingen der Fragestellung nach, ob sich ein „Erholungseffekt“ zu einem späteren Zeitpunkt einstellt. Sundby et al. (2007) untersuchten Frauen zehn Jahre nach einer IVF-Behandlung. Sie unterschieden sich hinsichtlich allgemeiner Gesundheit nicht von der Allgemeinbevölkerung. 66 % berichteten, dass die Unfruchtbarkeit sie in den letzten Jahren depressiv und unglücklich gemacht habe. Von diesen waren 34 % der Ansicht, dies sei sehr oft vorgekommen. 66 % fanden es noch immer schwierig, mit anderen Personen über diese Zeit zu sprechen. Nur 52 % gaben an, gegenwärtig andere Lebensinhalte zu haben. Zwar wird bei diesen Häufigkeitsangaben kein expliziter Unterschied zwischen denjenigen gemacht, die schwanger wurden, und jenen, denen das bis dahin nicht gelungen war. Die Ergebnisse zeigen aber, dass sich nicht so leicht eine Erholung von der Infertilität einzustellen scheint.

Wirtberg et al. (2007) untersuchten im Rahmen einer qualitativen Studie auf Grundlage der gleichen Fragestellung 14 schwedische Frauen 20 Jahre nach ihrer reproduktionsmedizinischen Behandlung. Die im Durchschnitt 52 Jahre alten Frauen berichteten, dass die Kinderlosigkeit einen großen Einfluss auf ihr Leben hatte und sogar ein Hauptthema war. Drei der Frauen wurden noch zum Zeitpunkt der Befragung vom

Kinderwunsch völlig dominiert. Etliche Frauen erwähnten, dass sie sich anderen Frauen unterlegen fühlten und ein angeschlagenes Selbstbewusstsein hätten.

Was die Beziehung infertiler Paare angeht, kommen Sydsjö et al. (2005) im Rahmen ihrer Langzeitstudie zu dem Schluss, dass Paare über den gesamten Erhebungszeitraum eine stabile Beziehung zeigen.

In this study we found, that couples going through IVF treatment that does not lead to pregnancy have a solid and stable relationship at their beginning of treatment and after termination of treatment. (S. 1954)

Der letzte Messzeitpunkt fand im Rahmen dieser Untersuchung eineinhalb Jahre nach der letzten IVF-Behandlung statt. Wirtberg et al. (2007), die Frauen 20 Jahre nach der letzten IVF befragten, stellten fest, dass sich bei der Hälfte der Frauen der Mann trennte. Fast alle Frauen brachten die Trennung mit ihrer Unfruchtbarkeit in Verbindung. Sundby et al. (2007) bestätigen diesen Befund durch ihre Äußerung, dass 56 % der (zehn Jahre nach ihrer IVF) untersuchten Paare eine Scheidung in Erwägung zogen. Hier sei jedoch angemerkt, dass sich diese Paare nicht wesentlich häufiger scheiden ließen als die übrige Bevölkerung.

Es finden sich zahlreiche Studien, aufgrund derer konstatiert wird, dass ungewollt Kinderlose nach erfolgloser Behandlung stark belastet sind. Was sowohl der wissenschaftlichen als auch der Betroffenenliteratur fehlt, ist eine konkret auf diese Lebensphase bezogene Auseinandersetzung mit Trauerarbeit.

1.5.5 Psychosoziale und medizinische Faktoren im weiteren Verlauf nach erfolgreicher reproduktionsmedizinischer Behandlung

1.5.5.1 Schwangerschaft und Geburt

Vereinzelt zeigte sich, dass Frauen, die eine IVF in Anspruch nahmen, einen längeren Krankenhausaufenthalt nach der Entbindung hatten (Koivurova et al., 2002; Ulrich et al., 2004) oder bereits während der Schwangerschaft längere Krankheitsurlaube benötigten (Sydsjö et al., 2002; Ulrich et al., 2004). In letzterem Fall waren komplizierte und Mehrlingsschwangerschaften sowie vorgeburtliche Kontraktionen die Ursache. Die Risiken

für Schwangerschaftskomplikationen (EPH-Gestose, vorzeitige Wehentätigkeit, intrauterine Wachstumsverzögerung, Krankenhausaufenthalte während der Schwangerschaft) steigen bei Vorliegen einer Mehrlingsschwangerschaft deutlich (Strauß & Beyer, 2004). Middelburg et al. (2008) argumentieren jedoch, dass die häufiger auftretenden Mehrlingsschwangerschaften bei IVF hierbei nicht ursächlich sein können, weil die Tendenz zu Schwangerschaftskomplikationen auch für Einlinge gelte.

Pecks, Maass & Neulen (2011) führten anhand von 28 Publikationen (die 2308 Entbindungen nach Eizellspende einschlossen) eine Meta-Analyse mit der Fragestellung durch, ob eine Eizellspende das Risiko für hypertensive Schwangerschaftserkrankungen (HES) bedingt.

Die Inzidenz der HES liegt in der Durchschnittsbevölkerung bei 5 – 7 %. Eine erhöhte Inzidenz der HES wird auch den ursächlichen Faktoren der Kinderlosigkeit wie erhöhtes maternales Alter oder primäre Sterilität der Frau zugeschrieben. Aus lediglich 15 Studien ließ sich das durchschnittliche Alter aller Patientinnen ermitteln, das bei 42,1 Jahren lag. Die Rate der HES betreffend aller 2308 Entbindungen nach Eizellspende betrug 22,6 %. In elf Arbeiten wurden die Schwangerschaftsverläufe von 644 Oozytenempfängerinnen mit einer Kontrollgruppe (N = 2320) verglichen. Im Vergleich zu Frauen der Kontrollgruppe, die eine reproduktionsmedizinische Behandlung erhalten hatten, betrug das Odds Ratio (OR) für die Entwicklung einer HES nach Eizellspende 2,57 (95 %, Konfidenzintervall [KI] 1,91 – 3,47). In Arbeiten, in denen in der Kontrollgruppe nicht zwischen spontaner Konzeption und reproduktiver Therapie unterschieden wurde, lag das OR für eine HES nach Eizellspende bei 6,60 (95 %, KI 4,55 – 9,57). Neun Arbeiten berechneten einen Anteil an HES bei Einlingen von 24 %, demgegenüber die Mehrlingsschwangerschaften der Eizellspendegruppe fast doppelt so oft durch HES betroffen waren. Diese Ergebnisse sprechen für ein erhebliches Risiko für HES nach Eizellspende (Pecks, Maass & Neulen, 2011; S. 23). Die Untersuchungen von Van Balen et al. (1996) verdeutlichen aber, dass bei IVF-Müttern während der Schwangerschaft nicht häufiger Komplikationen auftreten als bei anderen Frauen. Dies gilt jedoch ausschließlich für Frauen gleichen Alters. Ließe man das Alter unberücksichtigt, hätten IVF-Mütter häufiger Komplikationen während der Schwangerschaft.

Während des IVF-Prozesses ist der Embryo mechanischen, thermischen und chemischen Veränderungen ausgesetzt. Angesichts dieses Umstandes wird befürchtet, dass eben diese Faktoren zu einem Anstieg des Risikos von Geburtsfehlern führen (Koivurova et al., 2002).

Diverse Studien sind der Frage nachgegangen, ob nach einer IVF im Vergleich zu Spontanschwangerschaften vermehrte pränatale oder perinatale¹² Risiken auftreten (Strauß et al. 2004).

Im Rahmen der dänischen Studie von Wisborg et al. (2010) wurde zwischen 1989 und 2006 der Verlauf von 20166 Schwangerschaften verfolgt. Die Autorinnen und Autoren stellten fest, dass nach Inanspruchnahme von IVF/ICSI die Rate der Fehlgeburten viermal so hoch war, wie nach spontaner Empfängnis. Die erhöhte Rate der Frühgeburten und anderer Schwangerschaftskomplikationen erklärten sie mit Einlingsschwangerschaften, die in den ersten Schwangerschaftswochen noch als Zwillingschwangerschaften angelegt waren (vanished twins). Studien, welche IVF-Kinder mit solchen Kindern vergleichen, die nach natürlicher Konzeption entstanden, zeigen im Hinblick auf das Geburtsgewicht und den Geburtszeitpunkt eine eindeutige Tendenz. Die nach einer IVF geborenen Kinder weisen zumeist ein geringeres Geburtsgewicht auf und werden häufig früher geboren als Kinder, die ohne medizinische Unterstützung empfangen wurden (Koudstaal, 2000 a; Koudstaal, 2000 b Zuooa et al., 2001; Serafin, 2001; Koivurova et al., 2002; Ulrich et al.2004; Middelburg et al., 2008) Das geringere Gewicht wird häufig mit dem früheren Geburtstermin und/oder der höheren Anzahl an Mehrlingsschwangerschaften begründet.

Sydsjö et al. (2002) konnten keine Unterschiede hinsichtlich der Gesundheit Neugeborener zwischen IVF- und Spontangeburt feststellen. Selbst bei einem Vergleich von IVF-Zwillingschwangerschaften und „normalen“ Zwillingschwangerschaften konnte kein Unterschied hinsichtlich perinataler Sterblichkeit und allgemeiner Krankhaftigkeit festgestellt werden (Koudstaal et al., 2000 b).

Zur Frage eventueller Erkrankungen von Kindern, die durch IVF gezeugt wurden, haben Middelburg et al. (2008) eine Literaturübersicht erstellt. Aus dem Vergleich von 59 zwischen 1978 und 2007 publizierten Studien zogen die Autoren den Schluss, dass sich infolge einer IVF/ICSI per se bei den Kindern kein Anstieg der Risiken für kognitive Schädigungen, neuromotorische Störungen oder Verhaltensprobleme zeige. Vereinzelt Studien wiesen aber eine erhöhte Krankheitsanfälligkeit für IVF-Kinder auf. So konstatierten Koivurova et al. (2002), dass die Sterblichkeitsrate bei IVF-Kindern doppelt so hoch sei wie in der

¹² Als Perinatalperiode wird der Zeitpunkt zwischen der 28. Schwangerschaftswoche und dem 7. Tag nach der Geburt bezeichnet.

Kontrollpopulation. Das Auftreten von Störungen am Herzen war ihrer Studie zufolge in der IVF-Gruppe vervierfacht. Zuppa et al. (2001) zeigten bei einem Vergleich von IVF-Zwillingen und spontanen Zwillingschwangerschaften, dass die einer künstlichen Befruchtung entstammenden Kinder häufiger an Atembeschwerden litten. Dieser Befund stand unabhängig von Alter und Geburtsgewicht. Ojvind et al., (2005) verglichen 442349 auf natürliche Weise gezeugte Kinder mit 6052 IVF-Kindern. Letztere zeigten zwar einen erhöhten Anteil an cerebralen Lähmungen und gegenüber ersteren eine doppelt so hohe Wahrscheinlichkeit für Schlafstörungen. Bei allen anderen Erkrankungen wurden jedoch keine Unterschiede festgestellt.

Queißer-Luft & Spranger (2006) weisen darauf hin, dass die internationale Literatur ein erhöhtes Fehlbildungsrisiko nach ICSI konstatiere. Sie zitieren dazu Autorinnen und Autoren für den Zeitraum von 1997 bis 2004, die ein relatives Risiko (RR) für eine Fehlbildung nach ICSI mit Werten zwischen 1,24 und 2,8 angeben. Laut Deutschem IVF- Register (DIR) stammen die aktuellsten Ergebnisse für Fehlbildungsraten aus dem Jahr 2005. Von allen infolge einer IVF geborenen Kinder wies ein Anteil von 0,72 % eine Fehlbildung auf. Ein Vergleich internationaler Fehlbildungsraten ist wegen unterschiedlicher Klassifikation von Fehlbildung sowie unterschiedlicher Länge der Erhebungszeiträume nicht möglich (Koivurova et al., 2002). So beträgt die Fehlbildungsrate in der Studie von Koivurora et al. (2002) aus London bei den IVF-Kindern 6,6 % und bei der Kontrollgruppe 4,4 %. Serafini (2001) aus Brasilien konstatierte hingegen eine Fehlbildungsrate von 1,82 % bei IVF-Kindern. Die höheren Fehlbildungsraten bei Koivurora et al. (2002) erklären sich beispielsweise dadurch, dass hier Informationen bis ins dritte Lebensjahr des Kindes mit einbezogen wurden, was bei Serafini (2001) nicht der Fall war. Eine Studie von Bonduelle et al. (2002) mit insgesamt 5884 Kindern zeigte Fehlbildungen bei 4,6 % nach IVF und 4,2 % nach ICSI. Hansen et al. (2002) fanden eine erhöhte Fehlbildungsrate nach IVF (9 % der Neugeborenen) und ICSI (8,6 %) gegenüber spontan entstandenen Schwangerschaften (4,2 %). Ludwig & Katalinic (2002) stellten bei 8,6 % der Neugeborenen nach ICSI im Vergleich zu 6,9 % in der Kontrollgruppe Fehlbildungen fest.

Die am häufigsten vertretene These hinsichtlich der Ursachen für angeborene Störungen bezieht sich auf Imprintingdefekte (Propping, 2003; Schuh, 2004). Das Imprinting steuert bzw. regelt die Gene. Alle Gene werden sowohl väterlicherseits als auch mütterlicherseits vererbt. Da aber entweder nur das väterliche oder nur das mütterliche Gen benötigt wird, wird

das jeweils andere deaktiviert. Imprinting legt fest, ob und wann Gene aktiviert oder deaktiviert werden. Funktioniert dieser Mechanismus nicht, entstehen Fehlbildungen, die tödlich sein können. In der frühen embryonalen Entwicklung werden alle Gene an- bzw. ausgeschaltet. Etliche Beobachtungen lassen es möglich erscheinen, dass eine Reihe angeborener Syndrome die Folge von Imprintingstörungen sind, die nach IVF/ICSI auftreten (Cox et al., 2002; De Baun et al., 2003; Maher et al., 2003; Orstavik et al., 2003).

Es besteht begründeter Verdacht, dass Imprintingkrankheiten, wie zum Beispiel Beckwith-Wiedemann- und Angelman-Syndrom bei Kindern, die durch IVF oder intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) gezeugt wurden, gehäuft vorkommen. (Haaf 2003, S. 2307)

Rossignol et al. (2006), Sutcliffe et al. (2006) sowie Maher (2005) gehen ebenfalls von diesem Zusammenhang aus. Als Beispiele für Erkrankungen infolge von Imprintingdefekten nennen sie das Beckwith-Wiedemann-Syndrom und das Angelman-Syndrom. DeBaun et al. (2003), Cicquel et al. (2003) und Maher et al. (2003) berichten von einer 3- bis 6-fach erhöhten Rate bei Neugeborenen nach IVF/ICSI im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung.

Andere Autorinnen und Autoren publizierten eine Widerlegung jener These (Ojvind et al., 2005; sowie Bowdin et al., 2007). Bowdin et al. (2007) untersuchten 1524 Kinder, die nach reproduktionsmedizinischer Behandlung geboren wurden, auf die oben erwähnten Erkrankungen. Im Rahmen dieser Untersuchung wurde ein Fall eines Beckwith-Wiedemann-Syndroms festgestellt. Ein Kind mit Angelman-Syndrom wurde nicht entdeckt. Aus diesen Daten schließen die Autoren, dass Imprintingdefekte nach künstlicher Befruchtung eher die Ausnahme sind (< 1 %). Sie geben jedoch zu, dass eine präzise Risikoabschätzung nicht möglich ist, da die Erkrankungen zu selten auftreten. Das Angelmann-Syndrom tritt mit einer Wahrscheinlichkeit von 1: 15 000 auf. Von diesen werden lediglich 4 % durch Imprintingdefekte hervorgerufen. Damit beträgt die durch Imprintmutation hervorgerufene Inzidenz 1: 375 000. Um bei einem 3-fach erhöhten Risiko ein Kind zu finden, müssten 125 000 IVF/ICSI Kinder untersucht werden. Nach einer entsprechenden Berechnung bräuchte man eine Studienpopulation von 7000 IVF/ICSI Kindern, um dieses eine Kind mit einem Beckwith-Wiedemann-Syndrom zu finden (Dufke & Rieß, 2004). Derartige Studien wurden bisher nicht durchgeführt, womit die Imprintingthese derzeit weder nachgewiesen noch widerlegt ist. Studien mit solch hohen Fallzahlen wie auch Langzeitstudien werden von Experten für „dringend erforderlich“ gehalten (Propping, 2003; Dufke & Rieß, 2004).

Ein weiterer Kritikpunkt von Middelburg et al. (2008) sowie Dufke / Rieß (2004) bezüglich vorhandener Studien ist, dass diese sich ausschließlich auf Erkrankungen bei der Geburt und der frühen Kindheit konzentrieren. Bei Erkrankungen, die durch fehlerhaftes Imprinting hervorgerufen werden, müssen bei der Geburt keine klinischen Auffälligkeiten bestehen (Dufke & Rieß, 2004).¹³ Des Weiteren konnten Störungen, die erst im Schulalter auftreten – wie z.B. Legasthenie – nicht in die Fehlbildungsrate vorhandener Studien mit einbezogen werden.

1.5.5.2 Partnerbeziehung

Paare, die nach mehrjähriger Sterilitätsbehandlung ein Kind erwarten, befinden sich - wie andere Eltern auch - vor der Entwicklungsaufgabe, den Übergang von der Partnerschaft zur Elternschaft zu bewältigen (Bleich, 1996). Darüber hinaus sehen sich ehemals unfruchtbare Paare damit konfrontiert, das Selbstverständnis von steril zu fertil zu ändern (Ulrich et al., 2004). Was die eheliche bzw. partnerschaftliche Zufriedenheit betrifft, zeigt sich im Rahmen von Vergleichsuntersuchungen zwischen IVF-Paaren und Eltern nach natürlicher Konzeption ein recht positives Bild. Die Studie von Sydsjö et al. (2002) bescheinigte IVF-Paaren eine stabilere Beziehung, gegenüber der Kontrollgruppe, die einen Abstieg ehelicher Zufriedenheit erlebte. Repokari et al. (2007) konnten keine signifikanten Gruppenunterschiede hinsichtlich der Zufriedenheit mit der Beziehung zwischen Eltern nach IVF/ICSI und Eltern nach natürlicher Konzeption finden. Lediglich Frauen, die nach reproduktionsmedizinischer Behandlung eine Fehlgeburt erlitten, berichteten eine geringe eheliche Zufriedenheit. Ulrich et al. (2004), die ausschließlich IVF-Paare untersuchten, und zwar zu drei Messzeitpunkten, konstatierten einen hohen Grad an Zufriedenheit im letzten Trimester der Schwangerschaft. Die Zufriedenheit sank bis drei Monate nach der Geburt und war zwölf Monate nach der Geburt wieder am Ausgangspunkt. Bindt et al. (2000) verglichen den Verlauf der Partnerschaftszufriedenheit zwischen IVF-Eltern und Eltern nach spontaner Konzeption. Es zeigte sich insofern ein Unterschied, als in der Kontrollgruppe die Partnerschaftskrise im ersten Jahr nach der Geburt eintrat. Bei den IVF-Frauen äußerte sich diese Form der Unzufriedenheit erst im zweiten und dritten postpartalen Jahr. Die Studie von Gibson et al. (2000) weist zu den obigen Studien konträre Ergebnisse auf. Ein Jahr nach der Geburt

¹³ Tumor- und Krankenregister erfassen üblicherweise nicht die Art der Konzeption. Aufgrund des Datenschutzes ist in Deutschland eine Zusammenführung bestehender Daten nicht möglich.

beschrieben IVF-Väter im Vergleich zu den Vätern der Kontrollgruppe weniger zufriedenstellende Beziehungen.

Im Sexualleben der Paare äußert sich eine solch eindeutig positive Tendenz nicht in dieser Form. Die Studien von Repokari et al. (2007) und Ulrich et al. (2004) erfassten die Zufriedenheit hinsichtlich der Sexualität über die gleichen Erhebungszeiträume. Während Repokari et al. (2007) feststellten, dass sich in der Kontrollgruppe ein sinkendes sexuelles Interesse zeigte, konnte dies für die Gruppe der IVF-Eltern nicht beobachtet werden. In der Studie von Ulrich et al. (2004) hingegen, kommt ein anderes Bild zustande. Im letzten Trimester der Schwangerschaft waren IVF-Paare weniger zufrieden mit ihrer Sexualität als die Paare der Kontrollgruppe. Drei Monate nach der Geburt wie auch zwölf Monate nach der Geburt unterschieden sich die Frauen nicht voneinander. Die Männer der IVF-Gruppe berichteten jedoch drei Monate nach der Geburt eine höhere Unzufriedenheit mit ihrem Sexualleben als die Kontrollgruppe.

Obwohl Ulrich et al. (2004) zeigte, dass IVF-Paare im Gegensatz zu Eltern nach natürlicher Konzeption eine traditionellere Rollenverteilung zwischen den Geschlechtern bevorzugten, kommen sie zu dem Schluss

The partnership of the IVF group are marked by the stability and the satisfaction of the couples. In their experiences of pregnancy, the couples of the IVF group did not differ essentially from those of other future parents. (S. 111)

Insgesamt erweisen sich IVF-Paare gegenüber Paaren nach natürlicher Konzeption demnach als sehr ähnlich. Ulrich et al. (2004) stellen diese auffällige Unauffälligkeit der Paare heraus: „*The most striking characterization was the inconspicuousness of the IVF couples.*” (S. 109) An dieser Stelle sei methodenkritisch angemerkt, dass die Paare im Rahmen der Untersuchung(en) ein Screening durchliefen, bevor sie zur IVF akzeptiert würden (Sydsjö et al., 2002).

Menschen, die eine infertile Phase trotz Kinderwunsch durchleben und diese (mit reproduktionsmedizinischer Unterstützung) überwinden, scheinen sich als Eltern junger Kinder nicht mehr von Eltern nach natürlicher Konzeption zu unterscheiden. Colpin & Soenen (2002) konstatieren keine Unterschiede zwischen IVF-Familien und Kontrollfamilien nach natürlicher Konzeption, deren Kind zwei Jahre alt war -

weder im kindlichen noch im elterlichen Verhalten, noch im erlebten Stress oder in den elterlichen Zielen

Eine andere Studie (Colpin et al., 1999), die ausschließlich Erstmütter einjähriger Zwillinge in die Erhebung einschloss, kam hingegen zu dem Ergebnis, dass Mütter nach IVF-Behandlung höhere Stresslevel und geringere Werte für psychosoziales Wohlbefinden aufwiesen als Zwillingsmütter nach natürlicher Konzeption. Tully et al. (2003) hingegen, die Eltern von IVF-Zwillingen im Schulalter mit einer Kontrollgruppe verglichen, fanden allerdings keine signifikanten Unterschiede im elterlichen Anpassungsverhalten.

Golombok et al. (2004, 2005) widmeten sich ausgiebig der Effekte einer Eizellspende auf elterliche Erfahrungen. Frauen, die mittels Eizellspende Mütter wurden, zeigten positivere Eltern-Kind-Beziehungen und ein größeres emotionales Engagement im Hinblick auf das Kind im Alter von neun bis zwölf Monaten (Golombok et al., 2004). Bei Kindern im Alter von zwei Jahren zeigten Mütter nach Eizellspende im Vergleich zu Müttern nach natürlicher Konzeption einen größeren Trend in Richtung Freude am Kind (Golombok et al., 2005). Es äußerten sich zudem keine Unterschiede in der Qualität der Eltern-Kind-Beziehung und der sozial-emotionalen Entwicklung von zwölfjährigen Kindern bei Müttern, die eine IVF in Anspruch genommen hatten, im Verhältnis zu Müttern nach Eizellspende.

Um die Auswirkung einer Eizellspende auf das Kindeswohl adäquat einschätzen zu können, reicht die vorhandene Datenlage trotz einer 20-jährigen Praxis mit mehr als 100 000 Behandlungszyklen nicht aus (Sauer & Kavic, 2006). Aus diesem Grund werden mehr Langzeitstudien eingefordert (Söderström- Anttila et al., 2009). Auch bezüglich der weiteren Identitätsentwicklung im Jugend- und Erwachsenenalter von Nachkommen einer Eizellspende bestehen noch offene Fragen (Turner & Coyle, 2000).

1.6 Soziale Alternativen

1.6.1 Adoption

1.6.1.2 Voraussetzungen einer Adoption

Die Adoption stellt eine Möglichkeit dar, sich den Wunsch zu erfüllen, mit einem Kind zu leben. Der § 1741 II BGB enthält detaillierte Angaben über den Personenkreis, der Kinder adoptieren darf. Dies kann bei unverheirateten Personen nur eine Person sein, bei verheirateten Personen das Ehepaar gemeinsam. Zudem kann ein Ehepartner das leibliche Kind des anderen Partners adoptieren. Das erklärte Ziel des Gesetzgebers ist jedoch, die Adoption „*einem natürlichen Eltern-Kind-Verhältnis möglichst gleich zu gestalten*“. Das räumt einer Adoption durch ein Ehepaar eine „*Vorrangstellung*“ ein (Oberloskamp & Hoffmann 2006, S. 105). Die untere Altersgrenze bei einem Ehepaar liegt bei dem potentiellen Elternteil bei 25 Jahren und bei dem anderen bei 21 Jahren (§§ 1741, 1743 BGB).

Zur Komplexitätsreduktion soll im Folgenden das verheiratete heterosexuelle Ehepaar als Ausgangspunkt dienen, welches ein fremdes, minderjähriges Kind annehmen möchte, weil es sich selbst nach einer langen Zeit ungewollter Kinderlosigkeit nicht mehr in der Lage sieht, ein leibliches Kind zu bekommen. Nach Angaben von Hoksbergen (2006) sind etwa 90 % aller Bewerber ungewollt kinderlos oder es wurde ihnen aus gesundheitlichen Gründen von einem zweiten Kind abgeraten.

Adoptionen dürfen nach dem Adoptionsvermittlungsgesetz in der Fassung vom 01.12.1989 von Jugendämtern und Landesjugendämtern, der Adoptionszentrale des Diakonischen Werkes, dem Caritasverband, der Arbeiterwohlfahrt und der Adoptionszentrale des Sozialdienstes katholischer Frauen vermittelt werden. Anderen Einrichtungen, Einzelpersonen oder privatrechtlich organisierten Unternehmen ist die Adoptionsvermittlung untersagt (§ 5 AdVermiG).

Die Adoptionsvermittlungsstelle überprüft Adoptionsbewerber auf ihre Eignung. Das Adoptionsverfahren selbst wird erst durch persönlichen, notariell beurkundeten Antrag der Adoptionswilligen beim Vormundschaftsgericht eingeleitet (Balloff, 2004).

Die von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter (BAGLJÄ) ausgearbeiteten „Empfehlungen zur Adoptionsvermittlung“ verlangen die Überprüfung folgender Voraussetzungen bei den Bewerbern:

- 6 Die Bewerber/innen sollten den Nachweis erbringen, dass ein Aufwachsen des Kindes in ihrer Familie ökonomisch abgesichert ist;
- 7 es sollte eine kindgerechte Umgebung mit Kontaktmöglichkeiten zu anderen Kindern gegeben sein;
- 8 es sollten Bewerber/innen bevorzugt werden, die in der Lage sind, ihre berufliche Tätigkeit den Bedürfnissen des Kindes anzupassen;
- 9 die Religionszugehörigkeit des Kindes ist, soweit sie durch die leiblichen Eltern bestimmt ist, zu beachten (Gesetz über die religiöse Kindererziehung vom 15.07.1921, RGBl. 1921 S. 939, BGBl. III 4 Nr. 404-409),
- 10 es muss gewährleistet sein, dass Bewerber/innen über einen längeren Zeitraum hinweg physisch und psychisch in der Lage sind, die erzieherische und pflegerische Versorgung des Kindes sicherzustellen;
- 11 es ist zu klären, inwieweit das soziale Umfeld (Freunde, Nachbarn, Verwandte) als Stützsystem in Krisen- und besonderen Belastungssituationen zur Verfügung steht;
- 12 die Bewerber/innen haben der Adoptionsvermittlungsstelle ein polizeiliches Führungszeugnis vorzulegen;
- 13 bereits vorhandene Kinder sind in die Beurteilung mit einzubeziehen;
- 14 Überprüfung der partnerschaftlichen Stabilität. In diesem Rahmen ist es wichtig, mit den Bewerbern/innen die Entwicklung ihrer Beziehung sowie ihre Konfliktbewältigungsstrategien zu reflektieren.
- 15 Die erziehungsleitenden Vorstellungen und Wertvorstellungen der Bewerber/innen sind festzustellen, ferner der persönliche Erziehungsstil und die eigenen Erziehungserfahrungen der Bewerber;
- 16 es ist zu klären, welche Funktion die Aufnahme eines Kindes für das Paar hat,
- 17 es sollte unter folgenden Gesichtspunkten Einblick in die Persönlichkeitsstruktur der Bewerber/innen genommen werden:
 - Umgang mit ungewollter Kinderlosigkeit,
 - Fähigkeit, sich auf die Bedürfnisse eines Kindes einzustellen,
 - Fähigkeit, sich in das Kind hineinzusetzen,
 - Akzeptanz gegenüber den Herkunftseltern,
 - Bereitschaft zur Aufklärung des Kindes über seine Abstammung (Oberloskamp & Hoffmann, 2006).

Die gesetzlichen Vorgaben, die bei der Adoption eines Kindes zu erfüllen sind, sind im bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) in der ab 01.01.1977 gültigen Fassung des Familienrechtes §§ 1741-1772 festgelegt. Die Annahme als Kind wird vom Vormundschaftsgericht nach gutachterlicher Stellungnahme der Vermittlungsstelle auf Antrag des bzw. der Annehmenden ausgesprochen.

Nach § 1741 I 1 Satzteil 1 BGB müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

(1) Die Annahme als Kind ist zulässig, wenn sie dem Wohl des Kindes dient und zu erwarten ist, daß zwischen dem Annehmenden und dem Kind ein Eltern-Kind-Verhältnis entsteht [...].

Die Begriffe „*Kindeswohl*“ und „*Eltern-Kind-Beziehung*“ lassen dem Rechtsanwender einen breiten Spielraum, „*der dazu führt, dass gleich gelagerte Fälle von Adoptionsvermittlungsstellen (...) durchaus unterschiedlich behandelt werden können*“ (Oberloskamp & Hoffmann, 2006, S. 119).¹⁴ Nach Angaben von Bach (2006) hat das folgende Konsequenzen:

Es werden Tausende von Adoptionsbewerbern auf ihre generelle Eignung hin überprüft, ohne dass für sie ein Kind zur Vermittlung vorgesehen ist oder in absehbarer Zeit vorgeschlagen werden könnte. Mehr als 10000 Bewerber warten derzeit vergeblich auf die Vermittlung eines Adoptivkindes. Angesichts von knapp 2000 Fremdoptionen, die die letzte amtliche Statistik der Adoptionen ausweist, liegt es auf der Hand, dass die Chance, jemals ein Kind adoptieren zu können, für viele dieser überprüften Bewerber gegen Null tendiert. (S. 217)

Die Anzahl der Adoptionsbewerber übersteigt die Anzahl familienfremder Kinder in etwa um ein Sechsfaches (Oberloskamp & Hoffmann, 2006, S. 230). Die Ursache wird zum einen im starken Geburtenrückgang seit Ende der 1960er Jahre gesehen, zum anderen in der abnehmenden Diskriminierung nichtehelicher Mütter, was viele dieser Mütter dazu bewegt, ihre Kinder zu behalten und allein großzuziehen (Paulitz, 2006).

Nach Thöne & von Hagens (2006) berichten zahlreiche Patientinnen und Patienten, eine Adoption bereits vor der Kinderwunschbehandlung erwogen zu haben. Bei der

¹⁴ Als Beleg führen Oberloskamp & Hoffmann (2006) eine Untersuchung im Freistaat Bayern an. Quelle: Textor, M. (1992). Inkognitooption und offene Formen der Adoption. Soziale Arbeit, 4, 6.

Adoptionsvermittlung machten sie jedoch die Erfahrung, stark entmutigt oder gleich abgelehnt worden zu sein. Somit ist für viele auch das Adoptivkind eine nicht realisierbare Alternative.

1.6.1.2 Das Adoptionsverfahren

In einem ersten Durchgang prüft die Adoptionsvermittlungsstelle die generelle Eignung der Bewerber und Bewerberinnen. Bei positivem Befund setzt das entsprechende Amt die Bewerber auf eine Vermittlungsliste. Vor dem ersten Gespräch fordern viele Jugendämter einen ausgefüllten Bewerberfragebogen und/oder Lebensbericht an. Darin sind Fragen zu den Erziehungsvorstellungen, dem Lebenslauf beider Partner und der Beziehung des Paares enthalten. Um sich einen Eindruck von der Wohnsituation des Bewerberpaares zu verschaffen, gehört darüber hinaus zu jeder Adoption auch ein Hausbesuch von der Fachkraft des Jugendamtes. Nach dem Hausbesuch werden folgende Unterlagen verlangt:

- 18 ein Auszug aus dem Familienbuch,
- 19 Geburtsurkunden,
- 20 Gesundheitsatteste,
- 21 Verdienstbescheinigungen,
- 22 Nachweise über Vermögen und Schulden,
- 23 Polizeiliches Führungszeugnis (Riedle, Gilling-Riedle- & Riedle, 2005)

In einem weiteren Durchlauf untersucht die Fachkraft des Jugendamtes die spezielle Eignung für ein bestimmtes Kind. Zur Eignungsprüfung gehören Vorbereitungsseminare. Nach oben genannter Empfehlung sollen diese Seminare mindestens folgende Themen beinhalten:

- 24 Ungewollte Kinderlosigkeit,
- 25 Reflexion der Motivation,
- 26 Biographie der Bewerber/innen, Erziehungsvorstellungen, Rechtliche Grundlagen,
- 27 Adoptionsformen,
- 28 Information über die zur Adoption stehenden Kinder,
- 29 die Situation adoptierter Kinder,
- 30 die Situation der leiblichen Eltern,
- 31 die Identitätsfindung Adoptierter (Oberloskamp & Hoffmann 2006, S. 249).

Neben dem Umstand, dass Adoptionsbewerber/innen ihre Qualifikation als Eltern erst beweisen müssen, können sie nicht schrittweise wie leibliche Eltern in die Elternrolle hineinwachsen (Balloff, 2004). Die Überprüfung der Erziehungsfähigkeit wird mit den

höheren Anforderungen begründet, die auf Adoptiveltern zukommen würden (Lemp, 1983, S. 167, zitiert nach Balloff, 2004). Der Kontakt mit der Adoptionsvermittlungsstelle wird von Adoptionswilligen häufig als „*bürokratisch, abschreckend und diskriminierend*“ erlebt (Balloff, 2004, S. 309).

Sollte es zu einer Adoption kommen, sind drei verschiedene Arten der Adoption zu unterscheiden:

- die offene Adoption
- die halboffene Adoption
- die Inkognito-Adoption

Bei der offenen Adoptionsform lernen sich leibliche Eltern und Adoptiveltern über einen längeren Zeitraum hinweg kennen. Zur offenen Adoption kommt es meist dann, wenn das Kind bereits vor der Adoption längere Zeit als Pflegekind in der Adoptivfamilie gelebt hat und erst daraufhin zur Adoption freigegeben wurde (Riedle, Gilling-Riedle & Riedle, 2005). In dieser Konstellation haben die Adoptiveltern den Vorteil, viele Informationen über die leiblichen Eltern zu erhalten. Das Adoptivkind kann sich ein realistisches Bild von den Eltern machen und hat direkten Zugang zu Informationen über sie. Andererseits ist damit auch die Möglichkeit gegeben, belastende Erfahrungen mit den leiblichen Eltern zu machen. Die Kinder können sich zudem zwischen leiblichen Eltern und Adoptiveltern hin- und hergerissen fühlen (Balloff, 2004).

Bei der halboffenen Adoption lernen sich die leiblichen Eltern und die Adoptiveltern persönlich kennen. Das Treffen findet meist in der Adoptionsvermittlungsstelle statt. Die leiblichen Eltern erfahren jedoch nicht die Adresse, den Namen oder anderweitige Daten der Adoptiveltern (Riedle, Gilling-Riedle & Riedle, 2005). Halboffene wie auch offene Adoptionen bieten den leiblichen Eltern die Möglichkeit, sich an der Auswahl der Eltern zu beteiligen. Zudem können sie sich bei der Vermittlungsstelle nach der Entwicklung des Kindes erkundigen (Balloff, 2004).

Die Inkognito-Adoption ist die häufigste Adoptionsform. Hierbei erhalten die leiblichen Eltern keine Informationen, die zur Identifizierung der Adoptiveltern führen können (§ 1758 BGB). Auf Wunsch werden jedoch einige Auskünfte über Beruf, Alter usw. erteilt (Riedle, Gilling-Riedle & Riedle, 2005). Diese Adoptionsform wird angewandt, wenn eine Störung

der Eltern-Kind-Beziehung durch die leiblichen Eltern nicht auszuschließen ist. In der sozialwissenschaftlichen Diskussion wird die Inkognito-Adoption kontrovers diskutiert. Insbesondere Praktiker/innen sind der Ansicht, sie diene nicht dem Wohl des Kindes (Balloff, 2004)

Wenn die Adoptionsvermittlungsstelle für ein Kind die passenden Eltern gefunden hat, darf das Kind zur Eingewöhnung bei den Adoptionsbewerbern/innen in Pflege gegeben werden (§ 8 AdVermiG). Sobald sich zeigt, dass die Integration eines Kindes gelingt und ein tragfähiges Eltern-Kind-Verhältnis zu erwarten ist, fasst die Fachkraft die bisherige Entwicklung und das erreichte Ergebnis in einem abschließenden Bericht zusammen. Dieser wird mit den Beteiligten besprochen und dient vor Gericht als Entscheidungshilfe.

1.6.1.3 Die Auslandsadoption

In diesem Kapitel soll von einer Konstellation ausgegangen werden, bei der das Kind noch vor der Annahme im Ausland lebt und im Hinblick auf eine Adoption nach Deutschland gebracht wird.

Das Verfahren zur Vorbereitung einer internationalen Adoption mit Deutschland als Aufnahmestaat ist in § 4 AdÜbAG geregelt. Danach wenden die Bewerber/innen sich mit ihrem Anliegen an die örtlich zuständige zentrale Adoptionsvermittlungsstelle beim Landesjugendamt, an die Adoptionsvermittlungsstelle des örtlichen Jugendamtes, wenn dieser eine Auslandsvermittlung gestattet wurde, oder an die anerkannte Auslandsvermittlungsstelle eines freien Trägers. Die Adoptionsvermittlungsstelle hat die Bewerber/innen zu beraten. In der Bewerbung ist anzugeben, aus welchem Herkunftsland ein Kind angenommen werden soll. Eine Bewerbung für mehrere Länder ist nicht möglich. Diese Beschränkung ermöglicht es, die Eignung der Bewerber/innen zur Annahme eines Kindes aus dem gewählten Kulturkreis zu überprüfen. Die Eignung der Bewerber und Bewerberinnen ist in gleicher Weise wie bei einer inländischen Adoption festzustellen (§ 7 III 2 AdVermiG).

Hält die Adoptionsvermittlungsstelle die allgemeine Eignung der Adoptionsbewerber für gegeben, verfasst sie über das Ergebnis ihrer Prüfung einen Bericht (home study), in dem sie sich über die rechtliche Befähigung und die Eignung der Adoptionsbewerber/innen sowie über die Eigenschaften der Kinder äußert, für die die Bewerber/innen zu sorgen geeignet

wären. Der Bericht enthält Angaben zur Person der Adoptionsbewerber und Adoptionsbewerberinnen, über ihre persönlichen und finanziellen Umstände, ihren Gesundheitsstatus, ihr soziales Umfeld und ihre Beweggründe für die Adoption. Die Bewerber/innen müssen die erforderlichen Angaben machen und entsprechende Nachweise erbringen. Eignungsbericht (home study) und ergänzende Unterlagen werden über die Auslandsvermittlungsstelle der Vermittlungsstelle im ausgewählten Herkunftsland zugeleitet. Die Vermittlungsstelle im Ausland unterbreitet der deutschen Vermittlungsstelle einen Vermittlungsvorschlag für ein bestimmtes Kind. Hierfür verfasst sie einen ausführlichen Bericht über das Kind, der an die Auslandsvermittlungsstelle in Deutschland zu übersenden ist (Art 16 AdÜbk).

Der Vermittlungsvorschlag bedarf der Billigung nach eigener Prüfung durch die Auslandsvermittlungsstelle (§ 5 I AdÜbAG). Für die Prüfung und Beratung soll sich die Auslandsvermittlungsstelle mit der zuständigen örtlichen Adoptionsvermittlungsstelle in Verbindung setzen. Billigt die Adoptionsvermittlungsstelle den Vorschlag, bespricht sie ihn mit den Bewerbern (§ 5 II AdÜbAG). Wollen die Bewerber/innen das vorgeschlagene Kind adoptieren, haben sie eine Bereiterklärung zur Adoption an das zuständige Jugendamt abzugeben (§ 7 I AdÜbAG). Die Erklärung bedarf der öffentlichen Beurkundung (§ 59 I Nr. 5 SGB VIII). Vor der Bereiterklärung machen die Bewerber/innen meist eine erste Reise in das Heimatland des Kindes.

1.6.1.3.1 Überlegungen zur Annahme eines ausländischen Kindes

Die Kosten variieren je nach Heimatstaat des Kindes und Vermittlungsstelle in Deutschland. Nach Hoksbergen (2006) betragen sie mindestens zwischen 10000 –und 13000 Euro. Die Auslandsadoption kostet den Adoptierenden also sehr viel Geld. Dieses Geld könnte es nach Ansicht von Röchling (2004) dem Kind ebenfalls ermöglichen, in seinem Sprach- und Kulturraum sowie in der Nähe seiner leiblichen Eltern zu verbleiben. Patenschaften oder die Unterstützung wohltätiger Organisationen sind eine hilfreichere Alternative (Röchling, 2004). Andere Autoren und Autorinnen wie z. B. Wacker (2006) teilen diese Ansicht:

Es bleibt der verstörende Widerspruch, dass zur Realisierung der Adoption eines verlassenen Kindes ins Ausland Summen benötigt werden, mit deren Hilfe dieses Kind in

seiner Herkunftsfamilie bzw. in seiner Heimat bis ins Erwachsenenalter hätte medizinisch versorgt, ernährt, gekleidet und ausgebildet werden können. (Wacker 2006, S. 343).

Darüber hinaus weist Wacker (2006, S. 340) darauf hin, dass entsprechend den Erfahrungen beispielsweise in Indien Chancen der heimischen Bewerber und Bewerberinnen mit steigender Nachfrage aus dem Ausland sinken. Von allen Auslandsadoptionen scheitern ungefähr 2 %, was bedeutet, dass das Kind aus der Adoptivfamilie wieder herausgenommen wird (Hoksbergen / Paulitz, 2006).

1.6.1.4 Das Adoptivkind

Studien zeigen, dass die Intelligenzkorrelation zwischen Adoptiveltern und Adoptivkindern im Entwicklungsverlauf abnimmt. Jene zwischen leiblichen Eltern und Adoptivkind steigt jedoch an (Munsinger, 1975; Gourley, 1979).

Mittels Adoptionsverlaufsstudien konnten genetische Dispositionen bei der Entstehung psychiatrischer Krankheitsbilder - wie beispielsweise dissoziale Persönlichkeitsstörungen oder Schizophrenie - nachgewiesen werden (Tölle, 1999). Andere Studien legen dar, dass Adoptivkinder im Vergleich zur Normalbevölkerung etwa doppelt so häufig in psychiatrischen Einrichtungen anzutreffen sind (Hersov, 1994). Diese Tatsache könnte jedoch nach Warren (1992) auch darauf zurückzuführen sein, dass Adoptiveltern jugendpsychiatrische Institutionen stärker in Anspruch nehmen. Letztere These wird dadurch belegt, dass ehemalige Adoptivkinder in der Erwachsenenpopulation psychiatrischer Patienten und Patientinnen nicht überrepräsentiert sind (Brinich und Brinich, 1982).

Im Rahmen von Untersuchungen ließen sich bei Adoptivkindern häufiger Entwicklungsverzögerungen feststellen. Diese resultieren aus Komplikationen während Schwangerschaft und Geburt. Folgende Auffälligkeiten werden berichtet:

- 32 typische prä- und perinatale Auffälligkeiten
- 33 geringe Schwangerschaftsdauer
- 34 niedriges Geburtsgewicht
- 35 mangelnde Sauerstoffversorgung vor und während der Geburt
- 36 Komplikationen bei der Entbindung
- 37 Drogenkonsum der Mütter
- 38 Vernachlässigung von Kontrolluntersuchungen
- 39 wenig gesundheitsbewusstes Verhalten der Mütter

Bis heute konnte nicht eindeutig nachgewiesen werden, ob Adoptivkinder mehr Auffälligkeiten zeigen als nicht adoptierte Kinder (Balloff, 2004).

1.6.1.5 Die abgebenden Eltern

Weniger als 10 % aller zur Adoption freigegebenen Kinder stammen aus vollständigen Familien (Golomb / Geller, 1992). In den meisten Fällen handelt es sich bei den abgebenden Eltern(teilen) um alleinerziehende Mütter. Diese Frauen befinden sich in „*materiellen und/oder emotionalen Notlagen*“, bei der die Freigabe des Kindes die einzige Form der Entlastung darstellt. Die Schwangerschaft der häufig jungen Frauen mit mangelnden beruflichen Perspektiven war meist ungewollt. Viele junge Mütter werden vom Partner oder ihren Eltern zur Freigabe des Kindes gedrängt. Die rechtliche Stellung der Abgebenden ist nach der Adoption durch das unwiderrufliche Erlöschen des Verwandtschaftsverhältnisses und des Offenbarungs- und Ausforschungsverbot so schwach, dass es in den häufigsten Fällen nicht mehr möglich ist, Kenntnis von der Entwicklung des Kindes zu erlangen (Dettenborn & Walter, 2002, S. 269).

1.6.1.6 Fragen um die biologische Herkunft des Kindes

Eine Adoption kann im juristischen Sinne als zweite Geburt des Kindes betrachtet werden (Bach, 2006). Sämtliche Verwandtschaftsverhältnisse des Kindes zu den bisherigen Verwandten erlöschen, und damit auch Unterhalts- und Erbensprüche an diese. Das Kind erhält eine neue Geburtsurkunde, aus der sich seine tatsächliche Abstammung nicht mehr ersehen lässt. Es nimmt kraft des Gesetzes den Familiennamen der Adoptiveltern und zumeist auch einen neuen Vornamen an (§ 1757 Abs. 4 Abs.1 BGB). Ab dem 16. Lebensjahr kann es jedoch eine Abstammungsurkunde mit den Namen der leiblichen Eltern beantragen (§ 61 Abs. 2 Personenstandsgesetz - PStG). Mit Erreichen der Volljährigkeit ist ein Einblick in die Adoptionsakten beim Vormundschaftsgericht und eine Inkenntnissetzung über die leiblichen Eltern von Seiten der Adoptionsvermittlungsstelle möglich.

Bis 1970 wurde bei Minderjährigen die Adoption in einer anonymen Form durchgeführt (Hoksbergen, 2006). Das bedeutet, die abgebenden Eltern erfuhren nicht die Identität der annehmenden Eltern. Der Beweggrund für diese Entscheidung war die Überlegung, dass die abgebenden Eltern ihre Entscheidung bereuen und daraufhin versuchen könnten, das Kind

wieder zu sich zu nehmen. Zudem war jene Elterngeneration konventionell in ihren Auffassungen hinsichtlich Ehe, Familienleben und Sexualität. Das Thema Adoption unterlag damals noch einem Tabu (Hoksbergen, 2006).

Rechtlich abgesichert wurde die Anonymität durch das Ausforschungsverbot gemäß § 1758 BGB. Wenn der Annehmende und das Kind der Weitergabe der Daten zustimmen, gilt dies jedoch nicht. Das über 16 Jahre alte Kind hatte - und hat - das Recht, Einsicht in die Abstammungsurkunde zu nehmen und auf diese Weise festzustellen, wer seine leiblichen Eltern sind (§ 61 Abs. 2 PStG). Die Erfahrungen mit dieser anonymen Adoptionsform zeigten jedoch, dass Menschen, die erst als Jugendliche oder junge Erwachsene von der Adoption erfuhren, in ihrer Persönlichkeit stark verunsichert wurden. Zudem stellte dieses Verfahren für das Vertrauen zu den Adoptiveltern eine starke Belastung dar (Paulitz / Baer, 2006; Riedle, Gilling-Riedle & Riedle, 2005).

In den 1980er Jahren veränderte sich die Vermittlungspraxis. Zunächst wurden ausführlichere Informationen über die leibliche Familie des Kindes in den Akten festgehalten, um diese dem Kind und dessen Adoptiveltern zugänglich machen zu können. Ferner schlug man der leiblichen Mutter vor, einen Brief an ihr Kind zu schreiben und zu schildern, warum es dieses weggab. Der Brief sollte dem Kind ein besseres Verständnis für die Mutter und deren Situation ermöglichen. Darüber hinaus bemühte man sich um ein Treffen zwischen abgebender Mutter und Adoptiveltern. In einigen Fällen konnten die Adoptiveltern dazu bewogen werden, den leiblichen Eltern Informationen über die Entwicklung des Kindes zukommen zu lassen (Paulitz / Baer, 2006).

Viele Adoptionsstellen vermitteln nicht nur Kindern Adoptiveltern, sondern helfen auch adoptierten Erwachsenen dabei, etwas über ihre leiblichen Eltern zu erfahren und eventuell einen Kontakt herzustellen (Baer, 2006). Gegenwärtig wird in der Literatur mehrheitlich empfohlen, das Interesse des Adoptivkindes an seiner Herkunft und Vergangenheit zu unterstützen. Auf diese Weise könne verhindert werden, dass Loyalitätsprobleme manifest würden (Hoksbergen / Paulitz, 2006).

Die Kinderhilfsorganisation Terre des hommes Deutschland e.V. machte in der Beratungsarbeit mit Familien, die ein ausländisches Kind adoptierten, die Erfahrung, dass Jugendliche in der Pubertät Fragen nach ihrer ethnokulturellen Zugehörigkeit stellen. Sie

setzen sich mit ihrem fremdländischen Aussehen auseinander, haben Interesse an ihrer Herkunftsgeschichte und wünschen Informationen über das Herkunftsland. Aus diesem Grund führte Terre des hommes Deutschland e.V. zwischen 1990 –und 2005 zehn Gruppenreisen mit adoptierten jungen Erwachsenen in ihre Herkunftsländer durch. Ein Bestandteil jeder Reise war der Besuch im Heim und das Aufsuchen von Orten, an denen die Adoptierten ausgesetzt bzw. aufgefunden wurden. Eine umfassende Vor- sowie Nachbereitung der Reise gehörten ebenfalls zum Konzept (Holz & Braun, 2006).

Das verfassungsrechtlich geschützte Recht auf Kenntnis seiner Herkunft soll dadurch gesichert werden, dass Adoptionsakten bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres des angenommenen Kindes aufbewahrt werden (§ 9b Abs. 1 AdVermiG). Ab dem 16. Lebensjahr hat das Kind ein eigenständiges Recht auf Einsicht in seine Adoptionsakten. Dieses Recht ist nicht an die Zustimmung seiner gesetzlichen Vertreter (der Adoptiveltern) gekoppelt (§ 9b Abs. 2 AdVermiG).

1.6.1.7 Aufklärung des Kindes – Wann und wie

Im wissenschaftlichen Diskurs herrscht Einigkeit darüber, dass das Kind über seinen Adoptivstatus aufgeklärt werden sollte. Kontrovers wird jedoch über den richtigen Zeitpunkt für die Aufklärung diskutiert (Dettenborn & Walter, 2002). Sowohl in der aktuellen Literatur für Betroffene (z. B. Riedle, Gilling-Riedle & Riedle, 2005) als auch in neueren Publikationen von Fachkräften (Textor, 1993; Hoksbergen, 2006) wird empfohlen, das Kind so früh wie möglich (zwischen dem dritten und fünften Lebensjahr) aufzuklären. Allerdings sollten ausschließlich konkrete Fragen des Kindes beantwortet werden (Balloff, 2004). Eine frühe Aufklärung habe den Vorteil, so Balloff (2004), dass diese Information vom Kind „*beiläufig und unspektakulär*“ erlebt werden könne. Die Adoption werde so in das Wissen des Kindes über die eigene Person integriert, ohne dass es zu „*Brüchen und Selbstwertkrisen*“ komme (Balloff, 2000, 2004, S. 307). Die Aufklärung solle jedoch nicht als einmaliger Vorgang, sondern eher als lebenslanger Prozess praktiziert werden (Balloff, 2004). Die Familiengeschichte könne kontinuierlich und immer dann thematisiert werden, wenn sich die Gelegenheit anbiete oder das Kind konkrete Fragen stelle (Hoksbergen, 2006). Aus Untersuchungen ist bekannt, dass eine akzeptierende und offene Haltung zur Adoption des

Kindes positive Auswirkungen auf die Eltern-Kind-Beziehung hat (Kirk, 1981; Hoksbergen et al. 1987).

Darüber hinaus wird empfohlen, insbesondere Jugendliche zu ermutigen, sich auf die Suche nach der Vergangenheit zu begeben. Befürchtungen, dass das Kind die Adoptiveltern verlassen könnte, bestätigen sich eher nicht. Stattdessen verhilft das Wissen um die wahre Herkunft zu einer „*besseren Identitätsbildung*“ und einer „*größeren Stabilität des Kindes und Jugendlichen*“ (Balloff, 2004, S.306).

Demgegenüber lehnen Vertreter und Vertreterinnen des psychoanalytischen Ansatzes eine möglichst frühzeitige Aufklärung ab: „*Ein Kleinkind braucht nicht zu wissen, dass es adoptiert ist; es muss wissen, dass es zu den Menschen gehört, die es als seine Eltern erlebt.*“ (Wieder 1990, S. 41). Jugendliche hingegen könnten von ihrer Herkunft erfahren. Sie sollten sogar dazu ermutigt werden, ihre leiblichen Eltern aufzusuchen (ebd.). Die frühzeitige Aufklärung wird mit der Begründung abgelehnt, dass Kinder im Vorschulalter noch nicht fähig seien, Informationen solcher Tragweite zu verarbeiten. Diese Informationen wirken in jenem Entwicklungsstadium traumatisch und stören die Persönlichkeitsentwicklung:

Unreife und Unfähigkeit, die sich aus der Aufklärung ergebenden Folgerungen richtig zu verstehen oder zu meistern, führten zu Verwirrung, Angst, Scham und Wut, die auf die Persönlichkeit und den Intellekt der Adoptierten dauerhaft einwirkten.

(Wieder, 1990, S. 36)

Wieder (1977) berichtet von drei Fällen aus der eigenen psychiatrischen Praxis, in denen die betroffenen Kleinkinder noch vor ihrem dritten Lebensjahr über ihre Herkunft und die Adoption in Kenntnis gesetzt wurden. Im Anschluss an die Aufklärung stellten sich vielfältige psychische Probleme ein, die auf die Tatsache der Aufklärung zurückgeführt wurden.

Für eine späte Aufklärung muss jedoch die Voraussetzung erfüllt sein, dass im Umfeld des Kindes eine „*umfassende Informationskontrolle*“ stattfindet, um zu verhindern, dass das Kind durch Dritte von der Adoption erfährt. Sollte dies dennoch geschehen, bekommen Kinder das Gefühl, ihre Herkunft würde tabuisiert, und folglich scheuen sie sich, darüber zu sprechen (Dettenborn & Walter, 2002). Bei einer offenen Haltung der Adoptiveltern bereitet es dem Kind hingegen keinen Konflikt, seine Suche nach den leiblichen Eltern einzugestehen (Steck, 1998).

Empirische Untersuchungen belegen, dass die Mehrheit der Adoptierten an der eigenen Herkunft und Familiengeschichte interessiert sind (Steck, 1998). Das Interesse daran entsteht bereits im Kindesalter und verstärkt sich in der Jugendphase (Textor, 1990). Die aktive Suche selbst erfolgt jedoch meist erst zwischen dem 25. und 35. Lebensjahr (Dettenborn & Walter, 2002). Es sind die entwicklungspsychologisch relevanten Phasen, in denen bedeutsame Ereignisse wie Loslösung vom Elternhaus, Beginn einer eigenen Partnerschaft, Eheschließung und/oder die Geburt eigener Kinder stattfinden (Golomb & Geller, 1992), in denen Adoptierte sich vermehrt für ihre Herkunft interessieren.

1.6.2 Aufnahme eines Pflegekindes

Die sogenannte Vollzeitpflege ermöglicht Menschen, im Rahmen einer zeitlich befristeten Erziehungshilfe oder in einer auf Dauer angelegten Beziehung (§ 33 KJHG: Kurzzeitpflege, Übergangspflege, Dauerpflege) Verantwortung für Kinder zu übernehmen. Die Familienpflege hat zur Voraussetzung, dass in der Herkunftsfamilie eine dem Wohl des Kindes entsprechende Erziehung nicht gewährleistet ist (§ 27 Abs. 1 KJHG; Balloff, 2004). Nach Mitteilung des Statistischen Bundesamtes begann im Jahr 2006 für 10200 Kinder und Jugendliche die Vollzeitbetreuung in einer Pflegefamilie (Statistisches Bundesamt Wiesbaden, 2006).

1.6.2.1 Abgebende Eltern

Bei den abgebenden Eltern handelt es sich sehr häufig um junge Mütter, in deren jeweiligen Familie meist mehrere Probleme aufeinandertreffen (Blandow, 2004). Nienstedt & Westermann (2007, S. 22) bezeichnen diese Familien als „*Multiproblemfamilien mit chronifizierten Problemlagen*“. Das heißt, die Herkunftsfamilien der Mütter leben oft in zu kleinen Wohnungen in sogenannten sozialen Brennpunkten ohne ausreichende soziale Netze. Sie sind zumeist erwerbslos und leben von öffentlichen Transferleistungen (Blandow, 2004).

1.6.1.2 Biografische Erfahrungen der Kinder vor der Inpflegegabe

Die Kinder erleben häufig mehrfache Wechsel zwischen der Herkunftsfamilie und Aufhalten in Hilfesystemen (Heim, Notunterbringung, Pflegefamilien, Krankenhaus, Mutter-Kind-Unterbringung). Dass Kinder bereits kurz nach der Geburt in eine Pflegefamilie vermittelt werden, ist selten. Lediglich 27 % der im Jahr 2006 vermittelten Kinder waren jünger als drei Jahre (Statistisches Bundesamt Wiesbaden). In jedem dritten Fall ist die Pflegefamilie der zweite oder dritte Lebensort. Oftmals gehen der Entscheidung, ein Kind in einer Pflegefamilie unterzubringen, Versuche voraus, eine Fremdunterbringung durch familienunterstützende Hilfen (z.B. mittels Integrationsgruppen in Tageseinrichtungen, oder ambulanter Beratung der Familien) zu vermeiden. Häufig werden Kinder vor der Vermittlung in eine Pflegefamilie, in einer Bereitschaftspflegestelle oder in einer Notaufnahmeeinrichtung untergebracht (Blandow, 2004). Im Jahr 2006 hatten 78 % der Kinder vor Beginn der Vollzeitpflege bereits eine andere erzieherische Hilfe erhalten (Statistisches Bundesamt Wiesbaden).

1.6.1.3 Anlässe für eine Inpflegegabe

Nach einer Studie im Auftrag des Landesjugendamtes Westfalen-Lippe (ISS und Landschaftsverband Westfalen-Lippe, 2003, S. 31) führen folgende Gründe zur Inpflegegabe:

- 40 Überforderung der Eltern (72,4 %),
- 41 psychische Krankheit der Eltern (23,7 %),
- 42 Vernachlässigung (66,5 %),
- 43 Ablehnung durch die Eltern und psychische Misshandlung (48 %),
- 44 Gewalt zwischen den Eltern (40 %),
- 45 körperliche Misshandlung (10 %),
- 46 Verdacht auf sexuellen Missbrauch (7,9 %) und
- 47 nachgewiesener sexueller Missbrauch (2,6 %).

Die am häufigsten anzutreffenden Misshandlungsformen - Vernachlässigung und psychische Misshandlung – zeitigen langfristige, schädigende Auswirkungen (Cantwell, 2002, S. 553). Die meisten dauerhaft in einer Pflegefamilie lebenden Kinder haben in ihrer Ursprungsfamilie derartig negative Erfahrungen gemacht, dass hierdurch ihr Erleben und Verhalten nachhaltig beeinflusst ist (Nienstedt & Westermann, 2007). Nach Pfeiffer, Lehmkuhl & Frank (2001) können infolge von Kindesmisshandlungen folgende Auffälligkeiten auftreten:

- Leistungsprobleme
- kognitive Probleme
- Sprachentwicklungsprobleme
- Beeinträchtigungen im Bindungsverhalten
- Interaktionsstörungen mit Gleichaltrigen und Störungen des Sozialverhaltens
- aggressives Verhalten
- Angststörungen
- hyperaktive Störungen
- suizidales Verhalten und
- Drogenmissbrauch

1.6.1.4 Das Kind zwischen seinen beiden Familien

Alle Pflegekinder erleben einen Wechsel von einer Familie in eine andere. Abgesehen von dieser von allen gemachten Erfahrung können die individuellen Sozialisationserfahrungen von Pflegekindern sehr unterschiedlich sein. Während Nienstedt & Westermann (2007) darauf hinweisen, dass sich aus dem Umstand eines Familienwechsels nicht zwangsläufig zentrale Probleme herleiten lassen¹⁵, sieht Blandow (2004) in der Trennung von den Herkunftseltern ein Trennungstrauma und/oder Probleme in der Identitätsentwicklung begründet.

Neben der Pflegeform, bei der alle Kontakte zu den leiblichen Eltern abgebrochen werden und das Kind ausschließlich zu den Pflegeeltern eine Eltern-Kind-Beziehung unterhält (Ersatzfamilie), wird häufig eine weitere Form der Pflege praktiziert, bei der das Pflegekind als zu beiden Familien zugehörig betrachtet wird (Ergänzungsfamilie). In solchen Fällen bewahren die leiblichen Eltern ihre Elternrolle und halten die Eltern-Kind-Beziehung durch regelmäßige Kontakte aufrecht. In Fachkreisen herrscht bislang noch Uneinigkeit darüber, ob das Kind in einer Ersatz- oder in einer Ergänzungsfamilie leben sollte (Balloff, 2004). Nienstedt & Westermann (2007) halten es vor ihrem tiefenpsychologisch ausgerichteten Hintergrund nur in Ausnahmefällen für angemessen, dass der Kontakt zwischen leiblichen Eltern und deren Kind weiterhin besteht. Diese Sonderfälle seien gegeben, wenn das Kind in den ersten Jahren bei seinen Eltern aufwuchs, zu ihnen eine positive, sichere Beziehung entwickelt hat, seine Persönlichkeitsentwicklung ohne größere Störungen verlief und zu einem vorläufigen Abschluss gekommen ist. Die Kinder sollten mindestens einem emotional

¹⁵ Nienstedt und Westermann (2007) bestreiten jedoch nicht, dass ein Wechsel des Familiensystems zu Krisen und Konflikten führen kann.

stabilen Fünf- bis Sechsjährigen entsprechen. Zudem dürfe sich das Kind nicht abgeschoben fühlen. Auch sei die Einigkeit unter den leiblichen und den Pflegeeltern in Bezug auf Erziehungsziele und Strategien wie auch die beiderseitige Akzeptanz von abweichenden Normen, Werten und Verhaltensweisen eine Mindestvoraussetzung (Nienstedt & Westermann, 2007, S. 186 ff.). Konstellationen, in denen diese Voraussetzungen erfüllt sind, sind jedoch äußerst selten. Sie ergeben sich meist dann, wenn Eltern durch Schicksalsschläge in Situationen geraten, die eine tägliche Betreuung ihres Kindes unmöglich machen (Nienstedt & Westermann, 2007).

Vertreter der entwicklungs- und familienpsychologischen Sichtweise betonen demgegenüber die „*Gesamtheit der Beziehungen des Kindes*“ (Balloff, 2004, S. 267). Danach hat selbst ein Kind, das von Geburt an in der Pflegefamilie aufwächst, sein Leben lang zwei Familien. Vergleichbar zu Scheidungskindern handele es sich bei Pflegekindern in Ergänzungsfamilien um ein Familiensystem, das aus zwei Kernen bestehe (binukleares Familiensystem), da selbst ein Kind, das noch nie Kontakt zu seinen leiblichen Eltern hatte, sich von ihnen Vorstellungen mache und diesbezüglich Fantasien habe. Auf die Gefahr eines sogenannten pathologischen Dreiecks (Balloff, 2004, S. 268), bei dem eine Familie sich in Koalition mit dem Kind in Rivalität gegen die andere Familie wendet, wird ebenso hingewiesen wie auf die Notwendigkeit, eine solche Konstellation zu verhindern (Balloff, 2004). Diese Art der systemischen Gruppierung verhindere eine Idealisierung der leiblichen Eltern von Seiten des Kindes.

2. Reproduktionstourismus /reproduktives Reisen

2.1 Wenn Paare zur reproduktionsmedizinischen Unterstützung ins Ausland fahren

International betrachtet ist die Eizellspende in nur wenigen Ländern Europas (z.B. in Deutschland, Italien, Norwegen, Österreich und der Schweiz)¹⁶ verboten. Länder wie Irland, Litauen, Luxemburg, Malta und Polen haben keine gesetzliche Regelung¹⁷. Erlaubt ist die Eizellspende hingegen in zahlreichen europäischen Ländern wie (z.B. in Belgien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Lettland, den Niederlanden, Schweden, der Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien und Ungarn)¹⁸ – der Grund für viele deutsche Paare, zur Behandlung ins Ausland zu fahren.

Dieses Phänomen wird als „Fortpflanzungstourismus“ (Spiewak, 2002), als „reproduktives Reisen“ (Wischmann/Thorn, 2010) oder als „Reproduktionstourismus“ (Knoll, 2008) bezeichnet.¹⁹ Jene Autoren²⁰/Autorinnen, die sich für den Begriff reproduktives Reisen entschieden haben, beabsichtigen darüber den Vorgang mit einer möglichst wertneutralen Bezeichnung zu belegen. Der Begriff Tourismus wird von ihnen abgelehnt, da er impliziere,

¹⁶ Italien: Gesetz zur assistierten Reproduktion vom 19.2.2004, Leitlinie zur IVF (Verordnung des Gesundheitsministeriums vom 21.7.2004); Norwegen: Gesetz Nr. 56 v. 5.8.1994 (Gesetzesänderung v. 27.3.1998), geändert durch Gesetz Nr. 100 v. 5.12.2003 (Act on the Medical Use of Biotechnology); Österreich: Fortpflanzungsmedizinengesetz v. 4.6.1992 (Quelle: Max Planck Datenbank zu den rechtlichen Regelungen zur Fortpflanzungsmedizin in europäischen Ländern).

¹⁷ European Commission, Report on the Regulation of reproductive Cell Donation in the European Union (2006). Results of Survey. Directorate C – Public Health and Risk Assessment. C6 Health Measures.

¹⁸ Belgien: Gesetz vom 11.5.2003; Dänemark: Gesetz Nr. 460 v. 10.6.1997, Änderungsgesetz Nr. 427 vom 10.6.2003, Änderungsgesetz Nr. 240 vom 5.4.2004, Verordnung Nr. 728 v. 17.9.1997; Frankreich: Gesetze Nr. 94-653 und 94-654 v. 29.7.1994, Änderungsgesetz Nr. 2004-800 v. 6.8.2004; Griechenland: Gesetz zur medizinischen Assistierung bei der Humanreproduktion 3089/2002 v. 10.12.2002, Gesetz 3305/2005 v. 27.1.2005 zur Anwendung der Methoden der medizinisch assistierten Reproduktion; Großbritannien: Human Fertilisation and Embryology (Research Purposes) Regulation 2001; Niederlande: StGB-Ergänzung v. 16.9.1993, ESchG v. 1.9.2002; Spanien: Gesetz Nr. 35/1988 v. 24.11.1988, geändert durch Gesetz 45/2003 v. 21.11.2003 (Quelle: Max Planck Datenbank zu den rechtlichen Regelungen zur Fortpflanzungsmedizin in europäischen Ländern).

¹⁹ Selbstverständlich wird das Phänomen des reproduktiven Reisens auch mit anderen Begriffen belegt, welche jedoch seltener in Gebrauch sind. Beispiele sind: Befruchtungs-, Schwangerschafts-, Baby-, Kinderwunsch- oder Wunschkindtourismus sowie transnationales Baby shopping, medizinische Pilgerreise, reproduktives Globetrotten oder biomedizinischer Grenzverkehr in ein gewähltes Fortpflanzungsexil (Knoll 2008).

²⁰ Die nachfolgend verwendete männliche Form bezieht selbstverständlich die weibliche Form mit ein. Auf die Verwendung beider Geschlechtsformen wird lediglich mit Blick auf die bessere Lesbarkeit des Textes verzichtet.

dass „*der eigentliche Grund der Reise, nämlich die Inanspruchnahme medizinischer Hilfe, unbedeutend ist und dass hingegen der touristische Aspekt im Vordergrund steht.*“

(Thorn, 2008, S. 5). Dieselben Autoren/Autorinnen befürworten dementsprechend auch andere eher unvoreingenommene Begrifflichkeiten wie z.B. „*Kinderwunschreise*“, „*Fertilitätsreise*“ oder „*Repro-Reise*“. Im englischsprachigen Raum dient der Begriff *Cross-Border Reproductive Care* (CBRC – grenzüberschreitende reproduktionsmedizinische Versorgung) zur bedingt „neutralen“ Bezeichnung jenes Vorgangs, bei dem Personen außerhalb ihres Heimatlandes reproduktionsmedizinische Hilfe in Anspruch nehmen (Pennings et al., 2008). Andere englische Bezeichnungen, die den Aspekt des Tourismus ebenfalls ausklammern, sind „*transnational economies*“ und „*circumvention routes of reproduction*“ (Bergmann, 2011, S. 283). Jene Autoren/Autorinnen, die solche Begriffe vorziehen, die das Wort Tourismus nicht enthalten, bezeichnen Personen, die zur reproduktionsmedizinischen Behandlung ins Ausland fahren, als „*Wunscheltern*“ oder „*Patienten*“ (Thorn, 2008, S. 5). Diesen Experten/Expertinnen ist die Etablierung von Regelungen und Richtlinien, die alle Beteiligten (Patienten/Patientinnen, Ärzte/Ärztinnen und Spender/innen) mit adäquaten Informationen zur medizinischen Behandlung im Ausland versorgen, ein Anliegen, zu dessen Erfüllung es ihrer Ansicht nach einer internationalen Vernetzung bedarf.

Als Plattform für internationale Vernetzungen fand im Januar 2009 auf Initiative eines kleinen Komitees internationaler Experten in Kanada ein erstes Forum zum Thema „*Cross-Border Reproductive Care: Quality and Safety*“ statt. Unter Teilnahme von über 50 internationalen Experten²¹ aus unterschiedlichen Fachrichtungen wurden vor allem die Aspekte Qualität und Sicherheit diskutiert. Das Forum hatte in erster Linie die Ziele,

- Einigung darüber herbeizuführen, welche Informationen Experten/Expertinnen vor, während und nach der Behandlung von Patienten/Patientinnen (die ins Ausland reisen) kommunizieren sollen,
- Einigung darüber zu erzielen, wie umfassend die Patienten/Patientinnen informiert werden sollen,
- Etablierung eines internationalen Netzwerkes von Organisationen und Ländern, die sich für die Behandlungsqualität und Sicherheit einsetzen,

²¹ Die Experten und Expertinnen stammten aus Australien, Belgien, Brasilien, Frankreich, Deutschland, Großbritannien, Indien, Italien, Japan, Kanada, Mexiko, Nigeria, Norwegen, Spanien und den USA (Thorn 2008).

- Erfassung und Verbreitung quantitativer Informationen zu Art und Umfang des reproduktiven Reisens,
- Erstellung einer Broschüre, die alle Beteiligten (Patienten/Patientinnen, Ärzte/Ärztinnen, Samenspender, Eizellspenderinnen, Leihmütter) mit den notwendigen Informationen zum reproduktiven Reisen versorgt, sowie die
- Initiierung eines Forums, das Einzelpersonen, Organisationen und Ländern die Möglichkeit zum Austausch bietet. (CBCR 2009)

Autoren und Autorinnen, die den Begriff Reproduktionstourismus wählen, ist es ein Anliegen, darüber auf eine „zunehmende Verschränkung mit der Tourismuswirtschaft“ hinzuweisen und deutlich zu machen, dass neben Landesgrenzen auch andere Grenzen (z.B. die moralische Grenze des Erlaubten oder ethnische Grenzen) überschritten werden (Knoll, 2008, S. 79). „Reproduktionstourismus kann (...) nicht mit einer bloßen Umgehungsstrategie gleichgesetzt werden, sondern muss breiter gefasst werden.“ (Knoll, 2008, S. 80)

Knoll (2008) begründet ihre Begriffswahl – Reproduktionstourismus - damit, dass auch eine durch die regionale Gesetzeslage bedingte längere Anfahrt zu einer medizinischen Behandlung von mehreren Autoren/Autorinnen bereits als Tourismus bezeichnet wird und selbst Reisen ins Ausland, deren Zweck nicht primär der Erholung oder dem Kulturaustausch dient, als Tourismus angesehen werden. So wird beispielsweise die Fahrt ins Nachbarland zum Betanken des eigenen Autos als Tanktourismus bezeichnet und die Reise ins Ausland zur zahnmedizinischen Behandlung als Dentaltourismus. Fährt eine Person mit der Absicht zu sterben ins Ausland, nennt man dieses Phänomen Sterbetourismus (Knoll, 2008). Die sogenannten Fortpflanzungstouristen können „ (...) diesem spezifischen, transnational agierenden Klientel von mobilen Patienten im Medizinbereich zugerechnet werden“. (Knoll, 2008, S. 82)

Wie Knoll (2008, S. 79) konstatierte, werden bereits über den Begriff Reproduktionstourismus ökonomische Facetten der Reproduktionsmedizin indirekt thematisiert, da Tourismus an sich zugleich ein Wirtschaftszweig ist. Ein Beleg dafür, dass von Seiten der reproduktionsmedizinischen Institute in einigen Fällen tatsächlich medizinische Behandlungen mit kommerziellen touristischen Angeboten verknüpft werden, sind Werbeaktionen, wie sie z.B. auf den Homepages www.greeceivf.com, www.ivftreatmentabroad.com und www.ivf-holiday.de zu finden sind. Die Anbieter

offerieren neben einem Katalog an verschiedenen reproduktionsmedizinischen Behandlungen die Organisation der Reise, die Abwicklung der Visa-Angelegenheiten, die Betreuung vor Ort in der jeweiligen Landessprache sowie Informationen über kulturelle Sehenswürdigkeiten (Knoll, 2008). IVF-Holiday (www.ivf-holiday.de) weist beispielsweise in der Online-Broschüre mit dem Titel „Die Reise zu neuem Leben“ auf die Angebote „*Romantik*“, „*Wellness*“ und „*Kultur*“ hin, die neben der medizinischen Behandlung in Anspruch genommen werden können. Die Aussage: „*Wir arrangieren alles nach ihren Wünschen*“ zeugt von einer serviceorientierten Perspektive, die die medizinische Behandlung mit dem Dienstleistungssegment Tourismus verknüpft. Neben dem touristischen Service bieten etliche Kliniken im Ausland²² ihre Homepages in deutscher Übersetzung an und verfügen zum Teil über deutsch sprechendes Personal. Es gibt deutsche Firmen, die sich auf die Organisation von reproduktionsmedizinischen Behandlungen im Ausland spezialisiert haben. Ein Beispiel ist der Dienstleister Medicare²³, der mit sechs tschechischen Kliniken zusammenarbeitet und sich um die Organisation vom ersten Beratungstermin bis hin zur Abrechnung mit der Krankenkasse kümmert. Auf der Homepage kann jeder selbst berechnen, was eine Behandlung in einer Klinik eigener Wahl kosten würde. Medicare bietet jedoch aus rechtlichen Gründen keine Beratung über oder Vermittlung von Behandlungen mit Eizellspende an.

Die Annahme, dass die gewählten Begrifflichkeiten (Tourismus vs. Reisen) die Wahrnehmung der Konsequenzen vorstrukturieren und deshalb gewählt werden, scheint plausibel. Hinsichtlich der Informationspolitik der Paare vertritt Spiewak (2002, S. 3) die Auffassung, der Urlaubscharakter erleichtere es ihnen, die medizinische Behandlung zu verschleiern. Denn: „*Wie gesunde Paare kann man später sagen: Unser Baby wurde im Urlaub gezeugt.*“ (Spiewak, 2002, S. 3)

Die Vertreter beider Parteien (Reproduktionstourismus vs. reproduktives Reisen) setzen sich nahezu im gleichen Maße auch mit den Risiken und Gefahren der medizinischen Behandlung im Ausland auseinander. Diejenigen, die sich für die aus eigener Sicht wertneutrale Position des reproduktiven Reisens – in dieser oder ähnlicher Formulierung - entschieden haben,

²² Wie z. B. <http://www.tahefertilidad.es/>, www.irema.org, http://www.institutomarques.com/de_index.html, <http://altravita.ru/index-m.html>, http://www.fertimed.cz/de/main_de.htm, <http://www.pronatal.cz/index-de.php>, <http://www.avaclinic.com/index.php?102>, <http://www.cfc.com.cy/German%20Website/homeGE.htm>

²³ Online unter: <http://www.medicare-service.de/>

plädieren für eine bessere Unterstützung der von ungewollter Kinderlosigkeit Betroffenen und (potenziellen) Patienten mittels umfangreicher Beratung und Aufklärung (Thorn, 2008; Wischmann/ Thorn, 2010. Parallel dazu werben diejenigen, die von Reproduktionstourismus (Knoll 2008) sprechen, dafür, dass Verhalten der Kinderwunschaare im Hinblick auf Grenzüberschreitungen zu hinterfragen, ökonomische Zusammenhänge offenzulegen und sich kritisch-argumentativ auf Handlungspraktiken im Feld der Reproduktionsmedizin zu konzentrieren.

2.2 Zahlen und Daten

Im Jahr 2008/09 führte die ESHRE erstmalig eine Pilotstudie zur Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Unterstützung im Ausland durch (Shenfield et al., 2010). Von den 46 Kliniken aus sechs Ländern beteiligten sich auch 177 Patienten/Patientinnen aus Deutschland. Diese reisten zur Behandlung vorzugsweise in die Tschechische Republik (67,2 %), um sich einer IVF mit eigenen Eizellen oder einer Eizellspende zu unterziehen. Dieses Ergebnis stimmt mit der klinischen Erfahrung in der Beratung von Kinderwunschaaren von Wischmann & Thorn (2010) überein, derzufolge Paare aus Deutschland für eine Eizellspende vorzugsweise in osteuropäische Länder reisen. Ein weiteres bevorzugtes Ziel sei Spanien. Paare, die eine Eizellspende in Osteuropa oder Spanien in Anspruch nehmen, geben zumeist finanzielle Beweggründe für ihre Entscheidung an (Wischmann & Thorn, 2010). 80 % der von der ESHRE befragten Patienten/Patientinnen nennen für die Behandlung im Ausland juristische Gründe (Shenfield et al., 2010).

Neben restriktiver gesetzlicher Bestimmungen im Heimatland oder niedrigerer Behandlungskosten im Ausland (weswegen immer mehr Paare die Behandlung in Osteuropa durchführen), geben Paare auch berufsrechtliche Einschränkungen bzw. moralische Vorbehalte (z.B. von Ärzten/Ärztinnen, die keine homosexuellen oder alleinstehenden Menschen behandeln wollen) als Grund für ihre Auslandsreise an. Andere Gründe sind lange Wartezeiten in deutschen Kliniken, bessere medizinische Standards im Zielland, die Wahrung der Anonymität des Spenders, die Wahrung der Autonomie des Kindes (bei Eltern, die Wert darauflegen, dass das Kind einen rechtlichen Anspruch auf Kenntnis der eigenen Herkunft hat) oder – im Falle ausländischer Personen, die in Deutschland leben – der Wunsch, im Heimatland behandelt zu werden (Thorn, 2008). Manche Paare suchen sich bei einer

Gametenspende das Land danach aus, ob dessen Einwohner/innen dem eigenen Phänotyp entsprechen (Bergmann, 2011).

Tabelle 1

Darstellung der Gesetzeslage im europäischen Ländervergleich²⁴ sowie die Anzahl der Behandlungszyklen mit Eizellspende im Jahr 2006 (nach Mouzon et al., 2010)

Land	Rechtslage	Behandlungszyklen 2006 ²⁵ der Kliniken mit Eizellspende im IVF - Register	Spenderin für das Kind identifizierbar?
Belgien	wird angewandt	563	
Bulgarien	ungeregelt	18	ungeregelt
Dänemark	erlaubt, wenn Samen vom Partner der Empfängerin stammt Altersgrenze liegt bei 45 Jahren Gewinnung der gespendeten Eizelle ausschließlich im Rahmen einer IVF-Behandlung mit der Spenderin	31	ungeregelt Anonymität zwischen Spenderin und Empfängern
Deutschland	verboten		

²⁴ Quelle: Koch, Heilshorn & Hetz, 2003; Diedrich et al., 2008. - Italien: Gesetz zur assistierten Reproduktion vom 19.2.2004, Leitlinie zur IVF (Verordnung des Gesundheitsministeriums vom 21.7.04); Norwegen: Gesetz Nr. 56 v. 5.8.1994 Gesetzesänderung v. 27.3.1998, geändert durch Gesetz Nr. 100 v. 5.12.2003 (Act on the Medical Use of Biotechnology); Österreich: Fortpflanzungsmedizingesetz v. 4.6.1992 (Quelle: Max Planck Datenbank zu den rechtlichen Regelungen zur Fortpflanzungsmedizin in europäischen Ländern) European Commission, Report on the Regulation of reproductive Cell Donation in the European Union (2006). Results of Survey. Directorate C – Public Health and Risk Assessment. C6 Health Measures: Belgien: Gesetz vom 11.5.2003; Dänemark: Gesetz Nr. 460 v. 10.6.1997, Änderungsgesetz Nr. 427 vom 10.6.2003, Änderungsgesetz Nr. 240 vom 5.4.2004, Verordnung Nr. 728 v. 17.9.1997; Frankreich: Gesetze Nr. 94-653 und 94-654 v. 29.7.1994, Änderungsgesetz Nr. 2004-800 v. 6.8.2004; Griechenland: Gesetz zur medizinischen Assistierung bei der Humanreproduktion 3089/2002 v. 10. 12. 2002, Gesetz 3305/2005 v. 27.1.2005 zur Anwendung der Methoden der medizinisch assistierten Reproduktion; Großbritannien: Human Fertilisation and Embryology (Research Purposes) Regulation 2001; Niederlande: StGB-Ergänzung v. 16.9.1993, ESchG v. 1.9.2002; Spanien: Gesetz Nr. 35/1988 v. 24.11.1988, geändert durch Gesetz 45/2003 v. 21.11.2003.

²⁵ Quelle: de Mouzon et al.(2010).

Fortsetzung Tabelle 1

Land	Rechtslage	Behandlungszyklen 2006 ²⁶ der Kliniken mit Eizellspende im IVF - Register	Spenderin für das Kind identifizierbar?
Estland	Erlaubt Kommerzielle Spende nicht erlaubt		
Finnland	Erlaubt Kommerzielle Spende nicht erlaubt	385	ja
Frankreich	Eizellspende möglich, wenn der Same des Partners verwendet wird kommerzielle Spende erlaubt	573	Nein, anonym
Griechenland	erlaubt Kommerzielle Spende nicht erlaubt	152	anonym
Großbritannien	erlaubt Kommerzielle Spende nicht erlaubt	1763	ja
Irland	erlaubt	4	ungeregelt
Island	erlaubt		?
Israel	erlaubt kommerzielle Spende nicht erlaubt		unüblich
Italien	verboten		
Kroatien	ungeregelt		ungeregelt
Lettland	erlaubt	25	Ungeregelt/unüblich
Malta	ungeregelt		ungeregelt
Niederlande	erlaubt unentgeltliche Eizellspende ist möglich		Ja

²⁶

Quelle: de Mouzon et al.(2010).

Fortsetzung Tabelle 1

Land	Rechtslage	Behandlungszyklen 2006 ²⁷ der Kliniken mit Eizellspende im IVF - Register	Spenderin für das Kind identifizierbar?
Norwegen	verboten		
Österreich	verboten		
Polen	keine gesetzliche Regelung	315	
Portugal	Wird praktiziert	37	ungeregelt/unüblich
Rumänien	Wird praktiziert		Ungeregelt/unüblich
Russland	erlaubt	1110	nein
Schweden	erlaubt	148	ja
Schweiz	verboten		
Slowakei	ungeregelt		ungeregelt
Slowenien	Erlaubt, bei medizinischer Indikation	5	
Spanien	erlaubt	6547	Anonymitätsgebot bezüglich Spende, Anspruch des Kindes/der sozialen Eltern auf allgemeine Informationen über Spenderin, Offenlegung der Spenderidentität in besonderen Fällen Unentgeltlichkeit der Eizellspende
Luxemburg	Keine gesetzliche Regelung		Luxemburg
Tschechische Republik	erlaubt	511	
Ungarn	erlaubt	28	
Zypern		80	

²⁷

Quelle: de Mouzon et al.(2010).

Wie viele in Deutschland lebende Menschen solch einer im Ausland durchgeführten Eizellspende entstammen, lässt sich aufgrund des gesetzlichen Verbotes nicht eindeutig bestimmen. Kentenich & Utz-Billing (2006) stellten eine Schätzung auf. Sie legten dazu (anhand von Daten aus dem Jahr 2004) 60.000 IVF-Zyklen zugrunde. In Analogie zu Zahlen aus den USA sind davon 1 – 5 % Eizellspenden. Das entspricht nach Kentenich & Utz-Billing (2006) in etwa 2.000 Zyklen pro Jahr. Zieht man von 2.000 Zyklen die durchschnittliche Geburtenrate nach Eizellspende von 23,2 % (ESHRE, 2006) über alle praktizierenden Länder ab, erhält man einen Wert von 464. Auf Grundlage dieser Berechnung lässt sich als Schätzwert angeben, dass in Deutschland jährlich 464 Kinder mittels einer (im Ausland vorgenommenen) Eizellspende geboren werden.

2.3 Rahmenbedingungen und deren Konsequenzen bei Inanspruchnahme einer reproduktionsmedizinischen Behandlung im Ausland

Einige Autoren/Autorinnen weisen auf nur mangelhaft vorhersagbare Sicherheit und Qualität sämtlicher Rahmenbedingungen hin, die mit einer Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Unterstützung im Ausland einhergehen. Nach Ansicht von Knoll (2005) wird der Grenzübertritt mit einer höheren Erfolgsaussicht der medizinischen Behandlung in Verbindung gebracht, wodurch ein solcher Grenzübertritt einen gesteigerten „*Beschwörungsakt zur Evozierung eines Wunders*“ darstelle und einer magischen Praktik gleiche (Knoll, 2005, S. 228). Die Annahme eines Wunders von Seiten der Betroffenen würde nahelegen, dass elementare Sicherheitsbedürfnisse wie auch Kenntnisse über die Details des medizinischen Verfahrens und Hintergrundinformationen darüber vernachlässigt werden. Diese Ansicht vertritt auch Spiewak (2002):

Sie vertrauen sich Medizinern an, deren Sprache sie nicht sprechen. Sie zahlen Leistungen, deren Qualität sie nicht überprüfen können. Sie lassen sich das genetische Material von Menschen einsetzen, die sie nie gesehen haben [...]. (Spiewak, 2002, S. 3)

Von denselben Kritikern (z.B. Knoll, 2005; Spiewak, 2002) wird zum einen die zunehmende Professionalisierung der Reproduktionsmedizin (über eine sich ausweitende Serviceorientierung und professionelle Kooperationen) beklagt. Zum anderen wird

konstatiert, dass sich Betroffene mit mangelhaftem Informationsstand auf unsichere Verhältnisse mit unklarem Ausgang einlassen. Der Widerspruch mag sich darin auflösen, dass beide Verhältnisse parallel existieren und sich parallel weiterentwickeln. In den folgenden Unterkapiteln soll daher zunächst auf konkrete Rahmenbedingungen und Möglichkeiten eingegangen werden, die in Deutschland lebende Betroffene mit dem Anliegen, eine Eizellspende durchführen zu lassen, vorfinden.

2.3.1 Organisatorisch assoziierte Rahmenbedingungen

Für die Behandlung im Ausland und eine eventuelle Kontaktaufnahme zu Patientenorganisationen sind englische Sprachkenntnisse oder Kenntnisse in der Sprache des Behandlungslandes erforderlich. Die Patienten/Patientinnen müssen Informationen zur geplanten Behandlung verstehen und die Möglichkeit haben, Rückfragen stellen zu können. Manche Behandlungszentren haben einen Dolmetscherservice (Thorn, 2008). Im Verlauf der IVF ist eine tägliche Selbstmedikation erforderlich, die bei falschem Verständnis mit der Gefahr einer falschen Anwendung einhergeht. Mediziner tragen diesem Phänomen zunehmend Rechnung und geben Informationsbroschüren in diversen Sprachen heraus (Knoll, 2005).

2.3.2 Juristisch assoziierte Rahmenbedingungen

Thorn (2008) empfiehlt Betroffenen, sich darüber zu informieren, welche Dokumentation das Behandlungszentrum betreibt. Dies betrifft medizinische Unterlagen, aber auch solche, aus denen die Identität der Spenderin hervorgeht. Die europäische Geweberichtlinie sieht eine Aufbewahrungspflicht von mindestens 30 Jahren vor, um einen Zugang zu den Daten gespendeter Gewebe und Zellen zu gewährleisten.²⁸ Es sind jedoch nicht alle Länder dazu verpflichtet, den durch Eizellspende gezeugten Personen Einsicht in die entsprechenden Unterlagen zu gewähren. Aus diesem Grund gibt Thorn (2008) Patienten den Rat, mit dem Behandlungszentrum vorab zu klären, ob ein potenzieller Nachkomme der Eizellspende die Möglichkeit bzw. das Recht hat, die Identität der Spenderin ab einem gewissen Alter zu

²⁸ Quelle: EU-Richtlinie 2004/23/EG des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 31. März 2004 zur Festlegung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards für die Spende, Beschaffung, Testung, Verarbeitung, Konservierung, Lagerung und Verteilung von menschlichen Geweben und Zellen.

erfahren. Da etliche Länder diesbezüglich keine Regelung haben, ist dies von den Entscheidungen einzelner Zentren abhängig. Ist keine Identifizierung der Spenderin möglich, kann erfragt werden, ob den Nachkommen nicht zumindest solche Informationen (Alter, beruflicher Hintergrund, Hobbys) zur Verfügung gestellt werden können, über die die Identität der Spenderin nicht preisgegeben wird. Anhand dieser Angaben hätte das Kind zumindest eine vage Basis für die Entwicklung einer Vorstellung von der Spenderin. Da die Behandlung zu einer Spaltung von sozialer, biologischer und genetischer Elternschaft führt, ist die Bedeutung der Familienzusammensetzung und der Umgang damit zu reflektieren. Je nach Beantwortung der Frage nach der Aufklärung der Kinder (unter der Voraussetzung, dass die Optionen Aufklärung und Nichtaufklärung zur Wahl stehen) ergibt sich ein anderes Bedürfnis gegenüber dem Behandlungszentrum in Bezug auf die Behandlungsunterlagen (Thorn, 2008).

Die meisten Paare fahren laut Studienergebnissen der ESHRE (Shenfield et al., 2010) und gemäß den Erfahrungen von Wischmann und Thorn (2010) in osteuropäische Länder sowie nach Spanien. In osteuropäischen Ländern ist die Gesetzgebung uneinheitlich. In einigen Ländern wie in Polen existieren bezüglich der Eizellspende überhaupt keine gesetzlichen Vorschriften (Hofmann, 2005). Trotz der dort recht weit verbreiteten reproduktionsmedizinischen Praxis gelang es bisher nicht, die Bemühungen um eine juristische Regelung medizinisch begleiteter Fortpflanzungsmethoden in konkrete Rechtsvorschriften zu übertragen. Im polnischen Register ärztlicher Maßnahmen fehlen diesbezüglich ebenfalls entsprechende Vorschriften (Chanska, 2005). Diese Lage ist auf den starken Einfluss der katholischen Kirche zurückzuführen. Wie Hofmann (2005) berichtet, gibt es in Polen zwar eine verbreitete öffentliche Auseinandersetzung um antinatalistische²⁹ Verfahren; pronatalistische³⁰ Technologien sind jedoch mit einem starken Tabu behaftet. Ethik ist nicht selten auch religiös besetzt. Kliniken, die reproduktionsmedizinische Maßnahmen anbieten, stoßen daher auf starken Widerstand bei den Vertretern der katholischen Kirche. Dennoch sind 65 % der polnischen Bevölkerung der Auffassung, künstliche Befruchtung sollte erlaubt sein (Chanska, 2005). Dieses Paradox führt zu einer gesellschaftlichen Praxis, die Szamatowicz (2005, S. 52) folgendermaßen zusammenfasst: „Wenn also die Behandlung nicht verboten ist, ist sie erlaubt.“

²⁹ Verfahren, die eingesetzt werden, um eine Schwangerschaft zu verhindern oder zu unterbrechen.

³⁰ Verfahren, die eingesetzt werden, um ein Kind zu bekommen.

In den existierenden polnischen Zentren werden etliche Verfahren der Reproduktionsmedizin wie IFV, ICSI, Kryokonservierung oder auch die Eizellspende angeboten (Szamatowicz, 2005). In den meisten europäischen Ländern, in denen die Eizellspende zulässig ist, bleiben die Spenderinnen anonym (siehe Tabelle 2.). Während die Anonymität in Spanien gesetzlich vorgeschrieben ist (Koch et al., 2003), ergibt sie sich in den meisten osteuropäischen Ländern aus der Tatsache, dass es keine Regelung gibt und die Kliniken sich mit Blick auf ihre eigenen Interessen für die praktikablere Lösung entscheiden (Hofmann, 2005).

Für die Leiter/innen einiger Kliniken war die Rechtslage im eigenen Land Ausgangspunkt neuer Klinikgründungen über transnationale Verflechtungen mit den Nachbarländern. Diesen Zusammenhang zeigt das Beispiel des Klinikleiters Prof. Herbert Zech, der 1988 in Bregenz das Institut für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie (heute IVF Zentren Prof. Zech) gründete. Sukzessive erweiterte Prof. Zech seine Klinik mit Instituten in Meran (2001), Niederuzwil (2002), Plzeň (2003), Salzburg (2005) und Karlovy Vary (2008).³¹

Über reproduktionsmedizinische Behandlungsmethoden, die in Österreich nicht erlaubt sind (z.B. PID und Eizellspende), wird auf der viersprachigen Homepage (auf der alle Institute miteinander verlinkt sind) unter Verweis auf die Behandlungsoption im Nachbarland (mit weniger restriktiven Gesetzen) ausgiebig informiert. So wird z. B. direkt auf die Eizellspende Bezug genommen und darüber informiert, dass diese Behandlungsmethode in Österreich, Deutschland, Italien und der Schweiz nicht erlaubt ist, in der Tschechischen Republik jedoch praktiziert wird. Zugleich erfährt man, wann eine Indikation zur Eizellspende gegeben ist und in welcher Form die Behandlung praktiziert wird.³² Auf diese Weise ist es möglich, in Österreich (aufgrund der Gesetzeslage des Landes) legal nicht behandelbare Frauen auf die Partnerklinik im Nachbarland zu verweisen. Andere Reproduktionsmediziner unterhalten aufgrund ihrer Sprachkompetenzen Beziehungen ins Ausland. So betreut der in Österreich praktizierende Reproduktionsmediziner Dr. Feichtinger unter anderem in Wien lebende russische Frauen neben russischen Privatpatientinnen aus dem Ausland, nachdem er von 1990–1992 mit dem Gesundheitsministerium der ehemaligen Sowjetunion wissenschaftlich zusammengearbeitet hat (Knoll, 2005).

³¹ Die Geschichte der Institute ist auf der Homepage der Kliniken zu lesen:
<http://ivf.at/pressebereich/IVFZentrenProfZech.aspx>

³² Quelle:
<http://www.ivf.at/BEHANDLUNG/RisikenKomplikationen/Eizellspende/tabid/121/language/de-DE/Default.aspx>

Für die medizinische Vorbehandlung in Deutschland lebender Frauen ist im Fall einer geplanten Eizellspende im Ausland die Kooperation eines in Deutschland praktizierenden Mediziners erforderlich. Eine Initiative des Arztes in dieser Hinsicht ist jedoch juristisch reglementiert. So entschied die 15. Zivilkammer des Landgerichts Berlin am 15.11.2008 (Aktenzeichen: 15 O 146/08): *„Die Werbung für am Ort der Vornahme zulässige Eizellspende und Hinweis auf Vorbereitungshandlungen durch deutsche Ärzte ist wettbewerbswidrig.“* (Juris, 2001).

Ein Mediziner, der auf die Möglichkeit der Eizellspende im Ausland hinweist oder vorbereitende Handlungen dafür unternimmt, handelt nach Auffassung des Landgerichts Berlin wettbewerbswidrig. Da deutschen Mediziner demnach die Vorbehandlung oder ein Hinweis darauf aus wettbewerbsrechtlichen Gründen nicht erlaubt ist, stellt die Äußerung eines Behandlungswunsches von Seiten der Patienten angesichts der ethischen Gratwanderung eine emotionale Herausforderung für den Arzt/Ärztin dar.

Patienten sollten nach Ansicht von Thorn (2008) darauf achten, dass sie alle Dokumente zu der im Ausland vorgenommenen Behandlung erhalten, um so bei auftretenden Komplikationen eine erforderliche Nachbehandlung in Deutschland möglich zu machen. Deutsche Krankenkassen übernehmen allerdings keine Behandlungskosten für in Deutschland nicht erlaubte Maßnahmen. In manchen Fällen sind zudem mehrere Behandlungsversuche erforderlich, die mit zusätzlichen Kosten für Reise und Unterkunft verbunden sind. Sobald eine Schwangerschaft aber eingetreten ist, trägt das deutsche Gesundheitssystem alle Kosten, die bei versicherten Patientinnen während der Schwangerschaftsbetreuung und bei der Geburt eines Kindes anfallen.

2.3.3 Medizinisch assoziierte Rahmenbedingungen

Was die medizinische Behandlung nach erfolgter Eizellspende impliziert, zeigen die Ergebnisse der Metaanalyse von Pecks et al. (2011). Bei Patientinnen nach Eizellspende wird ein erhöhtes Risiko von hypertensiven Schwangerschaftserkrankungen (HES) konstatiert. Da diese Bevölkerungsgruppe überdies dazu neigt, die vorangegangene Eizellspende in Anbetracht gesellschaftlicher Stigmatisierung zu verschweigen, ist nach Ansicht mancher

Experten/Expertinnen „in Unwissenheit bestehender Risiken eine adäquate Schwangerschaftsüberwachung nicht gewährleistet“ (Pecks et al., 2011, S. 26).

Mediziner weisen zudem darauf hin, dass die Qualität der medizinischen Betreuung im Ausland von der betroffenen Patientin (und deren Partner) weder beurteilt noch sicher überprüft werden kann (Michelmann & Himmel, 2007).

Claudia Herbart findet im Netz seriöse Unikliniken und windige Kommerz -Befruchter. Kliniken auf Zypern werben mit eigenem Privatstrand, ukrainische Labors mit niedrigen Preisen. Auf virtuellen Marktplätzen preisen amerikanische Eizellagenturen ihre Spenderinnen an (Age 22, Height 5'2, Degree: Master) und versichern den Interessenten aus Germany in holprigem Deutsch, dass jede Frau ‚Intelligenzteste und Krankenrückblick‘ vorweisen könne. (Spiewak, 2002, S. 3)

Für das Ausland fehle ein Kontrollinstrument, das Aussagen zur Qualität der Therapie mache, wie es in Deutschland z.B. durch das IVF-Register (DIR) der Fall sei. Es gebe zwar in Österreich, Belgien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Ungarn, Island, den Niederlanden, Norwegen, Portugal, Spanien, Schweden und Großbritannien nationale Register. Die darin aufgeführten Daten würden jedoch nicht prospektiv erhoben und grundsätzlich publiziert. Vor diesem Hintergrund seien angegebene Schwangerschaftsraten nicht kontrollierbar (Michelmann/Himmel, 2007).

Die Praxis einiger osteuropäischer Zentren entspricht nach Michelmann & Himmel (2007, S. 121) „*trotz ISO-Zertifizierung keineswegs den deutschen Standardbedingungen.*“ So werde die Stimulationsbehandlung gelegentlich unzureichend überwacht und nachbetreut, was die Gefahr eines Überstimulationssyndroms erhöhe. Zudem würden im Labor zur Embryokultur Medien und Materialien eingesetzt, die in Deutschland nicht mehr zugelassen seien. Angesichts ihrer Kritik an den Rahmenbedingungen kommen Michelmann und Himmel (2007, S. 122) zu dem Schluss, dass die Behandlung im Ausland ausschließlich Paaren empfohlen werden kann, „*die aufgrund des Verbotes einer Eizellspende (...) Hilfe im Ausland suchen.*“

Das Mehrlingsrisiko ist vor allem in Ost- und Südeuropa recht hoch, da zur Erzielung einer hohen Schwangerschaftsrate oft drei oder mehr Embryonen transferiert werden. Die Daten des ESHRE European IVF Monitoring (EIM) zeigen, dass in Litauen bei 80,4 % der Transferübertragungen drei bis vier Embryonen verwandt wurden; in Ungarn war dies bei 71,8 % der Fall, in Bulgarien bei 68,6 %, in Griechenland bei 67 %, in der Ukraine bei 61,1 %, in Serbien/Montenegro bei 58,8 % und in Italien bei 52,4 % (Nygren, 2006).

Zunehmend übertragen Reproduktionsmediziner/innen im Ausland ihren Patientinnen nur noch einen Embryo, der aber zuvor aus mehreren befruchteten Eizellen im Hinblick auf sein Entwicklungspotenzial ausgewählt wurde. Eine solche Auslese ist deutschen Medizinern untersagt.

2.3.4 Rahmenbedingungen der psychosozialen und medizinischen Beratung im Kontext der reproduktionsmedizinischen Behandlung

Eine Debatte um psychosoziale Beratung vor, während und nach erfolgter Eizellspende erscheint auf den ersten Blick nicht erforderlich, da die Eizellspende in Deutschland nicht erlaubt ist. Doch der Praxisalltag in der Beratung widerspricht dieser Annahme. Nach Thorn und Wischmann (2008) erwägen zunehmend mehr Paare eine Eizellspende im Ausland und melden gegenüber psychosozialen Fachkräften entsprechenden Bedarf an, der auch nach erfolgter Spende noch entstehen kann.

Für ungewollt kinderlose Paare ist die Eizellspende – wie im Abschnitt 2.2 ausgeführt – der häufigste Grund, sich einer reproduktionsmedizinischen Behandlung im Ausland zu unterziehen. Die meisten Paare, die eine reproduktionsmedizinische Behandlung im Ausland anstreben, haben zuvor etliche erfolglose Behandlungen in Deutschland durchlaufen und bedürfen einer Orientierungshilfe im Hinblick auf die Vielzahl von Behandlungsangeboten. Sie sehen sich zum Teil mit Werbung von Instituten konfrontiert, die unseriöse Angaben bezüglich Erfolgsaussichten und Risiken machen. Die Paare müssen aufgrund rechtlicher Grauzonen juristische Unwägbarkeiten hinnehmen und eigene psychische, physische und materielle Grenzen reflektieren (Wischmann/Thorn, 2010).

Heimlich, wie Diebe in der Nacht, informieren sich Paare im Internet. Um ihr Risiko, an Pfuscher zu geraten, zu minimieren, organisieren sie sich, in Web-Adressen wie www.wunschkind.de, kinderwunsch.de oder eizellspende.de. (Kraske/Ludwig, 2005, S. 115)

In der Beratung selber zeigen Paare Interesse an Themen wie

Umgang mit dem Tabu, Stigma und juristische Verunsicherung, die Bedeutungszuschreibung des Spenders für die Wunscheltern und das Kind, dessen Anonymität sowie Identifizierbarkeit sowie die Frage der Aufklärung des Umfeldes und des Kindes [...]. (Thorn & Wischmann, 2008, S. 148)

Sie setzen sich ebenfalls „mit dem Dilemma auseinander, dass die Zeugungsart des Kindes in Deutschland unter Strafe steht“ (Thorn & Wischmann, 2008, S. 148). Ärzte/Ärztinnen in Irland, der Schweiz und Deutschland scheuen sich häufig aufgrund der heimischen Gesetzeslage (siehe Abschnitt 2.3.2), Paare über die Möglichkeiten im Ausland zu informieren, oder sie machen die eigene Unterstützungstätigkeit nicht öffentlich (Spiewak, 2002, S. 5). Das hat zur Folge, dass zahlreiche Paare in einer äußerst „vulnerablen Phase, in der sie auf medizinischen Rat und Fachverstand zählen müssten, weitgehend auf sich selbst gestellt [...] sind.“ (Leinmüller 2007, S. 1).

Nach Ansicht einiger Autoren/Autorinnen (Wischmann & Thorn, 2010, S.365; Spiewak, 2002, S. 2) gibt es zudem einen Mangel an Informationsmaterialien für Paare aus Deutschland, die eine Behandlung im Ausland planen.

Heimlich, wie Diebe in der Nacht, suchten wir Informationen im Internet. Wir trauten uns nicht, unseren Arzt zu fragen oder mit Freunden darüber zu sprechen. Nur online, wo wir anonym bleiben konnten, tauschten wir uns mit anderen aus. (Thorn, 2008, S. 4)

Pennings et al. (2008) sind der Ansicht, dass es einem/einer Arzt/Ärztin moralisch erlaubt sein sollte, über Behandlungsmöglichkeiten zu informieren, auch dann, wenn diese Behandlung im Heimatland verboten ist. Der/die Arzt/Ärztin sollte zudem auf die Möglichkeiten einer psychosozialen Beratung hinweisen. Pennings et al. (2008) sprechen auch die Empfehlung aus, Kontrollinstanzen zur Überprüfung von Sicherheit, Effizienz und ethischen Standards einzurichten. Regierungen, Patientenorganisationen und Fachgesellschaften sollten die Öffentlichkeit informieren und Risiken aufzeigen. Fachgesellschaften und Ärzte/Ärztinnen sollten Datenmaterial zusammenstellen, um Patienten/Patientinnen umfassend - auch hinsichtlich Erfolgsraten und Risiken – informieren zu können und Nachuntersuchungen durchzuführen.

Nicht nur vor einer Behandlung mit Eizellspende, sondern bei erfolgter Schwangerschaft auch danach besteht für die betroffenen Patienten/Patientinnen ein Betreuungsbedarf, der sich von dem für mit anderen reproduktionsmedizinischen Methoden behandelten Patienten/Patientinnen unterscheidet. Da (unabhängig von der speziellen Situation oben angesprochener Paare) zudem allein die medizinische Behandlung des unerfüllten Kinderwunsches mit psychischen Belastungen einhergeht, hat man die psychosoziale

Beratung in einigen Ländern inzwischen in den medizinischen Behandlungskatalog integriert. Konzepte für die psychosoziale Kinderwunschberatung wurden erst in den letzten Jahren erstellt (Covington & Burns, 2006).

In einigen Ländern wurden Fachgesellschaften gegründet, die Qualifikationsstandards für die Beratung definieren und Möglichkeiten der Fort- und Weiterbildung anbieten. In Deutschland wird diese Aufgabe von der Deutschen Gesellschaft für Kinderwunschberatung BKiD übernommen, während international die International Infertility Counselling Organisation zuständig ist. Die BKiD und die British Infertility Counselling Association (BICA³³) haben für die jeweiligen Länder Leit- und Richtlinien für die psychosoziale Beratung bei Kinderwunsch³⁴ und die psychosoziale Beratung bei Gametenspende³⁵ erstellt. Bei der Gametenspende spricht sich die BKiD für eine Beratung vor Behandlungsbeginn aus (Thorn & Wischmann, 2010, BICA 2006). Die ESHRE hat ebenfalls Richtlinien für die psychosoziale Beratung bei Kinderwunsch erstellt³⁶ und darüber hinaus eine Task-Force für Cross-Border Reproductive Care eingerichtet³⁷. Ferner hat sie für den Bereich der ART³⁸ Richtlinien für die psychosoziale Beratung bei Gametenspende veröffentlicht³⁹. Im Jahr 2008 wurde überdies ein Positionspapier zum Thema *reproduktiven reisen* veröffentlicht (Pennings et al., 2008).

Ob und in welcher Form im Rahmen der reproduktionsmedizinischen Behandlung eine psychosoziale Beratung stattfindet, ist international unterschiedlich geregelt (Haase/Blyth, 2006). In Großbritannien, Australien und Neuseeland sieht die Gesetzgebung vor, dass in den Zentren ausschließlich entsprechend qualifizierte Fachkräfte für die psychosoziale Beratung angestellt werden oder feste Kooperationsvereinbarungen mit Fachkräften zu treffen sind. Die Fachkräfte müssen die Qualifikationsanforderungen der Fachgesellschaften erfüllen. In den USA ist eine enge Kooperation mit Experten der psychosozialen Beratung in den Zentren gängige Praxis, ohne dass dies formal in Vorschriften fixiert wurde.

³³ Die Leitlinien der BICA zur psychosozialen Beratung bei Kinderwunsch sind unter <http://www.bica.net/books/guidelines-good-practice-infertility-counselling> zu finden [10.11.2011].

³⁴ Die Richtlinien der BKiD zur psychosozialen Beratung bei Kinderwunsch sind unter <http://www.bkid.de/richtlinien.pdf> zu finden [8.6.2011].

³⁵ Die Leitlinien der BKiD zur psychosozialen Beratung bei Gametenspende sind unter http://www.bkid.de/gs_leitlinien.pdf aufgestellt [8.6.2011].

³⁶ Einzusehen unter <http://www.eshre.com/binarydata.aspx?type=doc/psyguidelines.pdf> [8.6.2011].

³⁷ Einzusehen unter <http://www.eshre.com/ESHRE/English/Task-forces/TF-Cross-border-reproductive-care/page.aspx/498> [8.6.2011].

³⁸ ART ist die Abkürzung für „Assisted Reproductive Technology“

³⁹ Einzusehen unter <http://www.eshre.com/ESHRE/English/SIG/Ethics-and-Law/Task-Force-Documents/page.aspx/136> [8.6.2011].

In Großbritannien, Australien, den USA und Kanada werden einige Behandlungen (donogene Insemination, Leihmutterschaft) ausschließlich nach erfolgter psychosozialer Beratung durchgeführt.

Eine Umfrage, an der 53 europäische IVF-Zentren teilnahmen, ergab jedoch, dass nur ein Drittel der Zentren an externen Qualitätskontrollen teilnimmt; nur wenige haben die Richtlinien der EU-Direktive „Gewebe“ umgesetzt. Eine Nachbetreuung findet zumeist nicht statt (Leinmüller, 2007). Die Qualität der Behandlung ist nicht immer gewährleistet und wird auch nicht ausreichend objektiv überprüft (Michelmann/Himmel, 2007).

Aus diesem Grund geben z.B. der internationale Dachverband der Patientenorganisationen⁴⁰ (International Consumer Support for Infertility [iCSI]) Informationen für Patienten/Patientinnen heraus, während die BKiD Leitlinien für die „Psychosoziale Beratung für Frauen und Männer, die eine Kinderwunschbehandlung im Ausland beabsichtigen“ erstellt (Wischmann/Thorn 2010, S. 396). Die iCSI und Fertility Europe haben zudem eine Übersicht über Patientenorganisationen zusammengestellt⁴¹, die Betroffenen den Zugang zu Patienten- und Selbsthilfeorganisationen im Zielland erleichtern soll. Diese Organisationen können Beratung und Aufklärung im juristischen Bereich anbieten, detaillierte Informationen über Behandlungspraktiken im Land geben und Kontakte zu anderen Wunscheltern aus dem jeweiligen Land vermitteln (Wischmann/Thorn, 2010).

Die Experten der Reproduktionsmedizin stellen sich zunehmend darauf ein, dass ihre Patienten im Allgemeinen eine Behandlung im Ausland und im Besonderen Eizellspenden in Anspruch nehmen. Diese Akzeptanz seitens der Mediziner/innen zeugt von der fortschreitenden Entstigmatisierung der betroffenen Bevölkerungsgruppe(n). Die gegenwärtige Situation macht aber auch deutlich, dass Betroffene sich vermehrt selbstständig informieren müssen.

Die oben genannten Autoren/Autorinnen eignen sich in Eigeninitiative das erforderliche Hintergrundwissen an, um Patienten/Patientinnen bzw. Klienten/Klientinnen versorgen und im Rahmen der bestehenden Gesetzeslage beraten zu können. Sie bauen

⁴⁰ Quelle: <http://www.icsicommunity.org/information/fact-sheets/travelling-abroad-for-art> [10.11.2011].

⁴¹ Zu finden auf: iCSI (<http://www.icsicommunity.org/>) und Fertility Europe (www.fertilityeurope.eu) [10.11.2011].

Kooperationsbeziehungen auf und knüpfen Netzwerke, von denen Betroffene profitieren. Einige der Betroffenen wiederum schaffen Online-Begegnungsstätten und damit zentrale Möglichkeiten des Austausches (z.B. www.eizellspende.de).

Wachsende räumliche Mobilität und die nahezu weltweite Verfügbarkeit von Informations- und Kommunikationstechnologien machen es möglich, dass sich selbst große geographische Entfernungen immer schneller überwinden lassen - zumindest schneller als die Grenzen des deutschen Rechtssystems. Letztendlich wünschen sich Betroffene, die sich diese Möglichkeiten zunutze machen, Unterstützung in der Gegenwart. Abgesehen von der oben genannten Pionierarbeit engagieren sich in Deutschland aber nur wenige Menschen beispielsweise für eine Überarbeitung des Embryonenschutzgesetzes und der damit verbundenen Richtlinien. Gelegentlich plädieren Mediziner/innen auch für eine Neufassung des Embryonenschutzgesetzes. So spricht sich z.B. der Reproduktionsmediziner Prof. Dr. med. H. Kantenich dafür aus, die Eizellspende in Deutschland per Gesetz zu ermöglichen (Wewetzer, 2010). Der Verein Wunschkind e.V. macht sich ebenfalls in einer Erklärung und in dem von betroffenen Vereinsmitgliedern erstellten „Schattenbericht“ (Turner/Ziegler, 2008) auf der eigenen Homepage⁴² für die Legalisierung der Eizellspende stark. Michelmann/Himmel (2007) richten sich mit ihrem Plädoyer an Fachleute, wenn sie schreiben:

Wenn Patienten mit den gesetzlichen Restriktionen eines Landes unzufrieden sind, sollte man nicht die gesetzlichen Schlupflöcher eines anderen Landes ‚ausbeuten‘, sondern in Zusammenarbeit mit den entsprechenden Gremien des eigenen Landes diese Situation verändern. (Michelmann/Himmel, 2007, S. 123)

2.4 Grenzüberschreitungen und deren Facetten bei Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Unterstützung im Ausland

Allein die legal zugängliche IVF betreffend werden in Bezug auf den medizinischen Eingriff als solchen in der Literatur (Koch, 1998, S.21) vier (Eingriffs-)Ebenen diskutiert, auf denen geltende Grenzen überschritten werden:

⁴² Einzusehen unter:

http://www.wunschkind.de/fileadmin/user_upload/PDFs/PDFs_Infoblaetter/Alternative_report_Germany43_Wunschkind-eV_2008_dt.pdf [letzter Zugriff am: 10.11.2011].

- der Ersatz oder die Umgehung von Reproduktionsorganen mit eingeschränkter oder fehlender Funktion (z.B. blockierte Eileiter durch IVF oder mangelhafte Spermienqualität durch ICSI),
- der Ersatz bzw. Austausch der am Reproduktionsprozess beteiligten Personen (z.B. über Samenspende oder Eizellspende),
- die Aufhebung der räumlich-zeitlichen Koppelung der verschiedenen Teile des natürlichen Fortpflanzungsvorganges durch Kryokonservierung und Lagerung von Eizellen, Spermien oder befruchteten Eizellen und Embryonen,
- der Zugriff auf die genetische Identität der am Fortpflanzungsprozess beteiligten Personen durch PID, IVF mit Zellkerntransfer oder durch Eingriffe in die Keimbahn.

Thompson (2005) entwickelte ein Konzept der ontologischen Choreographie der assistierten Reproduktion. Demnach überschreitet eine Person im Zuge des Reproduktionstourismus mehrere Grenzen. Thompson zählt insgesamt zehn auf:

- 1) geographische Distanzen;
- 2) Landesgrenzen;
- 3) moralische Grenzen, d.h. gesellschaftliche Übereinkünfte hinsichtlich der Frage, wer sich vermehren darf/kann und wer nicht, oder welche Art von Behandlung die Medizin durchführen darf. Hieraus ergibt sich der Konflikt, wie die Interessen der (zukünftigen) Eltern gegen die der Kinder abzuwägen sind, beispielsweise im Fall der Frage um das Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung;
- 4) gesetzliche und religiös motivierte Grenzen sowie die unausgesprochenen Grenzen von Erlaubt - Verboten
- 5) Körpergrenzen, z.B. indem die IVF Eizellen außerhalb der weiblichen Fortpflanzungsorgane verfügbar macht, da die Befruchtung und die ersten Tage der Embryonalentwicklung außerhalb des Körpers stattfinden. Die Folge sind grenzüberschreitende Verwandtschaftsbeziehungen;
- 6) die zeitliche Begrenzung der reproduktiven Lebensphase: *„Mit einer Eizellspende erscheint (...) auch die zeitliche Begrenzung der reproduktiven Lebensphase nicht mehr unüberwindbar, sondern kann ausgedehnt werden und die späte, die menopausale Schwangerschaft wird zur Option“* (Knoll, 2008, S. 91)
- 7) die Grenze des Angebots. Hinsichtlich Standard und Qualität hat die globale Reproduktionsmedizin ein sehr differenziertes Angebot. Preis, Leistung und Qualität der jeweiligen Kliniken können gegeneinander abgewogen werden;

- 8) die Grenze der Verhältnismäßigkeit zwischen attraktiven Honoraren und dem tatsächlich Leistbaren;
- 9) die ethnische Grenze. Entweder fahren Menschen in eine Region, die sich ethnisch von der eigenen unterscheidet, oder Migranten/Migrantinnen reisen in das Land ihrer eigenen ethnischen Herkunft, was oft sprachliche Gründe hat;
- 10) die Grenze des Wissens. Sie betrifft den Wunsch entweder nach Kenntnis der Spenderidentität oder nach absoluter Anonymität.

Vor dem Hintergrund dieser Vielzahl an möglichen Grenzüberschreitungen diskutieren Experten/Expertinnen kontrovers darüber, ob die Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Unterstützung im Ausland

- *„ein Zeichen reproduktiver Autonomie,*
- *ein (en) Ausdruck zivilen Ungehorsams*
- *oder eine illegale Handlung“* darstelle (Thorn, 2008; Wischmann/Thorn, 2010, S.396).

Im Rahmen einer im Ausland in Anspruch genommenen Eizellspende werden die ungewollt Kinderlosen selbst aktiv und nutzen eine rechtliche Grauzone der Legalität aus, was sich je nach Rechtsauslegung auch als illegale Handlung betrachten ließe. Trotz des Umstandes, dass es scheint, derartige medizinische Behandlungen im Ausland würden von Seiten verschiedener Beteiligter möglichst nicht publik gemacht, stellen sie nach Ansicht von Knoll (2008) in der praktizierten Form *„eine Bedrohung des Einflusses nationaler Rechtsstaatlichkeit“* dar (Knoll, 2008, S. 72). Aus diesem Grund gilt es nach Auffassung von Beck (2007) - unabhängig davon, wie viele Personen zur medizinischen Behandlung ins Ausland reisen -, die Bedrohung für den Rechts- und Nationalstaat herauszustellen.

Die Task-Force on Ethics and Law der European Society for Human Reproduction and Embryology (ESHRE) hat sich mit der Frage auseinandergesetzt, ob Bürger/innen in einer Demokratie das Recht auf eine Behandlung im Ausland haben, wenn diese Behandlung in ihrem Land nicht verfügbar oder verboten ist. Es gebe (nach Ansicht der Task-Force) zwar die Pflicht, nationales Recht einzuhalten, aber unter bestimmten Umständen sei es legitim, die Gesetzgebung des Landes zu umgehen. Task-Force plädiert dafür, die Fortpflanzungsautonomie zu respektieren, und begründet ihre Haltung damit, dass Autonomie und Selbstbestimmung stetig an Bedeutung gewinnen. Diese wachsende Bedeutung rechtfertige auch Grenzüberschreitungen, allerdings nur in solchen Fällen, in denen Sicherheit und Wohl der Patientin sowie das Wohl des zu zeugenden Kindes berücksichtigt würden. Alle

Bürger hätten ein Recht auf Zugang zu einer angemessenen Gesundheitsversorgung, weswegen die ESHRE Task Force on Ethics and Law sich für eine staatliche Finanzierung der entstehenden Kosten ausspricht (Pennings et al., 2008). Darüber hinaus veröffentlichte sie im Jahr 2002 eine Studie zur Gameten- und Embryospende. Darin hebt sie hervor, dass Bedarf an weiteren gesetzlichen Regelungen und medizinischen Empfehlungen bestehe, da es folgende sich widersprechende Interessen gegeneinander abzuwägen gelte:

- das Recht auf Autonomie und Privatsphäre der Eltern,
- das Recht auf Privatsphäre des Spenders/der Spenderin und
- das Recht des Kindes, die eigene genetische Herkunft zu erfahren.

Im Rahmen einer ethischen Debatte sollten folgende Prinzipien verhandelt werden:

- Autonomie,
- Wohltätigkeit,
- Nichtschädigung und
- Gerechtigkeit.

Das Ausnutzen der rechtlichen Grauzone, wie es gegenwärtig bei sogenannten Fortpflanzungstouristen der Fall ist, wird von Kritikern gerne als Ausdruck zivilen Ungehorsams gewertet. Manch einer zieht die Parallele zu einem Phänomen der 1970er Jahre, als deutsche Frauen - veranlasst durch die Gesetzeslage im eigenen Land - heimlich zur Abtreibung in die Niederlande fuhren (Kraske/Ludwig 2005) und damit (aus zeitgenössischer Perspektive) als bedauernswerte Leidtragende rigider Gesetze erscheinen.

Den zunehmenden ‚Fortpflanzungstourismus‘ empfindet Klaus Diedrich, Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, ‚beschämend für ein hochzivilisiertes Land‘. [...] Von ausländischen Kollegen, so Diedrich, ‚werden wir nur mitleidig belächelt. (Kraske/Ludwig, 2005, S. 118)

Eine andere Betrachtungsweise erfahren diejenigen, denen das Ausleben reproduktiver Autonomie zugeschrieben wird. Die Darstellung des Grenzübertritts als Zeichen reproduktiver Autonomie hat mehrere Facetten, ja ein ganzes Bündel von Bedeutungen, von denen in der Öffentlichkeit vor allem jene in den Vordergrund gerückt werden, die sich auf – in der Vergangenheit – nicht vorhandene Optionen beziehen. So liest man *„Das Geschäft der Babymacher boomt“* oder *„Wir bieten in der Fortpflanzungsmedizin alles, was möglich ist“* (Kraske/Ludwig, 2005, S. 110); da ist die Rede von *„Zellhaufen“* und *„Zellklumpen“* sowie von *„Schnäppchenangeboten“* (ebd., S. 115), und es werden Zeiten, *„da Frauen im Oma-Alter schwanger werden“* (Spiewak, 2002, S.2), heraufbeschworen und *„Omi-Muttis“* und *„Rescuer*

Babys“ (Knoll, 2008, S. 64) herbeigeredet. Über derartige Begrifflichkeiten in manchen Veröffentlichungen der Tagespresse wie auch in fachspezifischen Abhandlungen wird die Wahrnehmung, dass es sich bei der Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Unterstützung im Ausland um eine prekäre Angelegenheit handeln müsse, geschürt.

Die Fokussierung auf extreme Vorkommnisse oder Schäden und Nachteile, die den Nachkommen oder Spenderinnen zugemutet würden, mögen in einigen Fällen ihre Berechtigung haben und für die Diskussion von Nutzen sein. In erster Linie ist jedoch eine sachliche und lösungsorientierte Debatte um die Wahlfreiheit der Eltern einerseits und die Persönlichkeitsrechte ihrer Kinder andererseits dringend erforderlich. Wenn die Aufmerksamkeit ausschließlich und einseitig auf extreme Auswüchse der gesamten Thematik gelenkt wird, ist das insofern kontraproduktiv, als Betroffene und behandelnde Mediziner/innen vermehrt das eigene Empowerment in den Fokus nehmen, und ihr Blick auf Lösungsansätze für die Bedingungen und Folgen des eigenen Handelns verstellt wird.

Autonom (im Sinne von selbstbestimmt) agierende Patienten/Patientinnen werden von einigen Autoren/Autorinnen mit Verbrauchern von Handelswaren gleichgesetzt:

Dieses bedürfnis- und konsumorientierte Nachfragesystem, in dem nicht Basisversorgung, sondern Wahlmöglichkeit im Vordergrund steht, hat eine neue Spezies von Patienten hervorgebracht, [...] die informierten und mobilen ‚Selbstzahler‘, die über die notwendigen Mittel verfügen und es verstehen, ein globales Angebot vorteilsorientiert auszuloten und zu nutzen. (Knoll 2008, S. 67)

Bei einer solchen Beschreibung wird der Schwerpunkt auf Aspekte des Konsums gelegt. Vernachlässigt wird der Punkt, dass die „mobilen Selbstzahler“ infolge eines Selektionsprozesses, der die immobilen und weniger finanzkräftigen Patienten/Patientinnen abhängt, übrigbleiben. Ein besonderes Augenmerk der Kritiker gilt dem parallelen Konsum von touristischen (Luxus-) Dienstleistungen und medizinischen Behandlungseinheiten.

Sie vergleichen Kliniken und Flüge und nehmen die Terminorganisation und Buchung in die eigene Hand, sie organisieren sich eine zur Klinik verkehrsgünstig gelegene Unterkunft und bereichern ihren Repro-Trip oft auch mit ein wenig Sightseeing, mit Städte- oder Strandurlaub in Eigeninitiative. (Knoll 2008, S. 70)

In der Außendarstellung unterscheiden sich die reisenden Wunscheltern von den Frauen die in den 1970er Jahren zur Abtreibung über die Grenze nach Holland führen, über den Aspekt des Konsums. Die Paare nehmen die reproduktionsmedizinische Behandlung in Kombination mit touristischen Vergnügungsoptionen höchstwahrscheinlich jedoch nicht in erster Linie wegen der touristischen Angebote in Anspruch. Die Urlaubskomponente verschleiert die Bedürftigkeit der Paare sowie deren legitimen Wunsch nach Elternschaft und lässt sie als dekadente Egozentriker erscheinen. Ob dekadente Egozentriker oder selbstbewusste Wunscheltern - Autonomie ist (nach Ansicht der Verfasserin) nicht durch den kommerziellen Erwerb medizinischer Leistungen zu erzielen, sondern durch deren reflektierte Inanspruchnahme. Die vom finanziellen Einkommen unabhängige Chancengleichheit ist jedoch Voraussetzung für die Option einer autonomen Entscheidung für oder gegen die reproduktionsmedizinische Behandlung.

Abgesehen vom touristischen Aspekt betrachten etliche Autoren/Autorinnen die Reproduktionsmedizin insgesamt als Wirtschaftszweig (Kastilan, 2009), der an sich schon illegitim erscheine. Nach Ansicht von Knoll (2005, S. 206) ist die Reproduktionsmedizin eine Form des freien Unternehmertums, das sich von der klassischen Medizin mit ihren lebensnotwendigen Behandlungen und Operationen dadurch unterscheidet, dass die Reproduktionsmedizin „mit dem Ziel der individuellen Wunscherfüllung gegen Bezahlung“ eingerichtet wurde. So

[...] unterliegt auch die IVF den Gesetzen der Marktwirtschaft. Angebot und Nachfrage bestimmen die Einkünfte von IVF-Kliniken und Pharmakonzernen, womit die IVF eine besondere Form der Medizin darstellt, weil sie im Schnittfeld von Behandlung und Konsumtion angesiedelt ist. (Knoll, 2005, S. 206)

Da die gesamte Wirtschaftsordnung der BRD kapitalistisch ausgerichtet ist, ist nahezu jede medizinische Tätigkeit im Schnittfeld zwischen Behandlung und Konsumtion angesiedelt. Denn für jede Form der medizinischen (Be-)Handlung am Patienten ist ein finanzieller Transfer notwendig, der die Einkünfte von Kliniken, Konzernen und privaten Arztpraxen sichert. In medizinischen Zentren/Kliniken, die von staatlichen Transferleistungen profitieren oder vollständig darüber finanziert werden, schleichen sich gewinnorientiertes Handeln und die Möglichkeit der finanziellen Beteiligung von Patienten über die Ansprüche und Leistungskataloge der Krankenkassen ein. Neuere Entwicklungen in der Reproduktionsmedizin und deren Begleiterscheinungen bilden jedoch einen idealen Ausgangspunkt für einen gesellschaftlichen Diskurs darüber, was als lebensnotwendig

erachtet werden kann und was nicht. So könnte z.B. auch die Kieferorthopädie in die Kategorie der individuellen Wunscherfüllung passen. Schließlich stellt die Modifizierung eines voll funktionstüchtigen Gebisses zu einem optisch gesellschaftskonformen Gebiss keine lebensnotwendige Behandlung dar. Welcher Maßstab soll in einer säkularen Gesellschaft zur Beantwortung der Frage, wo die Grenze zwischen der Optimierung einer Person und deren Heilung zu ziehen ist, angelegt werden? Welche Kriterien sollen herangezogen werden? Sind diese Fragen einmal beantwortet, steht immer noch offen, was daraus folgt und für welchen Personenkreis dies gilt.

2.5 Die (potenziellen) Folgen der Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Behandlung im Ausland

Ein Positionspapier, von Pennings et al. (2008) entwickelt, weist auf folgende Auswirkungen hin, die mit reproduktivem Reisen einhergehen:

- Wenn Paare die Grauzone in der Gesetzgebung ihres Landes nutzen, stelle dieses Verhalten eine Art Sicherheitsventil dar. Es verhindere, dass Druck dazu führe, Gesetzesveränderungen zu erwägen.
- Wenn Patienten/Patientinnen aus reicheren Ländern vor allem in ärmere Länder fahren, könne das dazu führen, dass die medizinische Versorgung Letzterer hauptsächlich Menschen aus dem Ausland zur Verfügung gestellt würde und den Bürgern des eigenen Landes fehle.
- Die Kosten für eine Eizellspende könnten durch die Nachfrage im Ausland in die Höhe getrieben werden. Eltern aus dem Heimatland könnten sich daraufhin die Behandlung nicht mehr leisten.
- Es bestehe zudem die Gefahr der Ausbeutung von Frauen.

Berg (2008) stimmt mit Pennings et al. (2008) darin überein, dass Patienten aus Industrieländern medizinische Therapien in Schwellenländern in wachsendem Ausmaß in Anspruch nehmen. Dies könne dazu führen, dass sich Schwellenländer auf Kosten der Basisgesundheitsversorgung der örtlichen Bevölkerung zunehmend auf ausländische Patientenwünsche spezialisierten. Auf diese Weise würde die Abwanderung von Fachkräften des öffentlichen in den privaten Gesundheitssektor forciert. Wegen der nachfragebedingt

steigenden Preise könnten einheimische Patienten/Patientinnen von der Behandlung ausgeschlossen werden.

Das Phänomen der globalen Zusammenschlüsse im Bereich der Reproduktionsmedizin, das im Kap. 2.3.2 dargestellt wird, bezeichnet Knoll (2005) mit dem von Ritzer (1995) im Jahre 1993 geprägten Begriff als *McDonaldisierung* (Knoll, 2005, S. 214). Sie führt aus, dass ein Unternehmen beispielsweise in Wien als „Mutterinstitut“ fungiere. Dieses lege technische und methodische Standards fest und betreibe Qualitätskontrolle und Qualitätsmanagement, die in den vier Tochterkliniken in Ungarn umgesetzt würden. Diese Strategie sei mit der Handlungsweise globaler Firmenketten wie McDonald's vergleichbar. Der Vision, dass westliche Medizinpraktiken einschließlich sämtlicher (auch kultureller) Konsequenzen weltweit exportiert würden, widerspricht jedoch auch Knoll (2005).

Auch im Falle der In-Vitro-Fertilisation ist nämlich das Konzept der McDonaldisierung im Sinne einer Auflösung, Vereinheitlichung und Homogenisierung kulturell verschiedenartiger Bedeutungen von Zugängen zu und Umgängen mit ungewollter Kinderlosigkeit allgemein und mit dieser Technologie im Besonderen zurückzuweisen. (Knoll, 2005, S. 215)

Ein Beispiel dafür, dass die gleiche Technologie in verschiedenen Ländern mit unterschiedlichen Bedeutungen verknüpft wird und demzufolge zu anderen Handlungspraktiken führt, zeigt der von Knoll (2005) aufgeführte Vergleich zwischen Indien und Deutschland. Denn während die IVF in Deutschland und Österreich zum erwünschten Kind führt, erhöht sie in Indien die Bereitschaft zur Sterilisation. Die IVF kann auch bei bereits vorgenommener Sterilisation erfolgreich durchgeführt werden. Die zunehmende technische Verbesserung der Methode steigert daher die Bereitschaft zur Sterilisation, da diese nicht mehr endgültig erscheint, sondern mittels IVF wieder „rückgängig“ gemacht werden kann (Agnihotri Gupta, 2000, S. 244; Knoll, 2005).

Unter all den oben diskutierten Auswirkungen bleibt (im Hinblick auf die im Ausland vorgenommene Eizellspende) ein zentraler Aspekt in der öffentlichen Diskussion unterrepräsentiert: die Situation der Nachkommen. Aus donogener Insemination entstandene Personen melden sich bereits in der Öffentlichkeit zu Wort. Sie haben erste Initiativen zur Klage auf Herausgabe der Spenderakten (Faigle, 2007) ergriffen, richten Webauftritte ein,

geben Interviews und stellen politische Forderungen⁴³. Eine vergleichbare Entwicklung im Hinblick auf die Nachkommen aus Eizellspenden ist abzusehen. Für diese bleibt zu hoffen, dass ihnen zukünftig nicht ähnliche Barrieren im Weg stehen.

3. Elternschaft im kulturellen und rechtlichen Diskurs

In diesem Kapitel soll das Thema Elternschaft mittels Eizellspende, bezogen auf die bestehende Gesetzeslage, diskutiert werden. Zunächst wird die juristische Argumentation im deutschen Embryonenschutzgesetz dargestellt und anschließend im Hinblick auf gesellschaftliche Implikationen und Diskurse zur Elternschaft, insbesondere in Bezug auf Mutterschaft, diskutiert.

3.1 Gespaltene Elternschaft

Bei einer Eizellspende lässt sich eine Frau fremdes Gewebe, welches die vollständigen genetischen Anlagen der Spenderin enthält, transplantieren. Dies hat zur Folge, dass die Mutter, welche Schwangerschaft und Geburt erlebt sowie das Kind erzieht, zwar im sozialen, biologischen und juristischen Sinne Mutter ihres Kindes ist, genetisch betrachtet jedoch nicht. Genetische Mutter ist die Spenderin. Dieses Phänomen wird als gespaltene Mutterschaft bezeichnet.

Die (historisch gesehen) erste Spaltung von Mutterschaft war die Trennung zwischen biologischer und sozialer Mutterschaft, wie sie bei der Stiefmuttertschaft vorkommt. In europäischen Mythen und Märchen, wie z.B. den Märchen „Aschenputtel“ und „Schneewittchen“ der Gebrüder Grimm (Grimm & Grimm, 2000), ist die Stiefmutter ein Stereotyp, das immer wieder auftaucht (Lüthi, 2005). Im Allgemeinen wird der Stiefmutter eine auf das Stiefkind destruktive Wirkung zugeschrieben (Brownmiller, 1984; Grimm & Grimm, 2000). Um ihr Missverhalten deutlich zu machen, wird ihr am Ende der Geschichte stets eine Strafe auferlegt (Brownmiller, 1984).

⁴³ Zum Beispiel: <http://www.kindaussamenspende.ch/Spenderkinder/Home.html> oder <http://www.di-kind.de/> [10.11.2011].

Es sind lieblose Stiefmütter, der Inbegriff von Egoismus, anmaßendem Stolz und Ehrgeiz. Sie denken nicht an ihre mütterlichen Pflichten oder schmieden sogar Pläne, sich der Kinder zu entledigen. [...] Die böse Stiefmutter ist ein warnendes Beispiel mütterlicher Gleichgültigkeit und Grausamkeit, die am Ende immer die wohlverdiente Strafe erhält. (Brownmiller, 1984, S. 234).

Grimms Märchen und andere europäische Märchen spiegeln die kulturellen Werte des Christentums wider (Bettelheim, 1980, S. 20)⁴⁴. Sie vermitteln den Anschein, als stelle die Mutter-Kind-Beziehung im Rahmen einer ungespaltenen Mutterschaft per se das Ideal für eine entwicklungsförderliche Kindheit dar. Der gegenwärtig in Deutschland ausgetragene Diskurs um frühe familienexterne Betreuung von Kindern geht noch darüber hinaus. In der öffentlichen Debatte um Kindererziehung wird sogar die zeitlich begrenzte frühe familienexterne Betreuung (des leiblichen Kindes einer Mutter) wiederholt auf ihre für die kindliche Entwicklung destruktive Wirkung hin überprüft. Im historischen Rückblick lassen sich beginnend mit den 1960er-Jahren bis 2011 fünf große Wellen bezüglich dieser Kritik identifizieren, in denen zahlreiche konzeptionelle und empirische Arbeiten wiederholt den Aspekt der Fremdbetreuung von Kindern und dessen Auswirkungen beschreiben und darüberhinterfragen (Stamm, 2011). Am Beispiel der Fremdbetreuung von Kindern wird zudem deutlich, dass es eine verbreitete Auffassung ist, die eigentliche Betreuung sei von der leiblichen Mutter zu leisten. Stamm (2011) referiert beispielsweise theoretische Befunde zur Frage nach familienexterner Fremdbetreuung im historischen Verlauf und knüpft die familieninternen Betreuungsaufgaben und Zuständigkeiten selbstverständlich durchgehend an Mütter (und z. B. deren zunehmende Berufstätigkeit)⁴⁵.

Die bisher sehr eng gefasste Vorstellung von Elternschaft (siehe oben) wird nach Ansicht von Vaskovics (2002, S. 29, 31) zumindest hinsichtlich der „*biologisch-sozialen Doppelnatur*“ der Elternschaft zunehmend in weitere Fragmente aufgebrochen:

- die *biologische Elternschaft*, für welche die Blutsverwandtschaft als konstitutiv angesehen wird,
- die *soziale Elternschaft*, welche durch die Wahrnehmung der normativen Elternrolle ausgefüllt wird,
- die *rechtliche Elternschaft*, die jene Person innehat, welche die rechtlich sanktionierten Rechte und Pflichten dem Kind gegenüber wahrnimmt, und

⁴⁴ Bettelheim (1980) macht das daran fest, dass in vielen Märchen Gott erwähnt wird, die Märchen selber biblischen Geschichten gleichen oder direkt/indirekt religiöse Themen behandeln.

⁴⁵ Das wird schon im Titel deutlich, der lautet: „Wie viel Mutter braucht das Kind (...)“ (Stamm, 2011).

- die genetische *Elternschaft*, bei welcher der genetische Entstehungs- und Begründungszusammenhang ausschlaggebend ist.

Die Autoren Snowden, Mitchell & Snowden (1983, S. 16) haben bereits 1983 ausschließlich bezogen auf die Mutterschaft eine (im Gegensatz zu Vaskovics, 2002) viel weitergehende Differenzierung vorgenommen. In Abhängigkeit von der Form der Beteiligung an Fortpflanzung und Erziehung des Kindes unterscheiden sie sieben verschiedene partielle Mutterschaften:

- a) die genetische Mutter (ist ausschließlich die Spenderin der Eizelle),
- b) die austragende Mutter (ist die Frau, in deren Uterus der Embryo implantiert wird),
- c) die erziehende Mutter (versorgt das Kind nach der Geburt),
- d) die vollständige Mutter (erfüllt alle der drei vorangegangenen Rollen),
- e) die genetisch austragende Mutter (erfährt mit den eigenen Eizellen Schwangerschaft und Geburt, übernimmt aber nicht die Versorgung des Kindes nach der Geburt),
- f) die genetisch aufziehende Mutter (überträgt die eigene Eizelle einer anderen Frau und zieht das Kind nach der Geburt auf, nachdem sie die Schwangerschaft der anderen Frau überlassen hat) und
- g) die austragende – aufziehende – Mutter (lässt sich die Eizelle einer anderen Frau implantieren, erlebt daraufhin die Schwangerschaft, bekommt das Kind und sorgt sich um dieses).

3.2 Der rechtliche Diskurs um Elternschaft

Das Recht auf Familiengründung ist in Artikel 16 (1e) CEDAW⁴⁶ sowie in Artikel 16 (1) der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte, in Artikel 23 (1b) des Übereinkommens über die Rechte behinderter Menschen und auch in der EU Charta, Artikel 9 und 21, festgeschrieben. Artikel 10 des Internationalen Pakts über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (CESCR) legt fest, „*dass die Familie als die natürliche Keimzelle der Gesellschaft größtmöglichen Schutz und Beistand genießen soll, insbesondere im Hinblick auf ihre Gründung (...)*“.

⁴⁶ CEDAW = The United Nations Committee on the Elimination of Discrimination against Women (<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/committee.htm>)

Als verfassungsrechtlich geschützte Rechte für Menschen, die sich ein Kind wünschen, sind die allgemeine Handlungsfreiheit und das allgemeine Persönlichkeitsrecht aus Art. 2 I i.V.m. Art. 1 I des Grundgesetzes zu nennen. Das allgemeine Persönlichkeitsrecht beinhaltet das „*Recht auf Respektierung der Privatsphäre und des sozialen Geltungsanspruches*“ (Hieb, 2005, S. 13).

Nach Ansicht von Balz (1980) erstreckt sich der Geltungsbereich auch auf die unterstützte Zeugung mittels Reproduktionsmedizin, da das Menschenbild des Grundgesetzes nicht dem Menschenbild in einem fiktiven Naturzustand entspreche. Gerade die Geschichtlichkeit und Zukunftsoffenheit seien Elemente der Menschenwürde. Günther (1996) ist der gleichen Auffassung und begründet diese damit, dass die reproduktionsmedizinisch unterstützte Fortpflanzung zwar der Behandlung durch einen Facharzt/ eine Fachärztin bedürfe, dies jedoch nicht den ursprünglichen Kinderwunsch tangiere. Auch Rüsken (1998) ist der Ansicht, dass sich das Recht „*Nachkommen zu haben*“ nicht ausschließlich auf die natürliche Fortpflanzung beschränken lasse. Keller (1989) vertritt hingegen die Meinung, die medizinisch assistierte Befruchtung beziehe dritte Personen (den Arzt/die Ärztin) mit ein, was den Vorgang von der natürlichen Befruchtung unterscheide, da jene innerhalb des Intimbereiches stattfinde. Wanitzek (2002) teilt diese Auffassung und betrachtet die reproduktionsmedizinisch unterstützte Zeugung als öffentlichen Vorgang, weil neben Ärzten/Ärztinnen auch Klinik- und Laborpersonal Anteil an der Zeugung habe. Hieb (2005) spricht sich indessen gegen eine Differenzierung von natürlicher und medizinisch unterstützter Zeugung aus und begegnet Keller (1989) und Wanitzek (2002) mit dem Argument, dass auch die Einbeziehung dritter Personen nichts am privaten Charakter des Kinderwunsches ändere. Dritte Personen werden zur Realisierung des Kinderwunsches in die Privatsphäre mit einbezogen und schützen diese (u. a. aufgrund der ärztlichen Schweigepflicht) vor der Öffentlichkeit. Zudem bedürfe auch die natürliche Fortpflanzung medizinischer Betreuung. Die Unterscheidung zwischen natürlicher Fortpflanzung und medizinisch unterstützter Fortpflanzung sei zwar ethisch von Belang, verfassungsrechtlich jedoch nicht von Bedeutung. Hieb (2005) argumentiert darüber hinaus, dass auch die Einbeziehung der Spenderin im Falle einer Eizellspende den privaten Charakter des Vorganges nicht auflöse, da jene Frau nicht in die „*engere persönliche Lebenssphäre*“ einbezogen werde (Hieb, 2005, S.30).

3.2.1 Das Embryonenschutzgesetz

Die Eizellspende ist in Deutschland gesetzlich nicht zulässig. Gesetzlich normiert ist das Verbot im Embryonenschutzgesetz (EschG) vom 13.12.1990. Dieses sieht vor, dass die Person, welche auf eine Frau eine fremde unbefruchtete Eizelle überträgt, mit einer Geld- oder Freiheitsstrafe von bis zu drei Jahren bestraft wird (§ 1 Nr.1 EschG). Im Anhang 5 des EschG wird dieses Verbot mit der zu verhindernden gespaltenen Mutterschaft begründet (Sinn und Zweck des Gesetzes im Sinne einer teleologischen Auslegung):

Der Gesetzgeber wollte durch diese Verbotsvorschrift verhindern, dass es zu einer sogenannten gespaltenen Mutterschaft kommt und damit die austragende und die genetische Mutter nicht mehr identisch sind. (...) Eine gespaltene Mutterschaft läßt insbesondere Schwierigkeiten bei der Selbstfindung des Kindes und negative Auswirkungen auf seine seelische Entwicklung befürchten.

3.2.2 Ärztliches Berufsrecht

Das Verbot der Verwendung fremder Eizellen im Rahmen einer reproduktionsmedizinischen Behandlung wird durch die ärztliche Berufsordnung bestätigt, da das ärztliche Berufsrecht nicht zum EschG im Widerspruch stehen darf. Die vorangegangenen Richtlinien der Bundesärztekammer zur assistierten Reproduktion aus dem Jahr 1998 verweisen zum einen auf das EschG und führen andererseits die Gesetzesmotive an, die dem Verbot der Eizellspende zugrunde liegen. Danach „*lasse eine gespaltene Mutterschaft besondere Schwierigkeiten bei der Selbstfindung des Kindes und negative Auswirkungen auf seine seelische Entwicklung befürchten*“ (Bundesärztekammer (Fussn. 41, 3171). In die Novelle der (Muster-)Richtlinien von 2006 wurde dieser Passus nicht übernommen.

Das ärztliche Berufsrecht – in Form der Berufsordnungen, Richtlinien und Empfehlungen der Ärztekammern – fällt in die Zuständigkeit der Länder. Die Mustervorschriften der Bundesärztekammer richten sich an die für die Umsetzung in geltendes ärztliches Berufsrecht zuständigen Landesärztekammern. Diese haben das Berufsrecht inzwischen aber fast vollständig an die novellierten Musterrichtlinien der Bundesärztekammern angepasst. Das bedeutet, dass weitgehend eine einheitliche Rechtslage besteht. Eine Ausnahme stellen die

Richtlinien zur Durchführung der assistierten Reproduktion der *Ärzttekammer Saarland* dar, die im Anhang I weiterhin die Wertungen des Gesetzgebers anführen (Wendehorst, 2008).

3.2.3 Integration der gespaltenen Mutterschaft in das Rechtssystem

Der lateinische Rechtsgrundsatz „*mater semper certa est*“, was übersetzt so viel bedeutet wie: „*Die Mutter ist immer sicher, ihre Person steht immer fest*“, galt zur Zeit seiner Entstehung als selbstverständliche Wahrheit – vorausgesetzt, es war bekannt, welche Frau das Kind tatsächlich geboren hatte. Die neuen Möglichkeiten der Reproduktionsmedizin – insbesondere die Eizellspende – machten es erforderlich, gesetzlich (neu) zu definieren, wer als Mutter gilt, wenn die Geburt nicht durch die genetische Mutter erfolgt.

Deshalb bestand über das Verbot hinaus ein Regelungsbedarf in abstammungsrechtlicher Hinsicht (Familienrecht). Mit den Reformen des Kindschaftsrechtes vom 01.04.1998 und vom 01.07.1998 wird die Mutterschaft erstmalig im Gesetz definiert. Nach § 1591 BGB ist gemäß geltender Rechtslage die das Kind austragende Frau auch alleinige Mutter des Kindes. Die Legaldefinition in § 1591 BGB lautet wie folgt: „*Mutter des Kindes ist die Frau, die es geboren hat.*“

Jene Feststellung des Gesetzgebers ist bewusst einfach und eindeutig gewählt (Transparenzgebot). Er muss sich auf das Prinzip der Einheit der Rechtsordnung berufen. Nach Ansicht von Bindzus und Musset (1999) ist es jedoch widersprüchlich, dass die „*Ersatzmutterschaft*“ gesetzlich verboten ist (§ 1 I Nr. 7 EschG; § 13 c und d AdVermG), das Kind aber der Wunschmutter (der sozialen und biologischen Mutter) zugeordnet werden soll. Manche Autoren/Autorinnen vertreten die Auffassung, dass diese Praxis einer Rechtfertigung des „*Ersatzmutterschaft*“-Verbotes entspräche (Bindzus und Musset, 1999, S. 12).

Was folgt aus dieser Gesetzeslage für Frauen, die eine Eizellspende im Ausland in Anspruch genommen haben? In diesen Fällen ist bei juristisch eindeutiger Zuordnung der Mutterschaft (nach § 1591 BGB) dennoch eine Spaltung zwischen biologischer und genetischer Mutterschaft gegeben. Eine Verwandtschaft zur Eizellspenderin besteht im juristischen Sinne jedoch nicht. In Anwendung des § 1591 BGB wird eine Anfechtung der biologischen Mutterschaft ausgeschlossen.

Das Bundesverfassungsgericht hat in einem Grundsatzurteil vom 31.01.1989 entschieden, dass das allgemeine Persönlichkeitsrecht aus Artikel 2 Abs. 1 i.V.m. Artikel 1 Abs. 1 GG auch das Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung umfasst. Eizellspenderinnen, die i.d.R. aus dem europäischen Ausland stammen, haben aufgrund der Rechtslage in Deutschland jedoch keine Ansprüche auf Informationen über ihre genetischen Nachkommen. Auch diejenigen Personen, die einer Eizellspende entstammen, haben nach deutschem Recht keine Ansprüche auf Informationen zur Identität der Spenderin (welche die genetische Mutter ist).

3.3 Der kulturelle Diskurs um (gespaltene) Mutterschaft

Nach Ansicht der Verfasserin ist der rechtliche Diskurs Ausdruck des kulturellen Diskurses. Das im Kapitel 3.2.1 vorgestellte Embryonenschutzgesetz enthält im Anhang 1, Absatz 5, zwei Begründungen für sein Verbot der Eizellspende:

Es entsteht eine gespaltene Mutterschaft, die

- 1) „*Schwierigkeiten bei der Selbstfindung*“ des Kindes verursachen und
- 2) „*negative Auswirkungen auf seine seelische Entwicklung*“ bewirken könne.

Die gespaltene Elternschaft infolge des Auseinanderfallens von biologischer und sozialer Vaterschaft, welche beispielsweise aus einer Samenspende mit einem fremden Spender (Donogene Insemination) resultiert, wird im Hinblick auf das Kind als besonderes Problem erachtet (Anhang 1, Absatz 4). Deshalb ist die Donogene Insemination ausschließlich unter eingeschränkten Voraussetzungen zulässig (Anhang 1, Absatz 4). Die Donogene Insemination wird laut EschG (im Vergleich zur Eizellspende) jedoch mit ihren Konsequenzen für das Kind nicht für dermaßen gravierend befunden, dass daraus die Notwendigkeit entstünde, diesbezüglich ein Verbot auszusprechen.

Der reproduktionsmedizinische Eingriff im Rahmen einer Eizellspende ist, wie die Kapitel 1.4.1.5 und 1.4.1.4.1 zeigen, bei Frauen recht invasiv, während der Partner der behandelten Frau (ähnlich wie der Samenspender) lediglich seine Samen abgeben muss. Die Begründung für das Verbot der Eizellspende zielt jedoch nicht auf die gesundheitlichen Folgen der medizinischen Behandlung oder deren Begleiterscheinungen bei Spenderin oder Empfängerin. Diese sind für Männer und Frauen tatsächlich sehr unterschiedlich. Vielmehr orientierte sich

der Gesetzgeber hinsichtlich des Embryonenschutzgesetzes ausschließlich an den Bedürfnissen des (ungeborenen) Kindes und war bestrebt, diesen mittels eines Verbotes der Eizellspende zu entsprechen. Die aufgrund einer Samenspende entstehende gespaltene Vaterschaft wird im EschG nicht erwähnt, wodurch deren Praxis toleriert wird. Eine Begründung für diese vorgenommene rechtliche Differenzierung lässt sich dem EschG nicht entnehmen (Hieb, 2005). Jene Diskrepanz wirft die Frage auf, wie es dazu kommt, dass in der Gesetzgebung im Hinblick auf die Interessen und Entwicklungsbedürfnisse des Kindes ein derartiger Unterschied zwischen einer gespaltenen Mutterschaft und einer gespaltenen Vaterschaft postuliert wird. Juristisch wäre diese Frage vor dem Hintergrund eines möglichen Verstoßes gegen das Gleichbehandlungsgebot zu diskutieren (Art. 3 II und III 1, 1. Alt. GG). Im Folgenden soll jedoch auf die kulturelle Bedeutungsgebung von Mutterschaft im historischen Verlauf zur Erläuterung dieses Ungleichgewichts fokussiert werden.

3.3.1 Mythos Mutterliebe im historischen Verlauf

Ein Vergleich der Elternschaft zwischen Männern und Frauen macht sofort deutlich, dass der Mutterschaft im Verhältnis zur Vaterschaft eine umfassendere soziale Bedeutung eingeräumt wird. Sowohl im Alltagsverständnis als auch in wissenschaftlichen Diskursen setzt sich immer wieder ein Konzept durch, dem zufolge es eine historisch invariante, natürliche und richtige Form von ungespaltener Mütterlichkeit gibt (Romberg, 2007).

Unter dem Namen „Mutterliebe“ hat sich ein kulturelles Deutungsmuster der Mutterschaft etabliert, das sowohl die Mutter-Kind-Beziehung betrifft als auch normative Vorstellungen zur Binnenstruktur der Familie und der Rolle der Frau (Schütze, 1991).

3.3.1.1 Die Entstehungsgeschichte eines Familienideals

Um aufzuzeigen, vor welchem Hintergrund das Konzept einer allumfassenden Mutterliebe entstand, sollen an dieser Stelle die historischen Hintergründe und sozialen Rahmenbedingungen dieses Ideals, das auch ein bestimmtes Familienideal umfasst, expliziert werden.

Unter „*Familienideal*“ ist hier eine Form der Familie zu verstehen, bei der ein Mann und eine Frau miteinander in einer Partnerschaft leben und ein oder mehrere gemeinsame Kinder haben. Die gemeinsamen Kinder leben im gemeinsamen Haushalt. Petzhold (2001) bezeichnet diese Form des Zusammenlebens als „*normale Kernfamilie*“. Er bezieht sich mit dem Begriff „normal“ nicht auf die quantitative Häufigkeit dieser Lebensform, sondern auf die normative Wertigkeit. Diese Deutung legt nahe, dass jene Form des Zusammenlebens auch gegenwärtig noch als ideal betrachtet wird.

Obwohl es sich um ein normatives Ideal handelt, wird diese Art des Zusammenlebens im fortschreitenden Zeitverlauf immer seltener praktiziert. Wie das Statistische Bundesamt in einer Pressekonferenz am 22.07.2008 mitteilte, lebt die Mehrheit der Paare nicht das klassische Familienideal. Von 1996 bis 2007 ist die Anzahl der Ehepaare mit Kindern unter 18 Jahren von 7.673 auf 6.327 gesunken. Nichteheliche Lebensgemeinschaften und die Anzahl allein Erziehender sind hingegen stark angestiegen: erstere von 452 auf 675 und letztere von 1304 auf 1570. Die traditionelle Rollenverteilung praktizierten im Jahr 2007 nur 35 Prozent der Paare.

Das oben skizzierte Zusammenleben von Mutter, Vater und Kind(ern) impliziert neben der Permanenz der Ehe, exklusiver Heterosexualität und der Dominanz des Mannes als Ernährer (Schneewind, 1999) immer eine besondere Mutter-Kind-Bindung. Diese ist von Seiten der Mutter mit allzeit vorhandener Aufmerksamkeit sowie mit Fürsorge- und Betreuungsbereitschaft verbunden. Es wird postuliert, dass diese Eigenschaften durch eine naturgegebene Mutterliebe bzw. den Mutterinstinkt ermöglicht würden.

Allgemein ist in unserer Alltagswelt die Auffassung verbreitet – genauso wie in der Verhaltensbiologie, Psychologie, Pädiatrie und Pädagogik –, dass die Mutter mit dem Kind bis zu etwa drei Jahren eine exklusive Beziehung eingeht, an der der Vater vorerst nur am Rande teilhat und die auf Seiten der Mutter durch Empathie, Wärme und Fürsorge geprägt ist, die der Erfüllung lebenswichtiger Bedürfnisse des Kindes dienen. Die Mutter-Kind-Beziehung gilt als „grundlegende menschliche Beziehung“ und gründet sich auf die Gebärfähigkeit der Frau, gekoppelt mit der besonderen Neigung und Befähigung der Frau zur Pflege ihres leiblichen Kleinkindes. Dabei werden diese besondere Neigung und Befähigung genauso wie die Gebärfähigkeit als selbstverständliche Erscheinungen betrachtet, die sich umstandslos aus der „natürlichen“ Verfassung der Frau ableiten und ebenso wie der Haushalt,

die Mutterliebe, die Geschlechtsstereotypen männlich – weiblich „von jeher“ bestehen (Toppe, 1993, S. 2).

Die Idealisierung der Mutterliebe und die Aufwertung der Kindheit haben sich laut Badinter (1984) in den letzten drei Jahrhunderten vollzogen. Würde man die Intensität dieser Liebe⁴⁷, wie sie sich nach Badinter (1984) über vier Jahrhunderte hinweg darstellt, grafisch veranschaulichen, so hätte die Kurve ihre Höhepunkte vor dem 17. Jahrhundert sowie im 19. und 20. Jahrhundert. Die Tiefpunkte lägen im 17. und 18. Jahrhundert.



Abbildung 4: Intensität der Mutterliebe im historischen Kontext (Badinter, 1984)

In historischen Vergleichen macht Badinter (1984) deutlich, dass Mütter sich nicht zu jeder Zeit in der von Toppe (1993) konstatierten Aufopferungsbereitschaft verwirklichten. Vor dem 18. Jahrhundert herrschten eine hohe Kindersterblichkeit und eine weit verbreitete Gleichgültigkeit in Bezug auf Kinder, ohne dass dies von der Umwelt besonders problematisiert wurde (Badinter, 1984).

Badinter (1984) kommt mittels ihrer historischen Analyse zu dem Ergebnis, dass

(...) der Mutterinstinkt ein Mythos ist. Auf ein allgemeingültiges und naturnotwendiges Verhalten der Mutter sind wir nicht gestoßen. Wir haben im Gegenteil festgestellt, dass ihre Gefühle in Abhängigkeit von ihrer Bildung, ihren Ambitionen oder ihren Frustrationen äußerst wandlungsfähig sind. Man kommt deshalb nicht an der

⁴⁷ Mit „Intensität der Liebe“ ist nicht die emotionale Empfindung an sich in Bezug auf das Kind gemeint. Die „Intensität der Liebe“ wird für Badinter (1984) anhand historisch dokumentierter Handlungspraxen ersichtlich.

vielleicht grausamen Schlussfolgerung vorbei, dass die Mutterliebe nur ein Gefühl und als solches wesentlich von den Umständen abhängig ist. Dieses Gefühl kann vorhanden sein oder auch nicht vorhanden sein, es kann auftreten und verschwinden. Es kann sich als stark oder als schwach erweisen. Es kann ein Kind bevorzugen oder sich auf alle erstrecken. Das hängt ganz von der Mutter, von ihrer Geschichte und von *der* Geschichte ab. Nein, es gibt in dieser Hinsicht kein universales Gesetz, das eine Ausnahme vom Determinismus der Natur machen würde (S. 297).

3.3.1.1.1 Mutterschaft ab Mitte des 18. Jahrhunderts

Untersuchungen zur Geschichte der Mutter-Kind-Beziehung kommen nahezu übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass die Mutter-Kind-Beziehung ab der Mitte des 18. Jahrhunderts eine Veränderung erfuhr (Aries, 1984; Badinter, 1984; Schütze, 1991). Umstritten ist hingegen, ob es Mutterliebe als gesellschaftliches Faktum bereits vor dem 18. Jahrhundert gab oder nicht. Manche Autoren/Autorinnen weisen nach, dass es sie vor dem 18. Jahrhundert nicht gab (Badinter, 1984; deMause; Shorter, 1977). Andere berufen sich hingegen auf Zeugnisse, die die Existenz von Mutterliebe bereits zu Zeiten Plutarchs beweisen sollen (Arnold, 1986; Seidler, 1986).

Eine markante Entwicklung, die für diese Veränderung verantwortlich gemacht wird, vollzog sich mit den Veränderungen infolge der industriellen Revolution.

Aber die einschneidendste aller sozialen Umwälzungen war für die Mutter die industrielle Revolution. Sie zerschlug die traditionelle Familienstruktur, indem sie ein erstmals unteilbares Ganzes – Heim und Arbeitsstätte – für immer auseinanderriß. (Thurer, 1995, S. 280).

Während das Heim vor der industriellen Revolution auch gleichzeitig Arbeitsstätte zahlreicher im gleichen Hause lebender Menschen war, bewirkte die Industrialisierung, dass das Leben in einen öffentlichen und einen privaten Bereich zerfiel⁴⁸. Dadurch konnten die Geschlechterrollen schärfer definiert werden. Der Vater büßte einen Teil seiner Autorität ein, da er immer weniger Anteil am Alltagsleben der Familie hatte. Gleichzeitig wurde das Heim mit positiven emotionalen Gefühlen belegt und das Kind romantisiert (Schütze, 1991). Nach dem Leitbild des aufsteigenden Bürgertums wurde Frauen der private Bereich zugewiesen.

⁴⁸ Dieses Phänomen lässt sich auch an der Veränderung der Wohnungsaufteilung festmachen. Bis zum 18. Jahrhundert lebte man in Allzweckräumen. Außer der Küche hatte kein Raum einen präzisen Verwendungszweck. Alles wurde in dem Zimmer abgewickelt, in dem man mit der Familie lebte. Sämtliche Zimmer waren Durchgangszimmer. Darauf verweisen Nave, Herz, 2004; Schütze, 1991, und Aries, 1984.

Mit der neuen Arbeitsteilung gingen zudem konkrete polarisierende Vorstellungen von männlicher und weiblicher Natur einher (Beck, Gernsheim, 1990).

Die Kinder der vorindustriellen Zeit wurden als Arbeitskräfte betrachtet. Unter den veränderten Bedingungen der Industrialisierung galten sie dann als ökonomisch wertlos, wurden aber emotional geschätzt (Thurer, 1995). Pasero & Pfäfflin (1986) sind allerdings im Gegensatz zu Thurer (1995) der Ansicht, dass das Kind erst im Zuge der industriellen Revolution als Arbeitskraft entdeckt wurde. Aus diesem Grund sollten Kinder von da an überleben. Die damit zusammenhängenden Verpflichtungen wurden den Müttern übergeben.

Die spezifischen weiblichen Pflichten bei der Kinderpflege, die früher schnell zwischen den sonstigen täglichen Arbeiten erfüllt wurden, gestalteten sich zu einem bewussten Unternehmen, zu einer komplizierten und zeitaufwendigen Aufgabe, mit der ausschließlich die Mutter betraut war. (Thurer, 1995, S. 282/ 283)

Eine klare Definition sowie theoretische Absicherung des neuen Weiblichkeitsideals und der veränderten Arbeitsteilung bieten die Thesen von Jean-Jacques Rousseau. Rousseau gab mit der Veröffentlichung von „*Emile oder Von der Erziehung*“ im Jahr 1762 den Anstoß zur modernen Familie – d. h. zur Familie, die auf dem Konzept der Mutterliebe beruht (Badinter, 1984; Schütze, 1991). Die neue Bewegung erweckte zugleich ein völlig neues Interesse am Kind (Schütze, 1991). Nach Ansicht von Rousseau kommen Kinder moralisch edel und selbstlos zur Welt. Erst der Einfluss der Gesellschaft bewirke die Ausbildung negativer Charaktereigenschaften. Er plädierte für eine möglichst naturverbundene Erziehung im Sinne des Laissez-faire.

„Alles ist gut, wie es aus den Händen des Schöpfers kommt; alles entartet unter den Händen des Menschen.“ (Rousseau, 1998, S. 9)

„Ich predige dir, mein junger Erzieher, eine schwere Kunst: Kinder ohne Vorschriften zu leiten und durch Nichtstun alles zu tun.“ (Rousseau, 1998, S. 104)

Aus dieser neuen Werthaltung resultierte die Aufgabe, sich mit der Person des Kindes zu beschäftigen. Um die Wende zum 19. Jahrhundert wurde dies mehr und mehr zur Aufgabe der Mütter, was auch ganz im Sinne Rousseaus war.

„Ich wende mich an dich, liebe und weise Mutter“ (Rousseau, 1998, S. 9).

Am meisten kommt es auf die erste Erziehung an, die unbestreitbar Sache der Frauen ist. Wenn der Schöpfer der Natur gewollt hätte, dass sie Sache der Männer wäre, er hätte ihnen Milch gegeben, um die Kinder zu stillen. Wendet euch also vorzugsweise in euren Schriften über Erziehung immer an die Frauen, (...). (Rousseau, 1998, S. 9)

Schütze (1991) referiert, dass sich vor dem 19. Jahrhundert die Ratgeberliteratur nicht ausschließlich an Mütter, sondern auch an Fachkräfte richtete. Folgende Buchtitel bezeugen das:

- „*Unterricht für Mütter und Kinderwärterinnen, Kinder in gesunden und kranken Tagen gehörig zu behandeln*“ (Essich, 1788)
- „*Praktisches Handbuch für Ammen und Mütter über die Erziehung der Neugeborenen, wie auch älterer Kinder und ihre Krankheiten*“ (Pegau und Leibzig, 1802)
- „*Guter Rath an junge Mütter, Ammen und Kinderwärterinnen zur zweckmäßigen Behandlung der Kinder*“ (Richter, 1797)

Erst an der Schwelle zum 19. Jahrhundert mehren sich die Schriften, die sich ausschließlich an die Mütter wandten. Auch dies zeigt sich in den Buchtiteln:

- „*Anleitung für Mütter zur Ernährung und Behandlung der Kinder in den ersten Lebensjahren*“ (Wallich, 1810)
- „*Über die Ernährung der Kinder in den ersten Jahren, zur Belehrung der Mütter*“ (Sternberg, 1802)

In der patriarchalen Hausgemeinschaft der vorindustriellen Zeit hatte sich der Hausvater für das Erziehungswesen zu verantworten (Schütze, 1991, S. 20). Der Wechsel zur Mutter als alleiniger Adressatin ärztlicher Handlungsanweisungen bildet gleichsam den Schluss des familialen Strukturwandels, der sich ab dem 17. Jahrhundert von der Hausgemeinschaft zur bürgerlichen Familie vollzog. Die Fürsorglichkeit für die nachfolgenden Generationen wurde von nun an allein der Frau überlassen. Den Männern/Vätern wies man diesbezüglich keine expliziten Verantwortlichkeiten zu (Pasero & Pfäfflin, 1986, S. 26).

Sie werden als soziale Mütter wiederentdeckt: über die „wahre Natur der Frau. (...)

Diese Natur verlangt das Stillen der eigenen Kinder, ihr Umsorgen tags und nachts, sie verlangt Einfühlung und Opfer. Mütterliche Fürsorglichkeit ist von unbegrenzter Dauer. Ihr größtes Verschulden wird die Nachlässigkeit

und die Eigenliebe. Die Beschäftigung mit dem Kind nimmt sie voll in Anspruch, es gibt kein Ausweichen. Aus Last wird Liebe, und Mutterliebe ist das übergreifende Prinzip. (Pasero & Pfäfflin (Hrsg.) 1986, S. 24)

Im 18. Jahrhundert wurde zudem die Häuslichkeit verklärt.

Die Mutter – Hüterin des geheiligten Tempels von Heim und Herd – wurde zum Inbegriff all dessen, was schicklich und gut war. Vormalig als ein Wesen von zweifelhafter Moral und sexueller Unersättlichkeit angesehen, als physisch labil und geistig minderbemittelt, verwandelte sie sich nun in das Symbol der „wahren Frau“ – tugendhaft, sanftmütig, treu ergeben, asexuell und von einem einzigen Interesse beseelt: ihrer Familie eine angemessene Zufluchtsstätte zu schaffen und ihre Kinder mit sanfter Hand auf vorgezeichneten Pfaden zu führen. (Thurer, 1995, S. 280).

Die Bürgersfrauen waren die ersten, welche sich des neuen Ideals annahmen. Die Frauen der herrschenden Klassen dagegen waren die ersten, die sich von ihren Kindern trennten und die letzten, die ihre Gewohnheiten änderten (und demzufolge die letzten, die dieses Ideal für sich akzeptierten). Mit der Bereitschaft, die Erziehung des eigenen Kindes selbst in die Hand zu nehmen, verbesserte die bürgerliche Frau ihren persönlichen Status. Sie erhielt die Entscheidungsbefugnis über die Kinder und wurde zum Angelpunkt der Familie. Die Arbeiterin und Frau des kleinen Handwerkers musste hingegen die eigenen Kinder auf das Land schicken, um selbst zusätzlich einen zweiten Lohn nach Hause zu bringen. Diese Praxis setzte sich bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts fort, als der Gebrauch der Saugflasche dank Sterilisation gefahrlos wurde (Badinter, 1984).

3.3.1.1.2 Mutterschaft ab dem 19. Jahrhunderts

Die im 18. Jahrhundert definierten Pflichten der Frau wurden im frühen 19. Jahrhundert durch mit neu erkannten Charaktereigenschaften begründet.

Die intensive Erforschung der weiblichen Anatomie, insbesondere der Geschlechtsorgane, führt zu empirisch fundierten Aussagen nicht nur über die Eigenheiten des weiblichen Körpers, sondern gleichermaßen über die soziale Bestimmung der Frau. (Schütze, 1991, S. 23–24)

Mann und Frau wurden als Gegensatzpaar definiert, wobei der Frau kontrastierende Tugenden zum Mann und zur kapitalistischen Rationalität zugeordnet werden. Diese bestehen bei der Frau in Mütterlichkeit und der alleinigen Verantwortlichkeit für das Kind (Schütze, 1991, S. 26).

Mitte des 19. Jahrhunderts etablierte sich die proletarische und bürgerliche Frauenbewegung. Sie strebte zwar mehr Bildung, Freiheit und Unabhängigkeit für Frauen an, stellte aber nicht die Mutterpflichten infrage und ebenso wenig die Annahme, dass Frauen in erster Linie durch ihre Mütterlichkeit geprägt seien. Im Beruf sollten sich Frauen gemäß den weiblichen Eigenschaften als Lehrerinnen, Ärztinnen oder Familienrichterinnen verwirklichen (Frevert, 1990). Erst die zweite Generation der Frauenbewegung stellte sich dem dadurch entstehenden Konflikt (Schütze, 1991).

Zur gleichen Zeit vollzog sich ein Wandel im Ton. Jetzt war von „*Aufopferung*“ und „*Pflicht*“ die Rede (Schütze, 1991, S. 30). Mutterliebe wurde zu einem Glück, das in der Pflichterfüllung wurzele. Hinzu kam die Androhung von Strafe:

Wehe dem Mutterherzen, welchem die Vollziehung dieser Pflicht nicht süß, nicht leicht wird, wehe der Mutter, die sich nicht in jedem Verlangen des Säuglings nach ihrem Busen, in dem sichtbaren Wachstum des Kindes, in dem Lächeln nach dem Genusse, in dem Suchen seiner Händchen für die Beschwerden zehnfach belohnt fühlt. Was ist schöner als das Bild einer glücklichen Mutter. Liebe und Sitte und wahre Kindesliebe sind das Element des Weibes! Und jede Pflichterfüllung trägt ihren Lohn, wie jede Pflichtversäumnis ihre Strafe in sich selbst. (v. Ammon, 1851, S. 41)

3.3.1.1.3 Mutterschaft ab dem 20. Jahrhunderts

John B. Watson war einer der ersten Psychologen, der wissenschaftliche Erkenntnisse auf der Basis von Experimenten in konkrete Handlungsanweisungen übersetzte. Er ist nicht der Auffassung, dass Mütter in besonderem Maße für die Erziehung ihrer Kinder geeignet seien. Vielmehr konstatiert er, es sei lediglich herrschende Konvention, dass Kinder von Müttern aufgezogen würden. Watson warnt sogar vor zu viel Mutterliebe:

In conclusion won't you then remember when you are tempted to pet your child that mother love is a dangerous instrument? An instrument which may inflict a never healing wound, a wound which may make infancy unhappy, adolescence a nightmare, an instrument which may wreck your adult son or daughter's vocational future and their chances for marital happiness. (Watson, 1928, S. 87)

Er war der Ansicht, man solle Kinder nicht verwöhnen. Besonderen Wert legte er jedoch auf Regelmäßigkeit, Pünktlichkeit, Disziplin und Reinlichkeit. In seinem Vorwort zu „*Psychische Erziehung im frühen Kindesalter*“ stellte Watson sogar die Frage, ob Kinder ihre Eltern überhaupt kennen sollten. Noch in den frühen 1950er-Jahren gab es in Bezug auf die Rolle

der Mutter den Konsens, dass sich das Interesse des Kindes an der Mutter auf deren Rolle als Nahrungslieferantin beschränke. Man sprach von einer berechnenden Theorie der Mutterliebe („cup-board love theory“). (Grossmann & Grossmann, 2003, S. 57)

Watsons Konzept scheiterte jedoch auf längere Sicht.

Dem Entzug jeglicher Emotionalität, positiver wie negativer, sperrt sich die immer schon affektiv besetzte Interaktionsstruktur zwischen einem Erwachsenen und einem Kind. (Schütze, 1991, S. 81)

Grossmann & Grossmann (2003) halten Watson entgegen, dass die berechnende Theorie der Mutterliebe nicht „wahr“ sein könne. Wäre, dass der Fall, würde man erwarten, dass ein Kind den Wechsel von einer Ernährer-Figur zu einer anderen mühelos verkraften würde. Dies sei jedoch ihrer Ansicht nach nicht der Fall.

Nachdem die Arbeit von Lorenz (z. B. Lorenz, 1965) über Prägung bekannt wurde, entstand eine alternative und plausible Theorie über den Aufbau einer Beziehung – unabhängig von der Nahrung als Verstärker (Grossmann & Grossmann, 2003).

Harlow wurde international bekannt, als er ab 1957 an jungen Rhesusaffen die Grundlagen der Mutter-Kind-Bindung erforschte. Er konstruierte für junge Affen zwei verschiedene Mutterattrappen (Harlow 1979). Beide waren aus Draht und unterschieden sich allein dadurch, dass eine Milch spendete und aus blankem Draht bestand, während die andere keine Milch spendete, dafür aber mit weichem Stoff bezogen war. Die jungen Rhesusaffen hatten ausschließlich Kontakt zu den beiden Mutterersatzfiguren. Ein Vergleich der Zeit, welche die Affen mit beiden Ersatzmüttern verbrachten, zeigte, dass sie sich ausschließlich zur Nahrungsaufnahme bei der Mutter aus Draht aufhielten und auf der mit Stoff bespannten Mutterattrappe sehr viel mehr Zeit verbrachten.

We were impressed by the possibility, that above and beyond the bubbling fountain of breast or bottle, contact comfort might be a very important variable in the development of the infant's affection for the mother. (Harlow, 1979, S. 106)

Verhaltenswissenschaftler nahmen aufgrund dieser Befunde an, affektive Beziehungen könnten besser durch die Bindungstheorie verstanden werden (Grossmann & Grossmann, 2003).

3.3.1.1.3.1 Die Bindungstheorie

1951 legte Bowlby im Auftrag der WHO seinen Bericht über Heimkinder und die Folgen von „maternal deprivation“ vor. Diese WHO-Monografie (Bowlby, 1951) sowie spätere Beobachtungen bei Kindern, die von ihren Eltern getrennt wurden, machten es ihm möglich, die Bedeutsamkeit eines umweltbedingten Traumas als Ursache von Neurosen und charakterlichen Defiziten hervorzuheben (Holmes, 2002). Der Auftrag für die Weltgesundheitsbehörde veranlasste Bowlby dazu, seine Forschung darauf zu konzentrieren, wie andernorts „mutterlose“ Kinder versorgt wurden. Die WHO veröffentlichte den Bericht sowohl unter dem Titel „*Maternal Care and Mental Health* (Bowlby, 1951)“ als auch mit dem Titel „*Child Care and the Growth of Love*“. Nachdem seine Erkenntnisse in der psychoanalytischen Gesellschaft auf wenig Anerkennung stießen, entfernte Bowlby sich allmählich von der psychoanalytischen Vereinigung (Holmes, 2002). Er etablierte die Bindungstheorie.

Darin vertrat er (Bowlby 1972) die zentrale These,

[...] dass eine lang anhaltende Mutterentbehrung ernste und folgenschwere Einflüsse auf die Charakterentwicklung und damit auf das ganze weitere Leben des Kindes haben kann. Unsere These entspricht genau derjenigen, die für bestimmte Schädigungen des Kindes verantwortlich ist, wie z. B. die Rötelkrankheit der Mutter in der frühen Schwangerschaft [...]. (S. 43)

Es ist für die seelische Gesundheit des Kindes überaus wichtig, in den ersten Lebensjahren eine warme, intensive und beständige Beziehung zu seiner Mutter zu erleben (oder auch zu einer Mutter-Ersatzfigur), [...] Eine solche ständige Bereitschaft, Tag und Nacht, sieben Tage in der Woche und 365 Tage im Jahr, ist einer Frau nur dann möglich, wenn sie dadurch eine tiefe Befriedigung gewinnt. (Bowlby, 1972, S. 69–70)

Die aus seinen Untersuchungen gewonnene Erkenntnis, dass Kinder zur Entwicklung dringend der Fürsorge und emotionalen Betreuung durch eine verlässliche Bezugsperson bedürfen, ließ Bowlby durch sein gesamtes Werk hindurch auf die leibliche Mutter fokussiert bleiben. Er betont zwar, dass deren Part ebenfalls von einer „*gleich bleibenden Mutter-Ersatz-Person, von der es stetig bemuttert wird*“ (Bowlby 2001, S.11) übernommen werden kann, stellt jedoch männliche Bezugspersonen, den leiblichen Vater oder eine Pflegemutter nie gleichberechtigt neben die leibliche Mutter. In der von Bowlby skizzierten Symbiose von Mutter und Kind bleibt sogar der leibliche Vater außen vor. Er schreibt in seinen Veröffentlichungen durchgängig von Müttern und legt den Schwerpunkt seiner Forschung auf

„Mutterentbehrung“ (Bowlby, 2001, S.10). Vor diesem Hintergrund hat sein Werk zur Folge, dass der Mutter die Hauptverantwortung an der Entwicklung des Kindes zugeschrieben wird.

Fast unser gesamtes Beweismaterial stützt sich nämlich auf die Beziehung des Kindes zur Mutter, die unter normalen Verhältnissen zweifellos bei weitem die wichtigste Beziehung in diesem Lebensabschnitt ist. Es ist die Mutter, die das Kind füttert und pflegt, die es wärmt und tröstet. Es ist die Mutter, an die sich das Kind wendet, wenn es Kummer hat. Vom Standpunkt des kleinen Kindes betrachtet, spielt der Vater nur die zweite Geige, [...]. (Bowlby, 2001, S. 13)

Die Vaterrolle beschränkt sich nach Bowlby (2001) auf folgende Aufgaben:

Sie sorgen nicht nur für ihre Frauen, damit diese sich unbegrenzt um den Säugling oder das Kleinkind kümmern können; [...] stärken sie die Mutter gefühlsmäßig und helfen ihr, jene harmonische und innerlich zufriedene Stimmung zu bewahren, die für das Gedeihen des Kindes lebensnotwendig ist. (S. 13).

Zu ähnlichen Ergebnissen wie Bowlby kommt auch Rene Spitz (1945, 1980), der Säuglinge in Heimen untersuchte. Spitz (1980) verglich z. B. an einem Hautekzem erkrankte Kinder von Müttern im Strafvollzug mit Kindern ohne derartige Erkrankung. Der Vergleich ergab seiner Ansicht nach, dass die Kinder mit Ekzem eine angeborene Disposition für erhöhte Hautirritationen hätten, was auf Mütter zurückzuführen sei, die eine infantile Persönlichkeit aufwiesen, ihrem Kind gegenüber eine als Ängstlichkeit getarnte Feindseligkeit an den Tag legten und ihm systematisch den Hautkontakt vorenthielten. Da die Mütter ihren Kindern die „primäre Identifizierung“ (S. 244) verweigerten, wiesen diese Lerndefizite auf, was die Nachahmungsfähigkeit und Erinnerung betraf.

Eine weitere Studie von Spitz (1980) widmet sich vor diesem Hintergrund bis zu 18 Monate alten Kindern mit „anaklitischer Depression“ in einer Strafanstalt. Es zeigte sich, dass alle Kinder eine Erfahrung gemeinsam hatten. Während eines ununterbrochenen Zeitraumes von drei Monaten wurde ihnen der Kontakt zur Mutter entzogen. Das Syndrom entwickelte sich jeweils nach der Trennung. Es tauchte bei keinem Kind auf, dessen Mutter nicht über längere Zeit vom Kind getrennt worden war. Spitz belegt zudem, dass sich eine Trennung von der Mutter negativ auf den EQ sowie die kognitive und motorische Entwicklung auswirken kann und eine Trennung im ersten Lebensjahr von über fünf Monaten ohne Ersatz Symptome eines schweren Verfalls (Hospitalismus) produziert, die zum Teil irreversibel sind.

Das Fehlen dieser mütterlichen Fürsorge kommt einem emotionellen Verhungern gleich [...]. Der Verfall manifestiert sich zuerst in einer Stockung in der psychischen Entwicklung des Kindes; dann setzen psychische

Funktionsstörungen ein, mit denen somatische Veränderungen einhergehen. Im nächsten Stadium führt dies zu gesteigerter Infektionsanfälligkeit und schließlich, wenn der Mangel an affektiver Zufuhr bis ins zweite Lebensjahr hinein andauert, zu einer auffallenden Erhöhung der Sterblichkeitsquote. (Spitz, 1980, S. 292)

Das Werk „*Die moderne Elternschule*“ des Mediziners Günter Clauser ist für seine Zeit typisch. Es erschien von 1969 bis 1973 in fünf Auflagen im Herder Verlag. Wie sich an folgenden Beispielen zeigt, wird in den Werken von Clauser (1972) der Mutter im Sinne einer Verursachung die Schuld für fast jedes negative Phänomen beim eigenen Kinde zugeschrieben. So haben z. B. Schwangerschaftserbrechen nach Clauser (1972) bei regelmäßigem Auftreten bestimmte, in der Psyche der Frau verankerte Ursachen.

Ein wichtiges Zeichen unbewussten Aufbegehrens kann das Schwangerschaftserbrechen sein. [...] Es ist oft bitter für die Frauen, einsehen zu müssen, dass sie ihr Kind „anwidert.“ Sie können es kaum fassen, dass sie am liebsten hinauskotzen würden, was sie da im Leibe haben. Da ändert der intensive bewusste Kinderwunsch nichts daran, den solche Frauen gerne als Gegenbeweis vorbringen. (S. 98).

Das Gleiche gilt nach Einschätzung von Clauser (1972) für Fehl- und Frühgeburten, insbesondere, wenn sie gehäuft auftreten.

Ebenso häufig stecken aber auch unbewusste Hassgefühle und eine verdrängte Feindseligkeit gegen das noch wirklich unschuldige Kind dahinter. [...] Die vorsätzliche Abtreibung ist aber sehr verwandt mit der Fehlgeburt, die man eine unbewusste Abtreibung nennen könnte. Zwischen beiden besteht ein ähnliches Verhältnis wie zwischen Mord und Totschlag (S. 98).

Zusammenfassend lässt sich mit den Worten Clausers sagen:

Ähnliches gilt für alle körperlichen und seelischen Beschwerden und Unverträglichkeiten während der Schwangerschaft; von der Depression bis zu den Kreuzschmerzen. (S. 99).

Dass Clauser (1972) eine Notwendigkeit in der absoluten Fokussierung der Mutter auf das Kind sieht, zeigt sich in folgender Aussage:

Das Neugeborene liegt in einer Kinderwiege ganz nahe am Bett der Mutter. Es hört ihren Atem und spürt ganz instinktiv ihre Nähe. Die Mutter gehört ihm nach wie vor ganz allein. Kein störender Dritter ist im Zimmer. [...] Das ist richtig so und sehr wichtig. Nur in dieser beidseitigen Konzentration kann die Mutter allmählich erhören lernen, was ihr das Kleine ohne Worte sagen möchte. Die Unlustregungen werden von ihr immer differenzierter wahrgenommen. Bald kann die Mutter den Schrei aus Hunger vom Verlangen unterscheiden, trockengelegt zu werden, oder von der Mitteilung, dass eine Blähung quält. (Clauser, 1972, S. 113)

Die Säuglingshygiene ist nur dann vollkommen, wenn sie zu einem echten Liebesdienst gemacht wird. (Clouser,1972, S. 137)

Klaus und Kennell präsentieren von 1970 bis 1976 unter dem Stichwort „maternal-infant-bonding“ Untersuchungsergebnisse, die Belege dafür liefern, dass unmittelbar nach der Geburt eine sensitive Periode einsetzt. Diese These entwickelten Klaus & Kennell (1983) anhand ihrer Beobachtungen auf der Intensivstation für Neugeborene. Dort kam es häufig vor, dass Säuglinge, die bereits entlassen wurden, oft kurze Zeit später mit (durch die Eltern verursachten) schweren Verletzungen in die Notaufnahme eingeliefert werden mussten. Dies geschah insbesondere bei Kindern, welche die erste Phase nach der Geburt getrennt von der Mutter in der Klinik verbracht hatten. Im Rahmen von Vergleichsuntersuchungen zwischen Müttern der Experimentalgruppe, die das Kind nach der Entbindung sofort zu sich nehmen konnten, und jenen der Kontrollgruppe, die nur einen kurzen Blick auf das Neugeborene werfen durften und es alle vier Stunden zum Füttern erhielten, zeigten sich signifikante Unterschiede. 28 bis 32 Tage nach der Entbindung hatten die Mütter aus der Experimentalgruppe größere Skrupel, ihr Neugeborenes in der Obhut anderer Personen zu belassen. Wenn ihr Kind zu weinen anfang, neigten sie zu ausgeprägterem Tröstungs- und Liebkosungsverhalten. Zudem zeigten sie signifikant mehr En-face-Blickkontakte. Zwei Jahre nach der Entbindung sprachen die Mütter mit häufigeren Kontakten mehr mit dem Kind als jene der Kontrollgruppe. Fünf Jahre nach der Geburt zeigten sich bei den Kindern mit hoher Kontaktdichte signifikant höhere IQ-Werte und bessere Resultate in Sprachtests⁴⁹.

Diese Befunde lassen die These zu, dass bereits 16 Stunden zusätzlichen Kontaktes innerhalb der ersten drei Lebensstage des Kindes das mütterliche Verhalten für die Dauer eines Jahres und möglicherweise darüber hinaus beeinflussen, und sie stützen die Hypothese einer für das Mutterverhalten wichtigen sensiblen Phase kurz nach der Entbindung. (Klaus & Kennell 1983, S. 92)

Im Rahmen ihrer zwölfjährigen Untersuchungen stellten Klaus & Kennell (1983) insgesamt sieben Gesetzmäßigkeiten auf, von denen hier nur die erste und die letzte aufgeführt werden sollen:

⁴⁹ Methodenkritisch sei hier jedoch angemerkt, dass die Gruppen jeweils sehr klein waren und nur zwischen fünf und 14 Frauen umfassten.

Es gibt eine die ersten Minuten und Stunden nach der Geburt umfassende sensible Phase, während derer es im Interesse einer optimalen späteren Entwicklung erforderlich ist, dass die Mutter bzw. der Vater engen körperlichen Kontakt mit dem Säugling hatten. (1983, S. 33/34).

Manche Ereignisse der ersten Lebensphase haben langfristig wirksame Folgen. Befürchtungen über das Wohlergehen eines Säuglings, bei dem sich am ersten Tag eine vorübergehende Störung zeigt, können zu überdauernden Besorgnissen führen, die von großer Tragweite sein und die Entwicklung des Kindes nachteilig beeinflussen können. (1983, S. 33/34)

Wie das folgende Zitat zeigt, wird der Mutter-Kind-Beziehung in der Anfangsphase des Lebens eine Tragweite zugeschrieben, die das ganze Leben eines Kindes umfasst.

Die ursprüngliche Mutter-Kind-Bindung ist die Keimzelle für alle späteren emotionalen Bindungen des Kleinkinds; sie ist die formende Beziehung, in deren Verlauf das Kind sein Selbstgefühl vermittelt. Die Intensität und die spezifische Färbung dieser Bindung zur Mutter wird die Qualität aller Beziehungen beeinflussen, die das Kind im Verlauf seines weiteren Lebens zu anderen Personen aufnehmen und unterhalten wird. (Klaus & Kennell, 1983, S. 18)

In den 1970er-Jahren wird zunehmend mehr Verständnis für Mütter aufgebracht. So tauchen in der Ratgeberliteratur erstmals Stimmen auf, die negative Gefühle im Zusammenhang mit der Mutterschaft als legitime Empfindungen thematisieren.

Wie kann eine Mutter ihr eigenes hilfloses Kind hassen? Aus dieser absurden Vorstellung entwickelt sich ein Großteil unserer Angst. Dabei ist genau das Gegenteil wahr – manchmal ist das Kind eben wie eine Klette an unserem Rock, eine unerträgliche Phonzahl in unseren Ohren, eine grässliche Last, und es ist höchste Zeit, zuzugeben, dass es so ist. (Barber & Skaggs 1980, S. 153, 155)

Für die Mutter der Gegenwart steht eine Vielzahl von Ratgeberliteratur und unterstützenden Einrichtungen bereit. Dieser positiv fürsorgliche Aspekt hat jedoch den Nachteil, dass das zeitgenössische kulturelle Modell des gesellschaftlich sanktionierten Verhaltens von Müttern die Form einer Ideologie der *intensiven Bemutterung* von Kindern annimmt. Diese Ideologie ist geschlechtsspezifisch geprägt, und sie veranlasst Mütter, einen enormen Aufwand an Zeit, Energie und Geld für die Betreuung und Erziehung ihrer Kinder zu betreiben. (Hays, 1998, S.10)

Diese Ideologie ist jedoch das Resultat einer Generalisierung von Konzepten der Psychologie wie beispielsweise von mütterlicher Deprivation oder den Metaphern der psychoanalytischen Theorie. Solche Konzepte haben der Kindheit eine „*bisher nicht belegte Schicksalhaftigkeit*“ zugeschrieben und damit bei Eltern starke Ängste darüber ausgelöst, etwas zu unterlassen oder falsch zu machen (Papoušek, M. 2000, S. 71).

Zu den sicher unerwünschten Folgen gehört eine weit verbreitete Verunsicherung junger Eltern. Zunehmend quälen sich Eltern mit Ängsten, etwas falsch zu machen oder etwas unwiederbringlich zu versäumen.

Sie sind anfällig für einen florierenden Markt an ähnlich befrachteten Elternratgebern mit oft widersprüchlichen, unüberprüften Empfehlungen. Im Interesse junger Familien ist es an der Zeit, Abschied zu nehmen vom „mother-hunting“, von der Schuld der Mütter [...], von den Metaphern der „schizophrenogenen“ oder „asthmatischen“ Mütter, der „guten und der bösen Mutterbrust“. Es ist an der Zeit, die Wechselseitigkeit der Beziehungen ernstzunehmen und der aktiven Rolle des Säuglings ebenso wie der Rolle des Vaters, der Geschwister und des sozialen Beziehungsnetzes gerecht zu werden. (Papousek, M. 2000, S. 71)

Die im Kapitel 3.3 konstatierte Form der eingeforderten Mutterliebe wird in Gedichten, Liedern, der Literatur und im Film wiederkehrend betont (Bast, 1991) und damit als selbstverständliche Anforderung an Mütter fortgeschrieben. Wäre die Mutterliebe bzw. der Mutterinstinkt jedoch etwas „Natürliches“, so müsste sie/er sich im historischen Verlauf (mit wenigen Ausnahmen) konstant nachweisen lassen. Historische Untersuchungen, die sich der Erforschung der Geschichte der Kindheit (Aries, 1975) oder der Mutterliebe (Badinter, 1984) widmen, zeigen übereinstimmend (wie auch oben dargestellt), dass dies nicht der Fall ist.

Als Schlussfolgerung sei auf die Ausführungen zur Diskrepanz in der Rechtslage bezüglich Eizell- und Samenspende im Kapitel 3.2 verwiesen, an die nun mit Bezug auf die vorangegangenen Ausführungen angeknüpft werden soll. Aus dem oben konstatierten historischen Verlauf sei der Aspekt hervorgehoben, dass um die Verpflichtungen von Müttern hinsichtlich ihrer Kinder eine sozial konstruierte Ideologie⁵⁰ existiert. Diese Ideologie ist das Produkt ökonomischer und interpsychischer Bedürfnisse. Die Auffassung vom adäquaten Verhalten von Müttern in Bezug auf ihre Kinder ändert sich in Abhängigkeit der sozialen, ökonomischen und intrapsychischen Voraussetzungen und Wechselwirkungen. Im Lebensalltag von Frauen/Familien lässt sich im Verlauf der Zeit die Erfüllung gesetzter Ideale, wie sie oben dargestellt wurden, oft widerlegen. Die Gesetzesnormen im EschG scheinen jedoch dieses Ideal der praktizierten Mutterschaft zu beinhalten.

⁵⁰ Wenn die Formen der Mutterschaft als Ideologie betrachtet werden, soll damit nicht implizit gesagt werden, dass diese Formen in sich defizitär sind. In dieser Arbeit soll ausschließlich ihre kulturelle Konstruktion herausgestellt und analysiert werden.

Wenn es im kulturellen Deutungsmuster ein dermaßen etabliertes und präsenes Vorbild an adäquater Mutterschaft gibt und diese Form der Mutterschaft etwas Ganzheitliches, ausschließlich von einer Person zu Erfüllendes ist, dass diese Person zudem zeitlich vollständig ausfüllt, darf Mutterschaft natürlich nicht in zwei verschiedene Formen (z. B. biologisch vs. sozial) aufgespalten bzw. auf zwei Personen übertragen werden. Grimms Märchen, in denen die Stiefmutter in ihrer sozialen, jedoch nicht biologischen Mutterrolle als böse und einer positiven kindlichen Entwicklung abträglich erscheint, leben im Embryonenschutzgesetz des 20. und 21. Jahrhunderts fort, denn auch das EschG prophezeit beim Auseinanderfallen von sozialer und genetischer Mutterschaft negative Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung – ausschließlich bedingt durch die gespaltene Mutterschaft. Die Familiengründung mit Spendersamen im Rahmen einer Ehe wird von einigen Experten/Expertinnen ebenfalls mit dem Verweis darauf kritisiert, dass das Auseinanderfallen der Vaterschaft (in einen sozialen und einen biologischen Vater) für Kind und Eltern mit Schwierigkeiten verbunden ist (Baumann, Hölzle, 2001; Mieth, 2000; Fechting, 1997). Diese Ansichten scheinen jedoch nicht in einer Form gesellschaftlich etabliert zu sein, dass sie in Gesetzestexten Niederschlag finden.

3.4 Späte Mutterschaft

Das Thema „späte Mutterschaft“ soll hier aufgrund der hohen Anzahl von Frauen mittleren Alters im Rahmen der Online-Befragungen (siehe Kapitel 8.) behandelt werden. Es sei jedoch darauf verwiesen, dass Eizellspenden nicht ausschließlich von reiferen Frauen in Anspruch genommen werden; diese Empfängerinnen stellen nur eine Untergruppe dar.

Ungeachtet der in letzter Zeit häufig angeführten neuen Vielfältigkeit von Lebens- und Familienformen (z.B. Hagen, 2007) werden manche nicht traditionellen Arten der Familienbildung mit Skepsis betrachtet. Dies trifft unter anderem Frauen, die im mittleren Alter Mütter werden. Argumente, die gegen eine späte Elternschaft vorgebracht werden, konzentrieren sich zumeist darauf, infrage zu stellen, dass Frauen in vorangeschrittenem Alter den Ansprüchen von Kindern physisch und psychisch gewachsen sind. So konstatiert z. B. die American Society for Reproductive Medicine:

Because parenting is both an emotionally stressful and physically demanding experience, older women and their partners may be unable to meet the needs of a growing child and maintain a long parental relationship.⁵¹

Es lässt sich statistisch belegen, dass der Übergang zur Mutterschaft zunehmend später stattfindet (BiB, 2012 a; BiB 2012 b). Über das Alter des Überganges zur Vaterschaft stehen bisher keine statistischen Erhebungen zur Verfügung. Ebenso wenig findet ein breiterer gesellschaftlicher Diskurs über Bedingungen und Auswirkungen der Vaterschaft im mittleren Lebensalter statt. Das Ausbleiben einer solchen Debatte belegt nach Ansicht der Verfasserin dieser Arbeit, dass die Mutterrolle in exklusiver Form konstant mit Rollenerwartungen verknüpft ist, die sich durch Fürsorge und Verantwortung für die leiblichen Kinder auszeichnen. Die folgenden Ausführungen sind unter dem Blickwinkel der Frage formuliert, wie Mütter in späteren Lebensphasen mit diesen Ansprüchen, dem historischen Erbe der Mutterrolle und ihrer Biologie umgehen bzw. das Mutterdasein für sich leben.

3.4.1 Medizinische Grundlagen

Studien zeigen, dass die Empfängnisfähigkeit nach einer Eizellspende bei Frauen nach der Menopause mit der Empfängnisfähigkeit von jüngeren Frauen vergleichbar ist (Paulson et al., 1997). Das eröffnet für Frauen nach der Menopause die Möglichkeit, mittels Eizell- oder Embryospende noch Mutter zu werden. Welche Implikationen hat das jedoch für Frauen, die jene Möglichkeit nutzen? Sind Frauen mittleren Alters auch nach der Geburt den Ansprüchen der Elternschaft in gleichem Maße gewachsen wie die i.d.R. um zehn bis zwanzig Jahre jüngeren Mütter?

Was die physische Beanspruchung durch Schwangerschaft und Geburt angeht, so thematisieren gängige Lehrbücher der Gynäkologie und Geburtshilfe die Mutterschaft im späteren Lebensalter zumeist gar nicht. Es wird höchstens darauf hingewiesen, dass die Menopause im Durchschnitt im Alter von 45 bis 55 Jahren beginnt (Gruber, 2009). Herlyn & Krüger (2003) befragten Expertinnen und Experten aus dem medizinischen Bereich rund um die Frauenheilkunde. Dort ist man der Ansicht, späte Mütter empfinden im Verhältnis zu jungen Frauen die Geburt selber als stärkere Belastung, Kaiserschnitte und langwierige Geburten seien häufiger, die Mütter blieben länger in der Klinik und hätten insgesamt seltener ambulante Geburten. Die Frauen berichteten nach Ansicht der Expertinnen

⁵¹ Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine (2004). Oocyte donation to postmenopausal women. *Fertility Sterility*, 82: 251–255.

und Experten darüber hinaus häufiger von psychosomatischen Erkrankungen und Ängsten während der Schwangerschaft.

Im Rahmen der Studie von Steiner et al. (2007) zeigten Frauen, die in Südkalifornien im Alter von über 50 Jahren nach einer Eizellspende Mutter wurden, einen nicht signifikant niedrigeren Level physischer Werte als Frauen im Alter von 30 Jahren, die nach einer IVF Mutter wurden. Dafür hatten die 50-jährigen Frauen höhere Werte für mentale Funktionen. Die Prozentangaben für Frauen mit hohem elterlichen Stress variierten zwischen den Gruppen, waren aber nicht in der Gruppe der 50-Jährigen am höchsten. Die 30-jährigen Frauen hatten die niedrigsten Stressraten, während die 40-jährigen Frauen die höchsten aufwiesen. Garrison et al. (1997) stellt heraus, dass Frauen, die im Alter von über 35 Jahren ein Kind empfangen, weniger elterlichen Stress berichteten. Andere Studien berichten von häufigerer Müdigkeit und längeren Erholungszeiten (Robinson et al. 1988, Windridge & Berryman, 1996,1999).

3.4.2 Ursachen später Mutterschaft

In den sehr zahlreichen Publikationen zum Thema wird kontrovers diskutiert, ob das Phänomen „späte Mutterschaft“ Ausdruck einer freien Entscheidung bzw. struktureller Veränderungen oder Ausdruck einer verstärkten Prioritätenverlegung auf berufliche Herausforderungen in jüngeren Jahren geschuldet ist (z. B. Herlyn & Krüger, 2003).

In älteren Studien (Engstler & Lüscher, 1991) lassen sich keine bewusst geplanten Aufschübe der Familiengründung entdecken. Engstler & Lüscher (1991) ermittelten drei unterschiedliche Muster, die in der Praxis eine späte Mutterschaft nach sich zogen:

- Über „*wiederholtes Abwägen*“ wird die Mutterschaft auf einen günstigeren Zeitpunkt verschoben,
- durch „*Konversion der Lebenspläne*“ bildet sich der Wunsch zur Mutterschaft erst spät heraus und
- infolge temporärer Sterilität ereignet sich die „*unfreiwillige, schicksalshafte Spätmutterschaft*“.

Burkart (1992, S. 166) konstatiert zu Beginn der 1990er-Jahre ebenfalls einen kontinuierlichen Aufschub der Mutterschaft bei beruflich etablierten Frauen aus „*struktureller*

Überforderung“ heraus. „Ungewollt“ verschieben jene Frauen vor diesem Hintergrund die erste Geburt entweder über die fruchtbare Lebensphase hinaus, um dann im mittleren Alter zu erkennen, dass sie nicht mehr schwanger werden können, oder sie verwirklichen biografisch erst spät die Mutterschaft. Insofern scheint die beruflich etablierte Frau nach Burkart (1992) zwischen zwei Optionen wählen zu können: späte erste Mutterschaft oder Kinderlosigkeit. Nach Ansicht von Nave & Herz (1996) könnten sich aus der oben angesprochenen Population jene Frauen, die einen starken Kinderwunsch haben, von den Angeboten der Reproduktionsmedizin besonders angesprochen fühlen.

Beham (1998), die etliche Jahre später mittels retrospektiver biografischer Interviews die späte erste Mutterschaft untersuchte, erfasst nahezu die gleichen Muster, die jedoch durch weitere ergänzt werden. Sie konstatiert, dass für die meisten Frauen zunächst „*die berufliche Etablierung im Vordergrund*“ stand (Beham, 1998, S. 360). Darüber hinaus benötigten einige Frauen mehr Zeit, um ihren Partner (der bereits häufig Kinder aus erster Ehe habe) von einer gemeinsamen Familiengründung zu überzeugen. Bei anderen stellte sich im mittleren Alter eine ungeplante Schwangerschaft ein.

Herlyn & Krüger (2003) erweitern die Perspektive um noch vielfältigere Lebensentwürfe und konstatieren, dass von ihnen befragte Expertinnen⁵² unterschiedlicher Berufsgruppen späte Mütter nur zur Hälfte (47 %) im mittleren und gehobenen sozialen Milieu – verheiratet, in akademischen Berufen ausgebildet und mit hoher Berufsqualifikation – verorten. Die Auswertung zahlreicher Telefoninterviews mit Müttern mittleren Alters von Herlyn & Krüger (2003) differenziert dieses Bild ein wenig. Eine Cluster-Analyse der Telefoninterviews ergab sechs verschiedene Cluster, die besonders hinsichtlich der Schwangerschaftsplanung differieren:

- Cluster A (N = 60). Frauen, die den Zeitpunkt der Geburt als richtig empfanden und die Schwangerschaft geplant hatten.
- Cluster B (N = 35). Frauen, die den Zeitpunkt der Geburt als richtig empfanden. Jedoch hatte nur die Hälfte der zumeist karriereorientierten Frauen die Schwangerschaft geplant.

⁵² Die Autorinnen führten Expert/inneninterviews mit Gynäkolog/innen, Kinderärzt/innen, Hebammen, Leiter/innen pädagogischer Einrichtungen und Beratungsstellen sowie Personalchef/innen großer Wirtschaftsunternehmen.

- Cluster C (N = 24). Frauen, welche die Schwangerschaft geplant hatten und zumeist medizinische Hilfe in Anspruch nahmen. Sie waren verheiratet und hochqualifiziert.
- Cluster D (N = 25). Die Schwangerschaft war entweder geplant, oder die Mütter hatten es darauf ankommen lassen. Diese Gruppe umfasst viele geringqualifizierte und ledige Mütter, die eine Schwangerschaft ohne medizinische Unterstützung erzielten.
- Cluster E (N = 24). Jene Frauen wurden unbeabsichtigt schwanger. Die Mütter verfügten über eine mittlere Qualifikation und waren eher selten in Vollzeit erwerbstätig.
- Cluster F (N = 12). Für diese Mütter geringer bis mittlerer Qualifikation war die Schwangerschaft ungeplant, weswegen die Frauen Zweifel an der Austragung hegten.

Die Cluster Analyse zeigt, dass die meisten späten Mütter der Mittelschicht entstammen und berufsorientiert sind. Jedoch trifft dieser biografische Hintergrund nicht auf alle zu. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass Mutterschaft im mittleren Alter nicht die uneingeschränkte Konsequenz von verstärkter Berufsorientierung der Frau oder einzig das Phänomen gehobener sozialer Milieus ist. Die Geringverdienerinnen sind nach Herlyn & Krüger (2003) oft unfreiwillig späte Mütter, da sie häufig erst nach jahrelanger Hormonbehandlung mit reproduktionsmedizinischer Unterstützung ein Kind bekamen. Für die Bereitschaft einer Inanspruchnahme der Reproduktionsmedizin ist jedoch vor allem die Lebensorientierung ausschlaggebend. Je größer die traditionelle Orientierung der Frauen, desto höher die Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Unterstützung. Allen späten Müttern ist jedoch gemeinsam, dass sie nicht ihr Leben einzig danach ausrichten, eine Familie zu gründen. Die Anwendung reproduktionsmedizinischer Hilfen sei zudem marginal (Herlyn & Krüger, 2003, S. 173).

Die meisten Frauen (53 % Westdeutschland, 64 % Ostdeutschland) bewerteten den Zeitpunkt der Geburt des ersten Kindes als „so richtig“. Bei dieser Bewertung zeigt sich ein Unterschied zwischen den Hoch- und den Geringqualifizierten, wobei die Geringqualifizierten meist lieber zu einem früheren Zeitpunkt Mutter geworden wären. Sechs Prozent der Befragten wollte ursprünglich gar kein Kind.

Für 63 Prozent der westdeutschen und 57 Prozent der ostdeutschen Frauen ist Mutterschaft eine bewusst gewählte Lebensform, die nicht selbstverständlich ist. 61 Prozent haben ihre Schwangerschaft bewusst geplant. 20 Prozent der späten Erstschwangerschaften in

Westdeutschland waren ungeplant/unerwartet, während dies bei 40 Prozent der ostdeutschen Mütter der Fall war. Eine Differenzierung nach Qualifikationsniveau zeigt insbesondere bei hochqualifizierten Frauen ein bewusstes Planungsverhalten. Sie hatten häufigere Fehlgeburten und lassen häufiger Schwangerschaften abbrechen. Einige Frauen (36 % in West- und 50 % in Ostdeutschland) hatten bereits mehr als zwei Jahre vor Eintritt der Schwangerschaft nicht mehr verhütet, wollten also bereits recht lange Mutter werden. Nur selten gaben die Frauen an, Zweifel an der Austragung empfunden zu haben. Bei den Hochqualifizierten war die spontane Akzeptanz am höchsten ausgeprägt (91 %).

3.4.3 Die Lebensführung später Mütter

3.4.3.1 Mütterliches und väterliches Selbstverständnis

Die von Herlyn & Krüger (2003) befragten Expertinnen und Experten aus dem medizinischen Bereich empfinden späte Mütter im Verhältnis zu jungen Frauen kooperationsbereiter. Sie würden die Schwangerschaft bewusster und intensiver erleben, nähmen i.d.R. an allen Vorsorgeuntersuchungen teil und informierten sich umfassend über mögliche Geburtskomplikationen. Die Angaben von ost- und westdeutschen Kinderärztinnen/ Kinderärzten gegenüber Herlyn & Krüger (2003) stimmen dahingehend überein, dass sie die späten Mütter für überdurchschnittlich informiert über Kinderpflege und Erkrankungen halten. Mütter mittleren Alters hätten darüber hinaus oft eine kritische Einstellung zur Schulmedizin. Ältere Studien aus dem anglo-amerikanischen Sprachraum (Robinson et al., 1987; Robinson et al. 1988) belegen ebenfalls, dass späte Mütter im Vergleich zu jüngeren Müttern seltener traditionellen Überzeugungen anhängen und insgesamt autonomer sind. Sie zeigen jedoch hohe Ansprüche an die ärztliche Beratung. Späte Mütter, die ihre Schwangerschaft bewusst planen, haben hohe Idealvorstellungen, d. h. hohe Erwartungen an das Kind, können aber im Gegenzug auch einfühlsam auf dieses eingehen. Nach Herlyn & Krüger (2003) sähen späte Mütter das Kind als eigenständige Persönlichkeit, welche besonderer Förderung bedürfe, womit sie mehr zur Weiterentwicklung des Kindes beitragen. Das betreffe insbesondere Frauen, die mit Unterstützung der Reproduktionsmedizin Mutter wurden. Im Rahmen der Studie nahmen 24 Prozent der Frauen, die ihre Schwangerschaft planten, reproduktionsmedizinische Unterstützung in Anspruch (Herlyn & Krüger, 2003).

Frauen, die im Alter von über 35 Jahren ein Kind empfangen, berichteten im Verhältnis zu jüngeren Müttern weniger Unzufriedenheit mit dem Kind und mehr familiäre Harmonie (Garrison et al. 1997). Ältere Mütter zeigten im Vergleich zu jüngeren zudem eine größere Bereitschaft zur Mutterschaft (Berryman & Windridge, 1991 a, 1991 b; Gottesman, 1992; Mercer, 1986).

Die oben beschriebene, dem Kind stärker zugewandte Grundhaltung von Müttern mittleren Alters beruht nach Ansicht der befragten Kinderärztinnen und Kinderärzte auf der Gefahr von „Overprotection“⁵³ des Kindes, insbesondere bei jenen Müttern, die ihren Beruf nach Familiengründung aufgaben und sich vollständig der Kindererziehung und Haushaltspflege widmeten (Herlyn & Krüger, 2003). Diese Mütter neigten dazu, ihren Kindern keine Grenzen zu setzen, und hätten Schwierigkeiten, sie in die Selbstständigkeit zu entlassen. Die Befragung der Mütter ergab jedoch, dass die Befragten ein selbstverständliches Berufsinteresse zeigten, was die alleinige Konzentration auf die Wünsche des Kindes ausschließen lässt (Herlyn & Krüger, 2003). Der stärkere Beratungsbedarf späterer Mütter gegenüber Experten/Expertinnen kann auch daher rühren, dass sie jüngere Mütter nicht als gleichwertige Kommunikationspartnerinnen akzeptieren. Schließlich beträgt der Altersunterschied teilweise 20 Jahre. Gleichaltrige Freunde befinden sich zumeist in einer anderen Lebensphase. Eine Tendenz zur Isolation späterer Mütter konnte jedoch nicht festgestellt werden. Der Beratungsbedarf scheint sich zudem ausschließlich auf das erste Lebensjahr zu erstrecken (Herlyn & Krüger, 2003).

Den Partnern späterer Mütter wird von Expertenseite nach Herlyn & Krüger (2003) zumeist ein überdurchschnittliches Interesse an ihren Kindern zugeschrieben. Jene Väter nahmen z. B. häufiger an Babymassagekursen und am Babyschwimmen teil und beteiligten sich damit aktiver an der Erziehung und Entwicklung des Kindes, als es jüngere Väter tun. Diese Tendenz bestätigten die Mütter nicht im gleichen Ausmaß. Insbesondere bei Paaren in Ostdeutschland scheint die späte Elternschaft dann zu Problemen zu führen, wenn sich die Frau nach der Geburt des Kindes auf eine Hausfrauen- und Mutterrolle beschränken möchte. Dies widerspricht in ihrem Lebensentwurf dem Ideal des berufstätigen Paares in der ehemaligen DDR.

⁵³ Overprotection ist im Sinne einer überbesorgten Grundhaltung von Eltern gegenüber ihren Kindern gemeint.

3.4.3.2 Die Vereinbarkeit von Beruf und Familie/Partnerschaft

Steiner et al. (2007) konstatiert im Rahmen einer Studie an ausschließlich 50-jährigen kalifornischen Frauen, die ihr Kind mit Unterstützung einer Eizellspende bekamen, die Tendenz, dass es sich zumeist um hochqualifizierte Frauen mit hoher Berufsorientierung handele. Sie verfügten jedoch über ein geringeres Familieneinkommen als die Vergleichsgruppe mit 30-jährigen und 40-jährigen Frauen nach reproduktionsmedizinischer Behandlung. Die späten Mütter, welche Herlyn & Krüger (2003) im Rahmen von Telefoninterviews befragten, verfügen über höhere monatliche Haushaltseinkommen und sind in geringerem Maße auf staatliche Transferleistungen angewiesen als die Vergleichsgruppe. 85 Prozent der Frauen waren verheiratet. Die Beziehungsdauer bis zur Geburt des ersten Kindes betrug im Mittel sieben Jahre, was eine stabile Beziehung nahe legt. Acht Prozent der Frauen waren allein lebend. Die meisten lebten in Ein-Kind-Familien (65 % West, 80 % Ost). Vor allem ostdeutschen Expertinnen und Experten berichten jedoch davon, dass etliche späte Schwangerschaften abgebrochen werden, wenn keine Partnerschaft besteht und es sich um ungeplante Schwangerschaften handelt. Gründe dafür sind insbesondere ungesicherte soziale Verhältnisse und eine befürchtete Stigmatisierung seitens der Umwelt.

Auf Basis von 28 Interviews wurden von Herlyn & Krüger (2003) vier unterschiedliche Muster später erster Mutterschaft konstatiert:

- Berufsorientierte Frauen (Der qualifizierten Berufsausbildung geht eine langfristige Hochschulausbildung voraus. Der Kinderwunsch wird erst realisiert, nachdem sich die Frauen im Erwerbsleben etabliert haben.)
- Persönlichkeitsorientierte Frauen (Jene Frauen nehmen sich Zeit für die Persönlichkeitsentwicklung, die für sie weder im Beruf noch in der Mutterschaft besteht.)
- Doppelorientierte Frauen (Bei diesen Frauen ist die Familiengründung ebenso selbstverständlich wie Erwerbstätigkeit, Aufschub des Kinderwunsches bis zur Qualifikation und ein wiederholter Aufschub.)
- Familienzentrierte Frauen (Jene Frauen planen zwar eine familienzentrierte Biografie, können aber aufgrund von Partnerproblemen den Kinderwunsch nicht früher realisieren oder weil sie aufgrund von Fertilitätsproblemen langwierige medizinische Behandlungen in Anspruch nehmen.)

Bei späten Schwangerschaften erlaubt es die gesicherte finanzielle Situation, bezahlte Kinderbetreuung in Anspruch zu nehmen und so eine Vereinbarkeit von Familie und Beruf zu gewährleisten. Ältere Frauen zeigen jedoch im Vergleich zu jüngeren nicht die Tendenz, mehr bezahlte Betreuung in Anspruch zu nehmen (Steiner et al, 2007).

Die meisten Mütter mittleren Alters der Studie von Herlyn & Krüger (2003) nahmen zudem nicht den vollen Erziehungsurlaub in Anspruch, sondern waren zumeist nach der gesetzlichen Mutterschutzfrist wieder erwerbstätig. In den neuen Bundesländern ist der Anteil später Mütter, die nach der Geburt des Kindes wieder erwerbstätig sind, geringer als in den alten Bundesländern. Die Hochqualifizierten haben die höchste Quote an Vollzeit-erwerbstätigen. Deren Partner befinden sich in Westdeutschland ebenfalls überdurchschnittlich häufig in gehobenen beruflichen Positionen, in Ostdeutschland hingegen sind nur 20 Prozent der Partner von späten Müttern hoch qualifiziert. 20 Prozent der Frauen wäre gerne mit einer höheren Stundenzahl erwerbstätig, wenn es entsprechende Unterstützungsangebote gäbe (flexiblere Arbeitszeiten, umfassendere Kinderbetreuungsmöglichkeiten). In der Partnerschaft findet nach Einschätzung von Herlyn & Krüger (2003) zumeist keine egalitäre Verteilung der Pflichten im Haushalt und bei der Kinderbetreuung statt.

3.4.4 Erwägungen zu Vor- und Nachteilen später Mutterschaft

Nach Herlyn & Krüger (2003) ist vor allem für Frauen, die ein Interesse daran haben, in beruflich hochspezialisierten Bereichen zu arbeiten und/oder eine lange Ausbildung benötigen, die Mutterschaft im mittleren Alter eine attraktive Option. Ihr Vorsprung an Lebenserfahrung lässt sie in Zeiten, in denen Kinder umfangreiche Betreuung benötigen, in nicht erheblichem Ausmaß aktive Freizeitgestaltung ohne Kinder oder Reisen vermissen.

Zahlreiche der von Herlyn & Krüger (2003) interviewten Frauen beklagen die fehlende Unterstützung beim beruflichen Wiedereinstieg; die Großeltern sind zur Kleinkindbetreuung oft zu alt und zu anderen Müttern fehlt der Kontakt. Teilzeitarbeitsplätze für höher qualifizierte Frauen fehlen auf dem Arbeitsmarkt, was die Vereinbarkeit von Beruf und Familie erheblich erschwert. Die im Gegensatz zu jungen Müttern geringere körperliche Belastbarkeit kommt erschwerend hinzu. Diskriminierungserfahrungen im persönlichen

Umfeld berichten lediglich drei der interviewten Frauen. Die Mehrheit kann dies i.d.R. nicht bestätigen:

Die Mehrzahl der späten Mütter erlebt in der Öffentlichkeit keine „Sonderbehandlung“. Etwa ein Drittel der Befragten nimmt sich als Teil eines gesellschaftlichen Trends wahr. (...) Die Frauen in unserem Sample fühlen sich bei ihrer Erstgeburt in einem normalen Alter und sehen sich nicht als Minderheit, zumal sie Kontakte zu Frauen haben, deren biografische Verläufe sich ähnlich sind. (Herlyn & Krüger, 2003, S. 165)

4. Familienbildung mit Eizellspende und ihre Folgen

Im Kapitel „Familienbildung mit Eizellspende und ihre Folgen“ sollen die jeweils aus der (erfolgreichen) medizinischen Behandlung einer Eizellspende resultierenden Phänomene wie Familiengeheimnisse um die Zeugungsform des Kindes diskutiert sowie Überlegungen zur psychischen Entwicklung der Nachkommen einer reproduktionsmedizinisch unterstützten Behandlung angestellt werden.

4.1 Das Familiengeheimnis

Simon und Stierlin (1985, S. 93–94) definieren in ihrem Werk zur Familientherapie den Begriff „Familiengeheimnis“ wie folgt:

Bestimmte, häufig mit starker Angst- und Schuldgefühlen besetzte Themen unterliegen einem familienweiten Tabu und dürfen nicht offen besprochen werden (...). Familiengeheimnisse dienen in erster Linie zur Vermeidung von Kränkungen und Konflikten. Sie stellen somit eine Form kollektiver Verleugnung dar, die nicht ohne Weiteres als pathologisch anzusehen ist. Wahrscheinlich ist sie in allen Familien mehr oder weniger verbreitet und auch (in Grenzen) funktionell. Wie bei anderen familiären Problemlösungsstrategien auch entscheidet letztlich ihr Ausmaß und ihre Ausschließlichkeit über ihre Funktionalität oder Dysfunktionalität. So können Familiengeheimnisse dazu dienen, das Selbstwertgefühl der Mitglieder zu schützen. Sie werden problematisch, wenn sie Vertrauen untergraben, den Dialog verhindern und die Realität so hochgradig verzerren oder verleugnen, dass die Anpassungs- und Entwicklungsmöglichkeiten der Familie eingeschränkt werden (...).

Im Unterkapitel 4.1 sollen Familiengeheimnisse hinsichtlich der biologisch-genetischen Abstammung zwischen Eltern und deren (mittels reproduktionsmedizinischer Unterstützung gezeugten oder adoptierten) Kindern einer näheren Betrachtung unterzogen werden.

Die Kindheit als soziale Kategorie und pädagogisches Konzept ist eine Erfindung der modernen westlichen Gesellschaft. Kindheit als „*soziokulturelles Faktum*“ ist erst 400 Jahre alt (van Manen, 2001, S. 156). Mit dem Begriff „Kindheit“ ist in dieser Arbeit die Kindheit in der westlich-bürgerlichen Mittelklasse gemeint. Dieser Kultur- und Gesellschaftsschicht wird zugeschrieben, dass sich ihre Kinder von den Erwachsenen im Hinblick auf ihre sozio-emotionale Entwicklung und Reife unterscheiden. Die Einschränkung auf die westlich-bürgerliche Mittelschicht ist notwendig, weil sich der Lebensabschnitt Kindheit auf der Welt stark unterscheidet und mitunter gar nicht existiert. Durch die Entwicklung von Schulen und die Bildung kleinerer Familieneinheiten entstand das Bewusstsein, „*dass Kinder in ihrer moralischen, emotionalen und sozialen Entwicklung weitgehend von ihren Eltern (...) abhängen*“ (van Manen, 2001, S. 156). Seit dieser Zeit gilt das Kind als „*verwundbar, unreif und abhängig*“ (van Manen, 2001, S. 156). Da Kinder als besonders vulnerabel betrachtet werden, obliegt den Eltern die Verantwortung darüber, zu entscheiden, was für Kinder eines bestimmten Alters und unter bestimmten Umständen gut ist und was nicht. Nach van Manen (2001, S.157) ist Kindheit definiert über den Zugang zu kulturellen Geheimnissen des Erwachsenenlebens wie z.B. Erwachsenenerotik, Erwerbsarbeit und Erwachsenenunterhaltungen.

4.1.1 Informationspraxis bezüglich der Abstammung eigener Kinder bei Eizellspende, Donogener Insemination (DI), In-Vitro-Fertilisation (IVF), Intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) und Adoption

Das Phänomen der Donogenen Insemination sowie dass der In-Vitro-Fertilisation, aber auch der Intrazytoplasmatischen Spermieninjektion und der Adoption ist im Hinblick auf einige soziale Implikationen mit der Eizellspende vergleichbar. So stellt sich bei DI-Kindern, IVF-Kindern und Kindern, die einer Eizellspende entstammen gleichermaßen die Frage, ob (und wenn ja, wie) das Kind über dessen Form der Entstehung informiert wird. In Bezug auf Familie, Freunde und Bekannte gilt es ebenso zu entscheiden, wem Informationen zur

Entstehung des Kindes zugänglich gemacht werden und wem nicht. Darauf aufbauend lassen sich bei all den genannten Formen reproduktionsmedizinischer Unterstützung (auch im Vergleich) die Konsequenzen für die Kinder selbst und deren Beziehung zu den Eltern diskutieren. Aus diesem Grund werden in den folgenden Abschnitten des Kapitels neben Studien zur Eizellspende unter gleicher Fragestellung zur Ergänzung gelegentlich Studien zur Donogenen Insemination, IVF und ICSI sowie in Einzelfällen zu Adoption und Leihmutterschaft mit herangezogen. Ziel dieser Strategie ist es, ein möglichst umfangreiches Bild zur Familienbildung mit Eizellspende zu erhalten.

Einige Studien zeigen im Vergleich zwischen Eizellspende und DI eine höhere Offenheit bei der Eizellspende und erklären diese mit der besonderen Erfahrung von Schwangerschaft und Geburt, durch die bei der Mutter die Abwesenheit einer genetischen Verbindung kompensiert werde. Zudem gebe es im Rahmen der Eizellspende eine größere Bereitschaft zur offenen Spende (Murray & Golombok, 2003; Vayena & Golombok, 2012; Golombok et al., 2006). Im Vergleich von männlichen Rezipienten einer Eizellspende mit denen einer Donogenen Insemination legten die DI-Empfänger weniger Wert auf die genetische Verbindung und mehr auf soziale Beziehungen. Vergleich man im Gegenzug weibliche Rezipientinnen einer Donogenen Insemination mit denen einer Eizellspende, zeigte sich, dass die Empfängerinnen einer Eizellspende die genetische Verbindung als weniger wichtig empfanden (Isaksson et al., 2011).

Söderström-Antilla et al. (1998) fanden im Rahmen ihrer Untersuchung heraus, dass lediglich 38% der DI-Eltern ihr Kind über dessen Art der Entstehung aufklären wollten, wohingegen 60 % der Eltern nach einer konventionellen IVF bereit waren, dem Kind von seiner Art der Entstehung zu berichten. Nach Peters, M.R.C.P.C.H., Kantaris, Barnes & Sutcliffe (2005) war die Bereitschaft zur Aufklärung höher, wenn das Kind einer ICSI entstammte, als wenn es ein IVF-Kind und Einzelkind war. Murray, MacCallum & Golombok (2006) konstatierten im Rahmen einer vergleichenden Untersuchung von Eltern zwölfjähriger Kinder, dass signifikant weniger Rezipienten einer Eizellspende (35 %) sowie weniger DI-Mütter (11%) als IVF-Mütter (88 %) ihr Kind bereits aufgeklärt hatten oder dies planten.

Eine Studie von Mac Callum et al. (2003) an 42 Paaren, die mit Unterstützung einer Leihmutter Eltern wurden, zeigt, dass alle Eltern das Kind aufklären wollten. Van den Akker (2000) untersuchte 29 Frauen, die mit Unterstützung einer Leihmutter selbst Mutter werden wollten. Diese Frauen befanden sich in unterschiedlichen Stadien der Umsetzung ihres

Vorhabens. Insgesamt 97 % von ihnen wollten das Kind über dessen biologisch-genetische Herkunft in Kenntnis setzen. Eine englische Studie (Blyth, 1995) an 20 Paaren, die auf die Geburt des Kindes durch die Leihmutter warteten, ergab, dass alle ihr Kind aufklären wollten.

Das Aufklärungsverhalten scheint also in Abhängigkeit von der Behandlungsform (Eizellspende vs. Donogene Insemination vs. ICSI vs. IVF) zu variieren. Eine Untersuchung, die das Aufklärungsverhalten von Eltern nach Eizellspende und von Eltern nach Donogener Insemination verglich, konstatiert keine signifikanten Unterschiede im Aufklärungsverhalten in Abhängigkeit von Geschlecht oder Art der Behandlung bei Eizellspende vs. Donogene Insemination (Isaksson, Sydsjö; Skoog Svanberg & Lampic, 2012). Die Mehrheit der Studien zeigt jedoch die oben beschriebene Tendenz zur unterschiedlichen Aufklärungspraxis in Abhängigkeit von der Behandlungsform.

In älteren Studien (aus den 1980er- und 1990er-Jahren) zeigt sich, dass z. B. im Hinblick auf die Donogene Insemination eine Aufklärung des Kindes von der Mehrheit der Eltern eher abgelehnt wird. Snowden et al. (1985) führten ihre Studie in Zusammenarbeit mit einer anonymen Ärztin durch, welche von September 1940 bis März 1982 die Donogene Insemination in ihrer Praxis anbot. Anhand von Interviews mit Eltern ließ sich feststellen, dass fast alle Paare ihre Teilnahme an der Donogenen Insemination geheim halten wollten. Im zweiten Teil der Studie konnten Interviews mit Elternpaaren, deren Kinder über 18 Jahre alt waren, geführt werden. In den meisten Familien war die Donogene Insemination ein Geheimnis geblieben. Ebenfalls im Jahr 1985 publiziert, jedoch in Australien durchgeführt, wurde eine Studie mit DI-Paaren im Melbourne Family Medical Centre (MFMC) von Rowland (1985). Die 93 befragten Paare entschieden sich bezüglich der Aufklärung folgendermaßen:

- 9 % wollten es dem Kind mitteilen,
- 56 % wollten es nicht informieren und
- 35 % waren sich bezüglich einer Entscheidung unsicher.

Voß, Soeffner, Krämer & Weber (1994, S. 48) konstatieren noch ungefähr zehn Jahre nach der oben aufgeführten Studie: „*Im Falle der AID⁵⁴ liegt das größte Problem in der Beziehung zwischen Eltern und ihren reproduktionsmedizinisch gezeugten Kindern in der Geheimhaltung der tatsächlichen Vaterschaft.*“ Im Rahmen einer Studie führten die Autoren

⁵⁴ AID steht als Abkürzung für „artificial insemination by donor“ und ist eine andere Bezeichnung für Donogene Insemination.

insgesamt 50 Interviews mit Patientinnen und Patienten, die eine IVF-Behandlung in Anspruch genommen hatten, durch. Insgesamt zeigt sich bezüglich der Frage nach der Geheimhaltung gegenüber dem sozialen Umfeld folgende Verteilung:

- In 46 % der Fälle wurde niemand informiert,
- in 26 % der Fälle wurden Mitglieder der Familie informiert,
- 8 % informierten enge Freunde,
- in 14 % der Fälle wurden Mitglieder der Familie und enge Freunde informiert,
- in 6 % der Fälle wurden Mitglieder der Familie und der weitere Freundeskreis von der medizinischen Behandlung, nicht aber von der Samenspende informiert.

Golombok et al. (1996) verglichen Italien, Großbritannien, die Niederlande und Spanien unter anderem hinsichtlich der Bereitschaft zur Aufklärung der Kinder über die Donogene Insemination miteinander. Insgesamt wurden 111 DI-Familien mit Kindern im Alter von vier bis acht Jahren befragt. Die Ergebnisse der Studie stellen sich – insgesamt über alle vier Länder gerechnet – folgendermaßen dar:

- Keines der Kinder wusste über seine Zeugung Bescheid,
- 75 % der Mütter sagten, sie wollten es definitiv nicht sagen,
- 13 % waren bezüglich einer Entscheidung unentschlossen und
- 12 % wollten ihr Kind aufklären.

Zwischen den Gruppen, die niemals aufklären wollten, gab es folgende Unterschiede zwischen den Ländern:

- Italien = 100 %,
- Großbritannien = 82 %,
- Niederlande = 76 %,
- Spanien = 48 %.

Anhand von Erfahrungen aus ihrer eigenen Praxis berichten auch Günther & Fritsche (2001, S. 218): „Viele unserer Ehepaare äußerten bereits bei der Beratung spontan, dass sie weder ihr Kind noch die eigenen Eltern oder andere Personen aufklären wollen.“ In zwei schwedischen Studien über Eltern von DI-Kindern zeigte sich, dass < 20 % der Eltern ihren Kindern von der Spende berichteten (Gottlieb, Lalos & Lindlat, 2000; Leeb, Lundberg, Kjellberg & Sydsjo, 2006). In Neuseeland, wo Kliniken seit 1984 zur Offenheit motivieren und seit 2004 eine Gesetzgebung zu identifizierbaren Spendern installiert ist, haben nach einer

Studie von Daniels, Gillet und Grace (2009) hingegen 35 % der Eltern ihre DI-Kinder über deren Herkunft aufgeklärt.

Anhand der oben vorgestellten Studien sei die These aufgestellt, dass die Geheimhaltung einer reproduktionsmedizinisch unterstützten Zeugungsart des Kindes bis zur Jahrtausendwende nahezu weltweit verbreitet war. Die Mehrheit der Eltern scheint sich (zum Teil ganz bewusst) für eine Geheimhaltung entschieden zu haben. Im Hinblick auf die Eizellspende zeigt hingegen die Studienlage ab dem Jahr 2000, dass zumeist mehr als die Hälfte der befragten Eltern äußert, das eigene Kind aufklären zu wollen (Söderström-Anttila, Sälevaara, Suikkari, 2010; Isaksson, Sydsjö, Skoog Svanberg, Lampic, 2012; Isaksson, Sydsjö, Skoog Svanberg, Lampic, 2012; Klock & Greenfeld, 2004). Über alle Studien hinweg betrachtet zeigen sich hinsichtlich des Prozentsatzes aufklärungsbereiter Eltern Schwankungen von 29 % bei Eltern, die planen, ihr Kind über dessen Herkunft in Kenntnis zu setzen (Murray & Golombok, 2003) über eine belgische Studie mit 44 % aufklärungsbereiter Eltern bis zu einer US-Studie von Klock und Greenfeld (2004) mit Paaren, bei denen 59 % zur Offenheit bereit sind.

In Studien, die der Frage nachgehen, welche Unterschiede es zwischen Eltern mit Bereitschaft zur Aufklärung und Eltern ohne eine solche Bereitschaft gibt, zeigen sich als einzige Übereinstimmung Geschlechtsunterschiede im Hinblick darauf, dass Männer signifikant mehr Wert auf eine genetische Verbindung zwischen Mutter und Kind legen, als dies Frauen tun. (Isaksson et al., 2011; Skoog Svanberg, Lampic, Bergh & Lundkvist, 2003). In der Studie von Shehab, Duff, Pasch, Dougall, Scheib und Nachtigall (2008) zeigen sich innerhalb der Paarbeziehungen Geschlechtsunterschiede bezüglich der Intention zur Aufklärung. So bevorzugte zumeist die Frau eine Aufklärung des Kindes, und der Mann schloss sich ihrer Auffassung an. Bei Paaren, die sich für eine Geheimhaltung entschieden, war meist der Mann derjenige, der die Entscheidung initiierte.

Weitere Unterschiede wurden jeweils ausschließlich in einzelnen Studien nachgewiesen wie z.B., dass Frauen, die bereits ein Kind geboren hatten, signifikant häufiger als kinderlose Frauen dazu tendierten, niemandem von der Behandlung zu erzählen. Paare, die sich für eine Behandlung mit ihrer eigenen Spenderin entschieden, neigten signifikant häufiger dazu, niemandem außer der Spenderin davon zu berichten (Baetens, Devroey, Camus, van Steirteghem, A.C. & Ponjaert, Kristoffersen, I. 2000). In der Studie von Greenfeld et al.

(1998) planten 88 % der Eltern mit einer bekannten Spenderin die Aufklärung des Kindes, während bei einer anonymen Spenderin lediglich 52 % dazu bereit waren. Analog dazu zeigt eine Studie an DI-Familien aus den USA an einer Klinik mit ausschließlich offenen Spendern eine Aufklärungsbereitschaft von 70 % (Scheib, 2003). Eine dänische Studie an Paaren, die sich für einen bekannten Spender entschieden hatten, zeigte eine Aufklärungsbereitschaft von 93 %, verglichen mit einer Quote von 17 % bei denen, die sich für einen anonymen Spender entschieden hatten (Brewaeys et al., 2005). Die Entscheidung zur Geheimhaltung der Zeugungsform scheint sich sowohl bei den Paaren einzustellen, die sich von vornherein bewusst für eine anonyme Spenderin/einen anonymen Spender entschieden, als auch bei solchen, bei denen die Anonymität des Spenders/der Spenderin keine vorsätzliche Entscheidung war.

Eltern müssen sich jedoch nicht nur gegenüber ihrem Kind selbst, sondern auch gegenüber Verwandten, Bekannten, Freunden und im medizinischen Kontext (z.B. bei dem/der Pädiater/in) überlegen, welche Informationen über die Herkunft ihres Kindes sie preisgeben. Was die Aufklärungsabsichten bezüglich des persönlichen Umfeldes betrifft, so zeigt sich eine recht hohe Bereitschaft, von der genetischen Herkunft des eigenen Kindes zu berichten. Laut Söderström-Anttila, Sälevara & Suikkari (2010) hatten die meisten Eltern während Schwangerschaft und Geburt bereits medizinischem Personal davon berichtet. 87 % der Mütter, verglichen mit 71 % der Väter, berichteten noch weiteren Personen aus dem eigenen Umfeld davon. Die meisten Empfänger/innen gespendeter Gameten berichteten neben dem/der Partner/in noch weiteren Personen von der Behandlung (Gottlieb, Lalos und Lindblatt, 2000; Greenfeld und Klock, 2004; Schmidt, Holstein, Christensen und Boivin, 2005; Daniels, Gillet und Grace, 2009). Auch Isaksson et al. (2011) konnten in ihrer Untersuchung konstatieren, dass 83 % der Befragten angaben, dass sie der Familie und/oder Freunden von ihrer Entscheidung zur Eizellspende berichteten. Selbst ältere Studien zeigen, dass ca. 50 % der Eltern von Kindern, die einer Eizellspende entstammen, ihrem sozialen Umfeld von der Spende erzählten (Pettee & Weckstein, 1993; Weil et al., 1994).

Die Tendenz zur Offenheit scheint auch die IVF und ICSI zu betreffen. Nach einer Untersuchung von Peters, M.R.C.P.C.H., Kantaris, Barnes, Sutcliffe & A. M. D. (2005) berichteten bei einer IVF/ICSI nur ein Prozent der Mütter und drei Prozent der Väter niemandem von der Behandlung. Nach Isaksson et al. (2011) teilten sechs Prozent der Teilnehmer keiner weiteren Person die Eizellspende/Donogenen Insemination mit.

Nach Söderström-Anttila, Sälevaara, Suikkari & A. M. (2010) zeigt sich eine signifikant positive Korrelation zwischen Eltern, die es den anderen mitteilen, und Eltern, die es dem Kind mitteilen. Die meisten Studien zum Informationsverhalten nach Gametenspende ermittelten jedoch, dass viele Paare dritte Personen über die Spende informierten, ihr eigenes Kind hingegen (noch) nicht über deren Zeugung in Kenntnis gesetzt hatten (Gottlieb, Lalos und Lindblat, 2000; Leeb, Lundberg, Kjellberg und Sydsjo, 2006; Hahn und Craft, Rosenberg, 2002; Murray und Golombok; Klock und Greenfeld, 2004; Daniels, Gillet und Grace, 2009).

Unter denjenigen, die über die reproduktionsmedizinische Behandlung in Kenntnis gesetzt wurden, waren zumeist keine ebenfalls betroffenen Menschen. Laut Pettee & Weckstein (1993) schlossen 74 % der Paare den Behandlungszyklus ab, ohne mit einem anderen Paar oder Einzelpersonen gesprochen zu haben, die selbst eine Eizellspende in Anspruch genommen hatten. Laut Klock & Greenfeld (2004) berichten signifikant mehr Frauen (82 %) als Männer (66 %) weiteren Personen von der Spenderin. Vergleichende Untersuchungen zur Gametenspende zeigen, dass die Behandlung vorwiegend in heterosexuellen Familien geheim gehalten wird. Im Vergleich neigen lesbische Paare (Stevens et al., 2003; Mac Callum & Golombok, 2004) und alleinerziehende Mütter (Murray & Golombok, 2005; Landau & Weissenberg, 2010) eher zur Offenheit (Brewaeys et al., 1993; Baetens et al., 1995; Wendlach, Byrn & Hill, 1996).

Einmal ausgesprochen, kann eine Information unkontrolliert weitergegeben werden. Was in der nachträglichen Reflektion die Einstellung bezüglich der eigenen Entscheidung(en) zur Weitergabe der Information betrifft, so zeigt die Studie von Klock & Greenfeld (2004), dass 60 % der Frauen und 62 % der Männer im Nachhinein der Ansicht waren, dass sie es anderen Personen nicht noch einmal sagen würden. In der Zeile für einen offenen Kommentar äußerten die Befragten zur Begründung, dass sie sich Sorgen um die Privatsphäre und das Recht des Kindes machten, die erste Person zu sein, welche von der reproduktionsmedizinischen Behandlung erführe. In der Mehrheit der Untersuchungen zeigte sich jedoch, dass die meisten Eltern nach der Aufklärung ein Gefühl der Erleichterung empfanden und die Entscheidung nicht bedauerten (Hunter, Salter, Ling und Glover, 2000; Lycett, Daniels, Curson und Golombok, 2005; Lalos, Gottlieb und Lalos, 2007; Mac Dougall, Becker, Scheib und Nachtigall, 2007). Nach Isaksson, S., Sydsjö; Skoog Svanberg, A.;

Lampic, C. (2012) waren 81 % zufrieden mit den Menschen, denen sie es anvertrauten; 13 % würden gerne noch mehr Menschen von der Spende berichten. Isaksson et al. (2011) berichten bezüglich Eizellspende/DI ebenfalls, dass diejenigen, die anderen von der Behandlung berichteten, zu 96 % positive oder neutrale Reaktionen erfuhren. Lediglich vier Prozent der Eltern erlebten negative Reaktionen von mindestens einer Person.

Was den „richtigen“ Zeitpunkt der Aufklärung betrifft, waren sich laut Isaksson, Sydsjö; Skoog Svanberg & Lampic (2012) viele Betroffene über das adäquate Alter bei der Informationsvermittlung unsicher und wünschten sich mehr Informationen über Handlungsstrategien (59 % Frauen und 26 % Männer) und einen Erfahrungsaustausch mit ebenfalls Betroffenen.

Söderström-Anttila, Sälevaara & Suikkari (2010) zeigen einen statistisch signifikanten Unterschied bezüglich elterlicher Aufklärungsabsichten in verschiedenen Altersgruppen. Bei ein- bis dreijährigen Kindern planten 83,3 % der Eltern die Aufklärung, während bei den 13- bis 14-jährigen Jugendlichen 44,4 % der Eltern ihr Kind aufklären wollten. Trotz der weit verbreiteten Intention zur Aufklärung erscheint die reale Aufklärungsquote bei den befragten Eltern zunächst recht gering. So äußerten lediglich 28 % der Eltern nach Eizellspende von Kindern unter drei Jahren und 26 % der Eltern von Kindern zwischen drei bis 14 Jahren in der Studie von Söderström-Anttila, Sälevaara & Suikkari (2010), dass sie ihre Kinder bereits aufgeklärt hätten. Laut einer Studie von Isaksson, Sydsjö, Skoog Svanberg & Lampic (2012) hatten lediglich 16 % der Eltern begonnen, die Information zur Herkunft ihrer Kinder zu teilen. Die geringe Quote realisierter Aufklärungen könnte (wie bereits oben berichtet) mit Unsicherheiten bezüglich einer kindgerechten Mitteilungsform zusammenhängen. So konstatieren Söderström-Anttila, Sälevaara & Suikkari (2010), dass 24 % der Mütter und 11% der Väter der Ansicht waren, die psychologische Unterstützung sei unzureichend.

Nach Peters, Kantaris, Barnes & Sutcliffe (2005), die IVF-/ICSI-Mütter befragten, legen sich von den Müttern, die ihr Kind aufklären wollen, lediglich 41 % auf ein Alter fest; von den Vätern, die ihr Kind aufklären wollen, spezialisieren sich 48 % auf ein Alter. In der praktischen Umsetzung scheint sich das Alter zwischen drei und sechs Jahren als Aufklärungshöhepunkt herauszukristallisieren. Die meisten Studien konstatieren die Zeit um das fünfte Lebensjahr als gängiges Alter für eine Aufklärung der Nachkommen einer Gametenspende (Gottlieb, Lalos und Lindenblat, 2000; Lalos, Gottlieb und Lalos, 2007; Söderström-Anttila, Sälevaara und Suikkari, 2010). Nach Söderström-Anttila, Sälevaara &

Suikkari (2010) erfuhren 76 % der Kinder im Alter von drei bis sechs Jahren von der Art ihrer Entstehung, 18 % der Kinder wurden im Alter von sieben bis neun Jahren aufgeklärt, und fünf Prozent erfuhren es von Anfang an. Isaksson, Sydsjö; Skoog Svanberg & Lampic (2012) konstatieren, dass 43 % der Eltern von der Spende sprachen, als das Kind unter zwei Jahre alt war, 38 % planten für das Alter von zwei bis sechs Jahren, sechs Prozent für das von sechs bis zehn und sechs Prozent für das von zehn bis zwanzig, das Kind aufzuklären.

Neben der Frage nach dem optimalen Aufklärungszeitpunkt stellt sich die Frage nach der adäquaten Strategie der Informationsvermittlung. Mac Dougall et al. (2006) unterscheiden zwei Aufklärungsstrategien von Eltern durch Gametenspende: zum einen die „*seed planting*“-Strategie und zum anderen die „*right time*“-Strategie. Die Befürworter/innen der „*seed planting*“-Strategie sind der Ansicht, dass frühe Aufklärung von besonderer Wichtigkeit ist, damit die Kinder in dem Wissen um ihre Herkunft aufwachsen können. Die Anhänger/innen der „*right time*“-Strategie erachten hinsichtlich des Lebensalters einen späteren Zeitpunkt als ideal, weil das Kind dann die biologischen Zusammenhänge verstehen könne. Mac Dougall et al. (2006) fanden heraus, dass diese Eltern ein größeres Ausmaß an Unsicherheit über die Aufklärung zeigten und sich mehr darüber sorgten, wie Kinder reagieren könnten.

Nach Söderström-Anttila, Sälevaara & Suikkari (2010) sorgen sich die meisten Eltern nach Eizellspende darum, was und wie sie ihren Kindern von ihrer Herkunft berichten sollen. Am häufigsten entschieden sich Eltern für die „*seed planting*“-Strategie. Das bedeutet, sie griffen im sehr jungen Lebensalter des Kindes auf Redewendungen wie „Wir erhielten eine Gabe, ein Ei, einen Samen von einer sehr netten Person (...)“ zurück. Lediglich 29 % der Familien nutzte die Hilfe von Aufklärungsbüchern für Gespräche mit ihren Kindern (Söderström-Anttila, Sälevaara & Suikkari 2010). Nach Peters, M.R.C.P.C.H.; Kantaris, Barnes, Sutcliffe (2005) würden nach Inanspruchnahme einer IVF/ICSI insgesamt 29 % der unentschiedenen Väter und 36 % der unentschiedenen Mütter das Kind über die Art seiner Entstehung aufklären, wenn ihnen kindgerechte Aufklärungsliteratur zur Verfügung stünde. Auch Teilnehmer/innen, die Informationen zur Eizellspende bekamen, bevor sie antworteten, stimmten eher zu, dass Kinder über ihre Herkunft aufgeklärt werden sollten, als Teilnehmer/innen ohne solche Informationen. Skoog Svanberg, Lampic, Bergh & Lundkvist (2003); Isaksson et al. (2011) schließen in diesem Sinne aus ihren Untersuchungen:

“Recipient couples may benefit from more information and support regarding parenthood after gamete donation.” (S. 253)

Zwischen 26 und 40 % der Eltern nach Donogener Insemination sowie der Eltern nach Eizellspende wollten weitere Informationen und wünschten sich zusätzliche beratende Unterstützung zur Elternschaft nach Gametenspende. Die Mehrheit (74 %) berichteten jedoch, dass sie alle Informationen für eine Elternschaft nach der Spende erhielten, die sie brauchten. Frauen (40 %) wünschten sich im Gegensatz zu Männern (26 %) häufiger mehr Information und Unterstützung (Isaksson et al., 2011).

4.1.2 Die psychosozialen Implikationen eines Familiengeheimnisses/einer Aufklärung um die biologisch-genetische Abstammung

Expertinnen und Experten thematisieren vor diesem Hintergrund vor allem die Wirkung von Familiengeheimnissen auf jene Kinder, denen Informationen vorenthalten werden. So schreibt van Manen (2001, S. 154) *„Geheimnisse sind wichtig für Kinder, für ihre Entwicklung und pädagogische Förderung (...)“*. Familientherapeutinnen und Familientherapeuten wie z. B. Imber-Black (1999, S. 259/260) argumentieren, dass Kinder ein feines Gespür für Geheimnisse haben. Sie registrieren diese, auch wenn sie sich dessen nicht bewusst sind. Ist ein Geheimnis mit einem Tabu verbunden, führt dies unter Umständen zu schweren Konflikten. Diese bestünden z.B. darin, dass heranwachsende Kinder versuchen würden, die doppeldeutigen Botschaften der Eltern zu entschlüsseln. Dabei wird ein Großteil ihrer Kraft und Aufmerksamkeit darauf verwendet, mit *„Rätseln“* zu leben. Für Kinder könne es eine Belastung darstellen, wenn Eltern *„unerklärliche Emotionen“* zeigten oder sich anstrengten, Gefühle zu verbergen. Daraufhin würden die Kinder anfangen, den Fragen nachzuspüren. In der Folge könnten sie komplizierte (destruktive) Fantasien entwickeln und/oder Symptome äußern.

Für eine mögliche Vorhersage der schädigenden oder fördernden Wirkung von Geheimnissen ist die Art des jeweiligen Geheimnisses entscheidend. Beispielsweise dürfte eine Überraschungsparty keine schädigende Wirkung für das Kind entfalten. Imber-Black (1999, S. 34-41) unterteilt Familiengeheimnisse in unterschiedliche Typen, welche sich (vgl. Tabelle

3) durch ihren Zweck, ihre Lebensdauer und das daraus folgende Ergebnis bzw. die Wirkung voneinander abgrenzen lassen:

Tabelle 2

Typen von Familiengeheimnissen (Imber-Black, 1999)

Geheimnisart	Zweck	Lebensdauer	Ergebnis	Beispiel
Süße Geheimnisse	Spaß und Überraschung	Zeitlich begrenzt	Schützen und stärken	Überraschungsparty, Geschenk
Essenzielle Geheimnisse	Beziehung definieren durch Ziehen von Grenzen	Langlebig	Förderung der Entwicklung des eigenen Ichs, die Entwicklung der Beziehung und der Gemeinschaft	Geheimnisse, die Heranwachsende vor ihren Eltern haben Geheimnisse, die Eheleute haben
Vergiftende Geheimnisse	Verbergen unangenehmer Vorkommnisse	Kann über Generationen bestehen, aber auch erst einen Monat alt sein	Negative Folgen für die Fähigkeit, Probleme zu lösen und zu kommunizieren, für die Selbst- und Fremdwahrnehmung und das seelische Wohlbefinden. Rauben Energie, erzeugen Beklemmungen	Verheimlichte Adoption
Gefährliche Geheimnisse	Einschüchterung, Macht gewinnen	-	Bringen körperliche und seelische Gefahr mit sich Enthüllung macht rasches Handeln erforderlich, um das Leben anderer zu schützen	Sexueller Missbrauch, Alkohol- und Drogenmissbrauch Selbstmordpläne

Eine Gemeinsamkeit von Eizellspende und Adoption wäre die Möglichkeit der Geheimhaltung der biologischen Abstammung des Kindes, weshalb die Adoption in diesem Zusammenhang vergleichbar erscheint. Wie in der nach Imber-Black (1999, S. 34-41) gestalteten Übersicht zu sehen ist, gehört die geheim gehaltene Adoption den sogenannten

„vergiftenden Geheimnissen“ an. Diese wirken sich (wie in der Tabelle 1 zu sehen ist) in äußerst negativer Form auf das betreffende Kind aus. Es wird argumentiert, dass ein Geheimnis um die Zeugung die meisten schädigenden Einflüsse auf familiäre Beziehungen und das psychische Wohlergehen des Kindes hat (Baran & Panor, 1993; Daniels & Taylor, 1993; Landau, 1998).

Forscher/innen und Praktiker/innen auf dem Gebiet der Adoption argumentieren oft, dass Menschen grundsätzlich über ein starkes Bedürfnis verfügen, um ihre biologischen Wurzeln zu wissen. Personen, die keinen Zugang zu diesen Informationen haben, müssten über Teile ihrer Identität im Unklaren bleiben und seien daher gefährdet, emotionale Probleme zu entwickeln (Sants, 1964; Triseliotis, 1973; Hoopes, 1990; Schechter und Bertocci, 1990).

Neben den Stellungnahmen in Bezug auf die Adoption wurde auch hinsichtlich der Eizellspende und der Donogenen Insemination von Experten und Expertinnen konstatiert, dass ein Verschweigen dieser Zeugungsformen gegenüber den Nachkommen Familienbeziehungen verstöre und bewirke, dass die Nachkommen eine unsichere Identität entwickelten (Snowden, Mitchell und Snowden, 1983; Clamar, 1989; Snowden, 1990; Daniels und Taylor, 1993). Ein weiteres Argument gegen die Geheimhaltung ist, dass solch ein Geheimnis die Bindungssicherheit des Kindes beeinträchtigen könne (Lycett et al., 2004). Zudem stören Geheimnisse in der Familie die Harmonie familiärer Beziehungen, indem sie die Familienmitglieder, die es wissen, von denen separieren, die es nicht wissen (Bok, 1982). Die Forschung legt nahe, dass Kinder oft das Gefühl haben, ihnen würden Informationen vorenthalten. Das erkennen sie z.B. daran, dass es ein Tabu darstellt, bestimmte Themen zu diskutieren. Dieses Gefühl können Eltern sowohl verbal als auch nonverbal vermitteln (de Paulo, 1992). Daraus resultierend können Kinder verwirrt und verängstigt werden und auf dieser Grundlage psychopathologische Symptome entwickeln (Papp, 1993).

Überlegungen zu den oder das Wissen um die Auswirkungen von Geheimnissen haben einen Einfluss auf die Entscheidung darüber, ob dem Kind das entsprechende Geheimnis überhaupt mitgeteilt werden soll. Imber-Black (1999, S. 284) äußert sich dazu, „*was Kinder auf jeden Fall wissen sollten*“. Sie vertritt die Ansicht, dass bestimmte Geheimnisse Kindern einfach nicht vorenthalten werden dürfen. Bei diesen handelt es sich um: „*Informationen über ihre genetische Veranlagung, über Adoption, Vaterschaft und die Zusammensetzung der Familie, wie etwa die Existenz von Halbgeschwistern (...)*.“

Was den von Eltern gewählten Aufklärungszeitpunkt betrifft, konstatiert Imber-Black (1999), nähmen sich viele Eltern vor, das Geheimnis anzusprechen, wenn das Kind ein bestimmtes Alter erreicht habe. Mit zunehmend verstreichender Zeit werde es jedoch immer schwerer, das Geheimnis offenzulegen. Auf diese Weise gewinne es übergroße Bedeutung. Snowden et al.(1985) äußern, dass Paare es zunehmend schwieriger finden, das Kind erst in einem bestimmten Glauben um dessen Abstammungsverhältnisse zu erziehen und ihm dann plötzlich zu eröffnen, dass dem nicht so sei. Einige Autorinnen und Autoren berichten von realen Fällen, in denen Eltern, die ihre Kinder spät oder gar nicht aufklärten, auf diesen Umstand verwiesen, wobei es umso schwerer wurde, das Kind über dessen Herkunft in Kenntnis zu setzen, je mehr Zeit verstrich. Zudem zeigten sich signifikant mehr negative Reaktionen, wenn der Nachwuchs bei der Aufklärung älter war (Mac Dougall et al. 2007; Lalos et al. 2007; Jadvá et al., 2009).

Daniels und Meadows (2006) geben zu bedenken, dass Eltern, die planen, ihr Kind erst in den späten Teenager-Jahren aufzuklären, das Risiko eingehen, dass das Kind aus einer anderen Quelle von seiner Zeugung erfährt. Darüber könnte das Vertrauensverhältnis zu den Eltern gestört werden. Turner & Coyle (2000) führten eine der ersten Studien an Erwachsenen durch, die mittels Donogener Insemination gezeugt und erst sehr spät aufgeklärt wurden. Diese Personen verwiesen oft auf das andauernde Erleben eines Gefühls, das mit der Familie etwas nicht stimme.

Imber-Black (1999, S. 284/285) beschreibt diesen Konflikt in Bezug auf Familiengeheimnisse zwischen Eltern und Kindern allgemein als sehr verbreitet und schlägt stattdessen (ähnlich wie Thorn, 2008) vor, dem Kind vom Kleinkindalter an zu erzählen, dass es z.B. adoptiert wurde. Unter diesen Umständen könne kein Konflikt darum entstehen, wie und wann dem Kind dessen Abstammungsverhältnisse offengelegt werden (sollten). Genauere Informationen und Einzelheiten könnten im Laufe der Zeit an passender Stelle immer wieder in Gespräche einfließen. Unter diesen Bedingungen gäbe es nie eine Zeit im Leben des Kindes, in der es nichts von der Adoption wüsste, sodass nie ein Tabu darum entstehen könne. Gegenwärtig wird von vielen Expertinnen und Experten solch eine Form der möglichst frühzeitigen Aufklärung um die Entstehungsbedingungen einer Person empfohlen (Thorn, 2008). Auch nach Daniels (2005) ist die Aufklärung des Kindes keine einmalige Angelegenheit, sondern ein andauernder Prozess der Informationsvermittlung. Er rät, eher darauf einzugehen, wie die Familie sich bildete, als wie das Kind entstand (Daniels, 2005; Daniels & Thorn, 2001). Die Befürworter/innen einer sehr frühen Aufklärung argumentieren, dass diese Form des

Heranwachsens mit einer Information einen Identitätsbruch beim Kind verhindere, und darüber hinaus einen Vertrauensverlust zwischen Eltern und Kind sowie ein belastendes Geheimnis in der Familie (Thorn, 2008). Diese These lässt sich mit den Erkenntnissen der Adoptionsforschung untermauern. So zeigen Studien zu Erwachsenen, die als Kinder adoptiert wurden, dass es von Vorteil ist, in jungem Alter von der Adoption zu erfahren. Informationen zum eigenen genetischen Hintergrund helfen bei der Entwicklung einer stabilen Identität (Hoopes, 1990). Die meisten Studien, die auf Self Reports von DI-Nachkommen basieren, legen dar, dass diejenigen, die bereits in jungem Alter von der Spende erfuhren, sich diesbezüglich nahezu neutral fühlen (Scheib, Riordan und Rubin, 2005; Jadva, Freeman, Kramer und Golombok, 2009), während diejenigen, die von ihrer Herkunft erst während der Adoleszenz oder im Erwachsenenalter erfuhren, es als schwieriger bis traumatisch empfinden bzw. empfanden, damit umzugehen (Turner und Coyle, 2000; Jadva, Freeman, Kramer und Golombok, 2009; Beeson, Jennings und Kramer, 2011). In wenigen Studien findet sich kein Zusammenhang zwischen dem Alter des Kindes bei der Aufklärung und der Einstellung des Nachkommens zur Spende (Paul und Berger, 2007; Mahlstedt, LaBounty und Kennedy, 2010).

Nicht nur bei den Nachkommen einer reproduktionsmedizinischen Behandlung können sich Belastungen als Folge dauerhafter Geheimhaltung oder belasteter Vertrauensverhältnisse einstellen. Studien mit DI-Eltern zeigen, dass die Unfähigkeit/mangelnde Bereitschaft, über die Aufklärung/biologische Herkunft des Nachkommen zu reden, mit Stress innerhalb der Paarbeziehung einhergeht (Hargreaves, 2006) und sogar zur Scheidung führen kann (Daniels und Meadows, 2006). Vermehrtes Stresserleben als Folge einer Geheimhaltungspraxis kann sich jedoch auch intrapsychisch einstellen. So berichten z.B. Adoptivmütter, die die Adoption geheimhalten, mehr Stresserleben als offene Mütter (Brodzinski & Pinderhughes, 2002).

Was die psychische Gesundheit der Kinder angeht, sind die Studienergebnisse uneinheitlich. Eine Studie führte zu dem Ergebnis, dass Eltern, die ihr Kind aufklärten, im Gegensatz zu nicht aufklärenden Eltern über geringfügig höhere, jedoch nicht klinisch relevante Level von internalisierenden Verhaltensauffälligkeiten (z.B. Ängstlichkeit) berichteten (Colpin und Soenen, 2002). Eine andere Studie hält diesbezüglich keinen Zusammenhang fest (Brewaeyns, Golombok, Naaktgeboren, de Bruyn und van Hall, 1997).

4.1.3 Gesellschaftliche Folgen eines theoretischen Diskurses sowie der realen Bedingungen um die Geheimhaltung/Aufklärung der biologisch-genetische Abstammung

Nach Shenfield et al. (2002, S. 1407) gilt es folgende Rechte gegeneinander abzuwägen:

- das Recht der Eltern auf Autonomie und Privatsphäre,
- das Recht auf Privatsphäre/Datenschutz des/der Spenders/Spenderin und
- das Recht des Kindes, seine genetischen Wurzeln zu kennen.

Gerade bei der gegebenen Gesetzeslage sollte sich ein Diskurs dazu entwickeln, welches Gewicht den Interessen aller beteiligten Parteien jeweils zukommt und auf welche Weise die verschiedenen Interessen gegeneinander abzuwägen sind, da sie nicht für alle in gleichem Maße gewahrt werden können. Bei all den gegenläufigen Interessen betonen Shenfield et al. jedoch: „*There is no single ideal solution to the problem of anonymity.*“ (2002, S. 1407)

Das Embryonenschutzgesetz setzt in seiner Argumentation bezüglich der Eizellspende die Interessen des ungeborenen Kindes an die oberste Stelle und ist darauf ausgerichtet, sie dadurch zu sichern, dass die Eizellspende in Deutschland nicht erlaubt wird. Dass deutsche Paare diese Spende bei entsprechender Indikation dennoch im Ausland in Anspruch nehmen (können), ist mittels der Studie im empirischen Teil dieser Arbeit belegt.

Zahlreiche Eltern haben aufgrund der weit verbreiteten gesetzlichen Verankerung der Anonymität der Spende voraussichtlich keine Gelegenheit, dem Kind die Daten seiner genetischen Mutter zugänglich zu machen. Etablierte Expertinnen und Experten raten (wie oben dargestellt) mehrheitlich zur Aufklärung des Kindes über dessen Herkunft. Es existieren (nach Recherche der Verfasserin) keine „Minderheitsmeinungen“ von Expertinnen und Experten der Psychologie, Pädagogik und Sozialwissenschaften, die eine gegenteilige Position beziehen. Lediglich einige Ärzte und Ärztinnen und Spender/innen sind der Auffassung, dass die Nachkommen einer Gametenspende keine Kenntnis von ihrer Herkunft erhalten sollen und Paaren, die eine Spende in Anspruch nehmen, keinerlei Informationen zur Identität der Spender/innen zugänglich zu machen ist. Thorn & Daniels (2000) konnten im Rahmen einer in Deutschland durchgeführten Fragebogenerhebung mit Medizinerinnen und Medizinerinnen belegen, dass diese zumeist eine völlige Geheimhaltung der Gametenspende

befürworten und dies entsprechend in Beratungsgesprächen vertreten. Daniels (2004) berichtet, dass viele Ärztinnen und Ärzte in Neuseeland ebenfalls die Geheimhaltungspraxis hinsichtlich der Donogenen Insemination aufrechterhalten. Als Grund führt er die Befürchtung von Seiten der Ärzte und Ärztinnen an, dass Paare, die ihre Kinder aufklären, auch an Daten über den Spender oder die Spenderin interessiert sein könnten. Bei gesteigertem Interesse seien Ärzte und Ärztinnen möglicherweise gezwungen, die Identitäten der Spender/innen offen zu legen. Ein solches Vorgehen könnte jedoch eine stark sinkende Spender/innenzahl zur Folge haben. Dass eine solche Befürchtung nicht unberechtigt ist, zeigt eine Gesetzesänderung aus dem Jahre 1998 in Australien. Nach diesem Gesetz dürfen die Nachkommen von Samenspendern mit 18 Jahren erfahren, wer ihr biologischer Vater ist. Gab Kovacs, der Leiter einer Fortpflanzungsklinik in Melbourne, beklagte daraufhin, dass sich die Anzahl der Samenspender von ca. 20 Männern im Jahr vor der Gesetzesänderung auf nur noch fünf im Jahr nach dieser Änderung reduzierte.

Ähnlich wie in der Geschichte der Adoption empfahlen Expertinnen und Experten anfangs eine Geheimhaltung bei reproduktionsmedizinischer Inanspruchnahme. Bis Mitte der 1980er-Jahre wurde z.B. in England den Eltern von Ärztinnen und Ärzten nahegelegt, dem Kind nichts zu sagen (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 1987). Im Jahre 2007 betonte die HFEA die Wichtigkeit der Aufklärung der Kinder (HFEA, 2007). Am 1. September 2007 verfügte z.B. das finnische Parlament den „Act of Fertility treatments“, welches verlangt, dass Gametenspender ihre Identität in einem Spendenregister hinterlassen. Die Nachkommen dürfen diese Informationen ab dem 18. Lebensjahr einsehen (Söderström-Anttila, Sälevaara & Suikkari, 2010). Der Trend zur Offenheit kann zudem als Resultat der Forschungen zu den negativen Effekten der Geheimhaltung im Rahmen von Adoptionen betrachtet werden (z.B. Palacios & Brodzinski, 2010). Auch liegt ein Zusammenhang mit dem zunehmenden Einsatz reproduktionsmedizinischer Unterstützung nahe, da die Inanspruchnahme solcher Behandlungsangebote dadurch weniger mit Stigmatisierung verbunden ist (Readings et al., 2012).

Die aus den Studien und Erfahrungen gewonnene Erkenntnis, dass eine Aufklärung des Kindes über die reproduktionsmedizinisch unterstützte Zeugung vorteilhaft ist, scheint sukzessive in offizielle Richtlinien und Verordnungen einzugehen. Nach der schwedischen Richtlinie für Gametenspende sind Eltern angewiesen, mit den Kindern bereits in jungen Jahren über deren Entstehung zu sprechen (The National Board of Health and Welfare, 2004).

Diese Richtlinien basieren auf einer Erkenntnis der Adoptionsforschung, der zufolge die Nachkommen durch das Vorenthalten ihrer Zeugungsform stärker belastet sind als durch die adäquate Aufklärung an sich. Die Bevorzugung des „information sharing“ mit den Nachkommen einer Gametenspende wird von der „American Society for Reproductive Medicine“ (2004) unterstützt. Die europäischen Richtlinien konstatieren, dass ein Nachkomme ein Recht auf alle Informationen über den Spender/die Spenderin und den Spendevorgang hat (ESHRE Task Force on Ethics and Law, 2002).

Es gibt einen wissenschaftlichen Diskurs um die Notwendigkeit der Identifizierbarkeit von Gametenspendern (Thorn & Daniels, 2008). Alle Länder, die der EU angehören, sind seit 2006 verpflichtet, Dokumente einer Gametenspende mindestens 30 Jahre lang aufzubewahren (EU Richtlinie, 2004). Sie sind jedoch nicht verpflichtet, den gezeugten Nachkommen das Recht einzuräumen, diese Daten einzusehen. Dieses Recht verbleibt in der Autonomie der einzelnen Länder.

Es liegen derzeit noch keine Daten darüber vor, wie viele Kinder nach Eizellspende die Identität der Spenderin erfahren möchten (Thorn, 2008). In den USA haben sich bereits betroffene Eltern zusammengeschlossen und das Internetportal „*The Donor Sibling Registry*“ erstellt. Auf der Homepage nehmen Menschen zueinander Kontakt auf, die nach einer Gametenspende Interesse daran haben, Kontakte zu Spendern, Spenderinnen und anderen leiblichen Verwandten (wie z.B. Halbgeschwistern) herzustellen. Seit dem Erscheinen der Seite im Netz im Jahre 2002 haben sich bis 2006 auf diese Weise 2.315 Halbgeschwister und Spender/innen gefunden (Grosse, 2006). In Deutschland gibt es solche Initiativen noch nicht. Lediglich die Nachkommen der Donogenen Insemination haben bisher erste Interessengemeinschaften gebildet und stellen politische Diskussionsanreize sowie Forderungen zur Veränderung bestehender Praxen. Von ihnen gibt es bereits erste Initiativen zur Klage auf Herausgabe der Spenderakten (Faigle, 2007). Als Dachorganisation von Betroffenengruppen wurde das „International Network of Donor Conception Organisations“ gegründet. Für in Deutschland lebende Paare und deren Nachwuchs gibt es über diese Organisation zumindest auf internationaler Ebene die Möglichkeit, Kontakte zu Spenderinnen, Spendern und Halbgeschwistern herzustellen.

Befürworter/innen eines offenen Umgangs mit den Spenderdaten berufen sich zumeist auf das im Grundgesetz verankerte Recht eines jeden Kindes auf Kenntnis seiner biologischen

Herkunft. In einem Urteil vom 31.01.1989 bejahte das Bundesverfassungsgericht in einer Entscheidung das verfassungsrechtlich geschützte Recht eines jeden Menschen auf Kenntnis der eigenen Abstammung. Dies wird aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG) abgeleitet.

In vielen deutschen Kliniken wurde an der Anonymität der Spender festgehalten. Das Recht des Kindes auf Kenntnis der eigenen Abstammung konnte früher mittels einer gesetzlichen Regelung unterlaufen werden, da das Gesetz die Mindestaufbewahrungsfrist für Behandlungsakten von zehn Jahren beinhaltete. Wenn demnach Akten, welche Informationen über den Spender enthalten, nach zehn Jahren vernichtet wurden, hat das Kind trotz Einsichtsrecht keine Einsichtsmöglichkeit mehr. Der darauffolgende Entwurf des Gewebegesetzes vom 25.10.2006 schreibt eine 30-jährige Aufbewahrungsfrist von Spenderakten vor. Ob Eltern, die ihr Kind mittels Eizellspende bekamen, Zugang zu Daten der Spenderin erhalten, liegt in der Gesetzgebung des jeweiligen Landes.

Da sich intrafamiliär und im öffentlichen Diskurs bezüglich Gametenspende ein zunehmender Trend in der Richtung abzeichnet, dass ein Nachkomme einer Gametenspende über seine Zeugung in Kenntnis gesetzt werden soll, sind im Rahmen der psychosozialen und medizinischen Beratung auch Konzepte und mediale Angebote über eine altersangemessene Aufklärung der betroffenen Kinder erforderlich. Daniels & Thorn (2001) bemängelten noch, dass es kaum etablierte Konzepte für Eltern darüber gebe, wie genau das eigene Kind über die reproduktionsmedizinische Unterstützung bei der Zeugung in Kenntnis gesetzt werden könne (Daniels & Thorn, 2001). Mittlerweile existieren sowohl einige Aufklärungsbücher in englischer Sprache für Kinder, die einer Eizellspende entstammen (z.B. von Cirisan & Schultze, 2004; Kluger-Bell, 2012, oder Martinez-Jover & Martinez, 2009), als auch deutschsprachige für solche, die einer Donogenen Insemination entstammen (Thorn, 2006 a; Thorn & Rinaldi, 2011), oder für Nachkommen einer reproduktionsmedizinischen Behandlung (Thorn, 2012). Was Beratungs- und Unterstützungsangebote für Eltern angeht, die ihr Kind mittels Eizellspende bekommen haben, so sind noch keine eigenständigen Beratungsangebote etabliert. Dennoch gibt es für Betroffene die Möglichkeit, von Beratungsangeboten zu profitieren, die Elternschaft nach Eizellspende mit einschließen. So hat das Beratungsnetzwerk für Kinderwunsch Deutschland (BKID) bereits „*Leitlinien*“ für

„*Psychosoziale Beratung für Frauen und Männer, die eine Kinderwunschbehandlung im Ausland beabsichtigen*“ entworfen⁵⁵.

Die Familientherapeutin Petra Thorn⁵⁶, die sich auf die psychosoziale Kinderwunschberatung spezialisiert hat, bietet fortlaufend pro Quartal jeweils ein Informationsseminar für Betroffene an. Die Seminare sind als „*Informationsseminar Aufklärung von Kindern, die mit Hilfe einer Samen- oder Eizellspende gezeugt wurden*“ deklariert.

4.1.4 Ursachen und Beweggründe der Geheimhaltung der Zeugungsart des eigenen Kindes bei Inanspruchnahme einer Eizellspende, Donogenen Insemination (DI), In-Vitro-Fertilisation (IVF) und/oder Adoption

Die erste erfolgreiche Schwangerschaft nach Eizellspende wurde 1983 bei einer Frau mit funktionslosem Eierstock berichtet (Lutjen et al. 1984; Trounson, Leeton, Besanka, Wood & Conti, 1983), sodass davon ausgegangen werden kann, dass die Eizellspende bereits seit über drei Jahrzehnten praktiziert wird. In diesem Zeitraum sollten sich auch in Bezug auf die Aufklärung Handlungspraxen und Routinen herausgebildet haben.

Nach Imber-Black (1999, S. 285/286) sollte der elterlichen Entscheidung um eine Offenlegung oder Geheimhaltung eines Geheimnisses eine Prüfung der eigenen Beweggründe für die jeweilige Entscheidung vorausgehen. Zu diesem Zweck hat sie für Eltern einen Fragenkatalog entworfen, der im Folgenden in Auszügen dargestellt ist:

- „In welchem Fall schützen Sie Ihre Kinder vor Informationen, die sie möglicherweise überfordern?“

⁵⁵ Das BKiD ist ein multiprofessioneller Zusammenschluss der psychosozialen Berater und Beraterinnen in Deutschland und seit Dezember 2002 ein eingetragener Verein. Der Verein hilft bei der Vermittlung zu unabhängiger psychosozialer Beratung und unterstützt reproduktionsmedizinisch tätige Professionelle bei Fragen zu psychosozialen Aspekten von Fertilitätsstörungen. BKiD ist Mitgliedsverband in der International Infertility Counseling Organization (IICO). Die Leitlinien sind im Internet unter: http://www.bkid.de/fileadmin/datensammlung/dateien/cbrc_leitlinien.pdf einzusehen [letzter Zugriff am 12.01.2014].

⁵⁶ Dr. phil. Petra Thorn arbeitet seit über 20 Jahren als Familientherapeutin in eigener Praxis mit Schwerpunkt auf der psychosozialen Kinderwunschberatung. Darüber hinaus bietet sie seit etlichen Jahren Fort- und Weiterbildungen für psychosoziale und medizinische Fachkräfte an und beteiligt sich am interdisziplinären wissenschaftlichen Austausch. Sie veröffentlichte zahlreiche Artikel und mehrere Bücher zum Thema Gametenspende.

- In welchem Fall schützen Sie sich selbst vor den bohrenden, unbequemen Fragen der Kinder?
- (...)
- Bringt es Ihre Familie in Gefahr, wenn das Geheimnis nach außen dringt? Wenn ja, dann sollten sehr kleine Kinder, die noch kein Verständnis für die Privatsphäre der Familie, für Grenzen oder den Unterschied zwischen drinnen und draußen entwickelt haben, keine Einzelheiten erfahren. Wenn man ein Kleinkind oder Kindergartenkind bittet, ein Geheimnis außer Haus nicht zu erzählen, verbirgt man etwas vor ihm, was es gar nicht begreifen kann. Da aber auch kleine Kinder den offenkundigen Kummer in der Familie spüren und die Orientierung verlieren, wenn dieser Kummer verleugnet wird, sollten Sie nach Möglichkeiten suchen, Trauer oder Wut einzugestehen (...).
- Geht die Angelegenheit nur Erwachsene etwas an? (...) Unsere Kinder beobachten uns sehr genau. Wenn sie sehen, dass wir unsere Probleme in die Hand nehmen, widmen sie sich wieder ihrem eigenen Leben.“

Söderström-Anttila, Sälevaara & Suikkari (2010) konstatieren in ihrer Studie mit 167 Müttern und 163 Vätern (die Kinder zwischen einem und 14 Jahren nach erfolgreicher Eizellspende hatten), dass es keine Unterschiede im Aufklärungsvorhaben zwischen Paaren mit unterschiedlichen Ausbildungshintergründen oder in Abhängigkeit vom Beziehungsstatus gab. Familien, die sowohl genetisch eigene Kinder als auch Kinder nach Eizellspende hatten, unterschieden sich ebenfalls nicht in ihren Aufklärungsabsichten voneinander. Zudem zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied bezüglich elterlicher Aufklärungsabsichten in verschiedenen Altersgruppen der Eltern.

Etliche Expertinnen und Experten sind der Ansicht, dass Geheimhaltung bei Donogener Insemination in Familien häufig mit dem Wunsch verbunden sei, den zeugungsunfähigen Ehemann vor dem Stigma männlicher Infertilität zu bewahren. Diese gilt als schambesetzter als die weibliche Infertilität (Daniels & Taylor, 1993). Haimes (1993) argumentiert, dass die Eizellspende in einem familiären, klinischen und asexuellen Kontext gesehen wird, während die Donogene Insemination in einem individualistischen Kontext mit dubiosen sexuellen Konnotationen veortet wird.

4.1.4.1 Motivation zur Geheimhaltung bezüglich der sozialen Umgebung

In der Studie von Baetens et al. (2000) an Paaren, die eine Eizellspende in Anspruch nahmen, benannten die Betroffenen folgende Gründe, die sie daran hinderten, das eigene Umfeld von der Eizellspende in Kenntnis zu setzen:

- Angst vor mangelndem Verständnis in der Umgebung (55,1 %),
- Fertilitätsprobleme sind eine Privatangelegenheit, die niemanden etwas angehe (31,5 %),
- man wolle eine allgemeine Verwirrung bezüglich der Identität der Mutter verhindern (19,15 %),
- die Angst, das Kind könnte als etwas Besonderes gesehen und daraufhin anders behandelt werden als andere Gleichaltrige (15,7%),
- eigene religiöse/kulturelle Gründe (15,7 %) oder
- man habe einfach noch keine Entscheidung getroffen (9,0%).

Etliche der oben genannten Argumente finden sich in ähnlicher Form auch bei Personen wieder, die mittels Donogener Insemination Eltern geworden sind. Snowden et al. (1985) führten zwei Interviewstudien mit solchen Paaren durch. Ein Argument von Seiten der Paare, niemandem außer den Ärztinnen und Ärzten von der Donogenen Insemination zu erzählen, war die Vorstellung, andere Menschen bekämen ohne Schwierigkeiten Kinder. Unter diesen Umständen könnten andere Eltern ihre Entscheidung einfach nicht nachvollziehen. Die Entscheidung zur Geheimhaltung wird von Snowden et al. (1985, S. 49) unter anderem als ein „*Akt der Diplomatie*“ betrachtet. Wenn ein Paar davon ausgeht, dass die Kenntnis der Umwelt um die Donogene Insemination Unruhe stiften könnte, kann die Geheimhaltung von dem Bedürfnis getragen sein, die Familie vor Unruhe zu bewahren. Viele Paare äußern darüber hinaus den Wunsch, als „normale“ Familie zu erscheinen. Das Eingeständnis, eine DI-Familie zu sein, mag unter diesen Umständen auch als „*Statureinbuße*“ empfunden werden. Daniels (2004) schildert, dass viele Paare annehmen, andere Menschen würden die Donogene Insemination als unmoralisch erachten und ihnen deshalb kritisch gegenüber stehen.

Einige der von Daniels (2004) befragten Paare mit älteren Kindern waren in der Lage, Informationen um die Donogene Insemination 30 bis 40 Jahre lang für sich zu behalten. Sie betrachteten die Insemination als ihre Privatangelegenheit. Mit dem Argument des Privaten

lehnten sie auch den Begriff „Geheimhaltung“ ab. So äußerte ein Ehemann: *„Ich denke, wir haben uns dazu entschlossen, es nicht allen Leuten zu sagen, weil es nicht ihre Angelegenheit ist. Weshalb sollten wir ihnen persönliche Details mitteilen?“* (Snowden et al., 1985, S. 49). Auch Voß et al. (1994, S.102) berichten auf der Basis von 52 Interviews, dass die Befragten die Donogene Insemination als eine reine Privatangelegenheit betrachten. Daniels (2004, S. 94) widerspricht dem entschieden, indem er schreibt:

Privacy and secrecy are two different matters. In looking at DI, secrecy is when offspring are deliberately deprived of vital information about themselves and their family, whereas privacy is defined as keeping information only between the people who need to know, rather than making it publicly available.

Für Paare, die Schwierigkeiten haben, ihre Unfruchtbarkeit als solche anzuerkennen, kann eine Offenheit im Hinblick auf die Gametenspende bedeuten, dass der Schmerz darüber wiederkehrt. Das gemeinsame Kind stellt für die Paare zumeist eine Heilung von der Unfruchtbarkeit dar. Deshalb meinen einige Eltern, die besondere Art der Zeugung könne einfach vergessen werden (Daniels, 2004).

Manche Paare fühlten sich während der medizinischen Diagnostik und Behandlung machtlos. Sie haben deshalb Angst vor der Entscheidung zur Offenheit, da sie befürchten, sich dadurch wieder mit den Gefühlen der Ohnmacht konfrontiert zu sehen. Vor diesem Hintergrund halten sie die Informationen zur Zeugung des Kindes geheim. Diese Eltern meiden die Offenheit, weil sie davon ausgehen, so (auch gegenüber dem Kind) von schwierigen Gewissensfragen verschont zu werden (Daniels, 2004).

Daniels (2004) beschreibt, dass andere Menschen bezüglich der Donogenen Insemination häufig sehr neugierig sind, weil sie etwas Besonderes darstellt. Diese natürliche Neugier kann bei Paaren Ängste hervorrufen. Die Ängste beziehen sich darauf, dass das Kind oder das betroffene Paar selbst anders als andere Menschen behandelt wird, was für sie eine große Verunsicherung darstellt.

Van Berkel, Candido & Pijffers (2007) konstatieren in ihrer Studie, dass Eizellspende-Mütter im Gegensatz zu IVF-Müttern mehr Verleugnungstendenzen und defensive Reaktionen sowie Ängste und Unsicherheit zeigten. Genauso viele Empfängerinnen einer Eizellspende wie Frauen, die eine IVF in Anspruch nahmen, bereuten im Nachhinein die Offenheit gegenüber Personen aus der sozialen Umgebung, weil sie Angst hatten, dass ihre Geschichte dritte

erreichen und ihr Kind von anderen Menschen über die Gametenspende informiert werden könnte.

4.1.4.2 Motivation zur Offenheit bezüglich der sozialen Umgebung

Baetens et al. (2000) ermittelten im Rahmen ihrer Studie an Rezipienten einer Eizellspende folgende Gründe für einen offenen Umgang mit der Eizellspende gegenüber der eigenen Umgebung:

- Man habe keinen Grund, sich zu schämen (57,9 %),
- man könne auf Unterstützung der Familie und Umgebung zählen (29,8 %),
- Familie und Freunde würden das Problem bereits kennen (28,1 %),
- man suche im persönlichen Umfeld nach einer Spenderin (5,3 %) und
- ein sichtbarer ethnischer Unterschied zwischen Spenderin und der Empfängerin mache die nicht biologische bzw. genetische Elternschaft offensichtlich (3,5 %).

Die meisten Eltern hatten während Schwangerschaft und Geburt bereits medizinischem Personal von der Eizellspende berichtet. Im Rahmen einer Studie von Söderström-Anttila, Sälevaara, Suikkari (2010) berichteten 87 % der Mütter, verglichen mit 71 % der Väter, darüber hinaus noch Personen aus dem persönlichen Umfeld von der Spende. Es zeigte sich eine hohe Korrelation zwischen der Absicht, es dem Kind zu sagen, und einer Offenheit gegenüber dem Umfeld. Trotz der praktizierten Offenheit befürworteten jedoch lediglich 31 % der Mütter und 24 % der Väter das neue Gesetz zur Offenlegung der Spenderidentitäten (Söderström-Anttila, Sälevaara, Suikkari, 2010).

4.1.4.3 Motivation zur Offenheit gegenüber dem Kind

Die meistgenannten Gründe, dem eigenen Kind von dessen Art der Entstehung zu berichten, erscheinen eher als abstrakte moralische Prinzipien, oder grundsätzlich zu ermöglichende Rechte eines Kindes. In der Studie von Söderström-Anttila, Sälevaara & Suikkari (2010) war der am häufigsten vertretene Beweggrund der offenen Eltern das Argument, es sei natürlich, sich offen und ehrlich zu verhalten. Am zweithäufigsten wurde genannt, dass das Kind ein

Recht habe, von seiner Herkunft zu wissen. Mit dem Hinweis auf das Recht des Kindes rechtfertigen auch in der Studie von Murray, MacCallum & Golombok (2006) 50 % der Eltern nach Eizellspende, 75 % der DI-Eltern und 97 % der IVF-Eltern ihre Entscheidung. Auch Readings, Blake, Casey, Jadva & Golombok (2012) kommen bei ihrer Befragung zu dem Ergebnis, dass 72,5 % der Mütter einfach ehrlich sein möchten. An zweiter Stelle stand für sie, dass das Kind ein Recht darauf habe, von der Eizellspende zu wissen.

Mütter nach Eizellspende, die ihr Kind informieren wollten, geben zumeist ethisch-juristische Beweggründe an, wie z.B., ein Kind habe das Recht seine Wurzeln zu kennen, oder, man müsse in solch wichtigen Belangen die Wahrheit sagen. Van Berkel, Candido & Pijffers (2007) konstatieren, dass 89 % der Eizellspendeempfängerinnen und 94 % der IVF-Mütter der Aussage zustimmen, dass ein Kind das Recht habe, seine biologischen/genetischen Wurzeln zu kennen. Golombok, Murray, Jadva, Lycett, MacCallum & Rust (2006) weisen in ihrer Untersuchung diesen Grund ebenfalls als den häufigsten nach. Die Untersuchung von Söderström-Anttila, Sälevaara & Suikkari (2010) kommt zu dem Ergebnis, dass 68,4 % der Mütter und 81,7 % der Väter der Ansicht sind, es sei natürlich, offen und ehrlich zu sein, zudem habe das Kind laut 79,4 % der Mütter und 61 % der Väter ein Recht, um seine Herkunft zu wissen. In der Studie von Baetens et al. (2000) zeigten sich als häufigstes Motiv für einen offenen Umgang mit dem eigenen Kind der Wunsch, keine Geheimnisse in der Familie zu haben (60,3 %). Eine Befragung der Allgemeinbevölkerung kam ebenfalls zu dem Ergebnis, dass 83 % der Männer und 75 % der Frauen der Meinung sind, das Kind habe das Recht, seine genetischen Wurzeln zu kennen, und dass Eltern diesbezüglich ehrlich sein sollten. Der Unterschied zwischen Männern und Frauen war dabei signifikant (Skoog Svanberg, Lampic, Bergh & Lundkvist, 2003).

Viele Paare erleben die Geheimhaltung der Herkunft des Kindes als Belastung und haben daher den Drang, sich einer nahestehenden Person anzuvertrauen. Sobald die Information geteilt wurde, stellt sich jedoch die Frage, ob die ins Vertrauen gezogene Person auch tatsächlich Stillschweigen über die Gametenspende bewahren kann. Sobald eine weitere Person von der Herkunft des Kindes erfährt, besteht die Möglichkeit, dass das Kind von Dritten von seiner Zeugungsart erfährt. Eine „Aufklärung“ auf diesem Wege bedeutet für das Kind eine erhebliche Belastung und zudem eine Enttäuschung aufgrund des Vertrauensbruches. Viele Eltern wollen diese Gefahr nicht eingehen und entscheiden sich dafür, dass Kind selbst aufzuklären (Snowden et al., 1985). Auch in Bezug auf die

Eizellspende äußerte sich dieses Argument bei den Eltern (Baetens et al., 2000; van Berkel, Candido & Pijffers, 2007; Golombok, Murray, Jadv, Lycett, MacCallum & Rust, 2006). Söderström-Anttila, Sälevaara & Suikkari (2010) konstatieren ebenfalls in ihrer Studie, dass es ca. der Hälfte der befragten Eltern (55,7 % der Mütter und 43,9 % der Väter) wichtig war, ein zufälliges Aufdecken zu verhindern. Eine Studie von MacCallum et al. (2003) an 42 Paaren, die mit Unterstützung einer Leihmutter Eltern wurden, zeigt, dass alle Eltern das Kind aufklären wollen. Die meisten gaben als Grund an, dass ein Kind ein Recht auf Kenntnis seiner Abstammung habe und es nicht von einer anderen Person oder durch Zufall davon erfahren solle.

In Fällen, in denen niemand aus dem persönlichen Umfeld der Rezipienten von der Eizellspende Kenntnis hat, kann der Nachkomme einer Eizellspende dennoch über Zufälle an die Information gelangen, biologisch/genetisch nicht mit den eigenen Eltern verwandt zu sein. So schildern Snowden et al. (1985) die von Eltern gehegte Befürchtung, das Kind könne, wenn es die entsprechenden biologischen Kenntnisse erwerbe, z.B. die Unvereinbarkeit der eigenen Augenfarbe und/oder Blutgruppe mit derjenigen der Eltern feststellen. In diesem Zusammenhang berichten Snowden et al. (1985) von einem Paar, bei welchem der 14-jährige Sohn nach einer Biologiestunde zum Thema Genetik erkannte, dass der Unterschied der eigene Augenfarbe mit der Augenfarbe der Eltern auf eine nicht bestehende biologische Verwandtschaft hinweisen könne. Söderström-Anttila, Sälevaara & Suikkari (2010) schildern ebenfalls, dass für Rezipienten und Rezipientinnen einer Eizellspende der dritthäufigst genannte Beweggrund zur Offenheit im Umgang mit dem Kind war, es gelte eine zufällige Enthüllung der nicht vorhandenen Verwandtschaft zwischen Mutter und Kind zu verhindern. Eine andere Möglichkeit, über die der Nachkomme einer Eizellspende Hinweise auf eine fehlende genetische Verwandtschaft zu seinen Eltern erhalten kann, sind fehlende Ähnlichkeiten im äußeren Erscheinungsbild wie z.B. bei optisch sichtbaren ethnischen Differenzen zwischen Eltern und Kind (Baetens et al., 2000).

Seltener genannte Gründe für Offenheit sind, dass man sich bezüglich erblicher Risiken absichern wolle (Baetens et al., 2000). Wenige Personen vertreten auch die Meinung, dass es für ein Kind schön wäre, anhand der Geschichte seiner reproduktionsmedizinisch unterstützten Zeugung zu erfahren, wie sehr es erwünscht war (Readings, Blake, Casey, Jadv & Golombok, 2012). Einige Eltern vertraten die Ansicht, es gebe einfach keinen plausiblen

Grund, das Kind nicht aufzuklären (Söderström-Anttila, Sälevaara & Suikkari, 2010; Golombok, Murray, Jadvá, Lycett, MacCallum & Rust, 2006).

Der Anspruch, im Hinblick auf die biologisch-genetische Herkunft ehrlich zu seinem Kind zu sein, kann sich auch erst nach dessen Geburt und im Laufe der Zeit einstellen. Der Wandel in der Einstellung der Eltern wird dabei unter anderem dadurch hervorgerufen, dass sie erst nach der Geburt im Laufe der kindlichen Entwicklung mit den Konsequenzen ihrer Entscheidung zur Geheimhaltung konfrontiert werden. In der von Snowden et al. (1985) interviewten Gruppe von Paaren mit DI-Kindern über 18 Jahre entschieden sich drei von 19 Ehepaaren für eine Aufklärung. Diese hatten das Kind zunächst nicht aufgeklärt, ihre Entscheidung aber mit zunehmendem Alter des Kindes in Frage gestellt. Zunächst trat bei ihnen die Überlegung auf, ob das Kind nicht ein Recht auf Kenntnis seiner biologischen Herkunft habe. Das Gefühl, Geheimnisse vor dem eigenen Kind zu haben, wurde zunehmend zur Belastung. Diese und andere Sorgen mussten die Eltern stets mit sich allein ausmachen, sodass die Aufklärung des Kindes auch als Entlastung erlebt werden konnte. Daniels, Grace & Gillett (2011) untersuchten im Rahmen einer Follow-up-Studie 14 Jahre nach der reproduktionsmedizinischen Behandlung mit Gametenspende Eltern, die sich ursprünglich für die Geheimhaltung entschieden hatten, diese Entscheidung jedoch im Nachhinein bedauerten. Die Rezipienten einer Gametenspende berichteten in Tiefeninterviews, dass diese Lüge im Laufe der Jahre zunehmend zur Bürde wurde. Die Eltern fühlten sich mit der Entscheidung zunehmend unwohl und beschrieben die Geheimhaltung mit ausschließlich negativen Worten. Zum einen wandelte sich im Zuge der kindlichen Entwicklung ihre Einstellung zur Thematik zu der Ansicht, dass ein Kind prinzipiell das Recht habe, die eigenen Wurzeln zu kennen. Vor diesem Hintergrund fühlten sie sich durch ihr neues Selbstbild, das sie als unehrlich und nicht integer auswies, belastet. Zum anderen wuchsen mit zunehmender Kenntnis um mögliche Konsequenzen einer Verheimlichung diverse Ängste heran. So sorgten sich Eltern z.B., dass im Rahmen einer schweren Erkrankung Körpersubstanzen von Menschen benötigt würden, die genetisch mit dem eigenen Kind verwandt seien. Es wäre unter Umständen nicht möglich, dem Bedarf nachzukommen. Eine andere Möglichkeit wäre, dass im Rahmen ärztlicher Behandlung die Familiengeschichte erfragt würde und man genötigt sei, falsche Daten anzugeben oder die Herkunft des Kindes unter Druck offenzulegen. Eine verbreitete Angst betraf den Umstand, dass das eigene Kind keine Kenntnis von Halbgeschwistern aus weiteren Spendebeziehungen des eigenen Spenders/der eigenen Spenderin hätte. Unter dieser Voraussetzung wäre es theoretisch möglich, dass der Nachkomme einer Gametenspende ohne eigenes Wissen eine Beziehung zu einem leiblichen Geschwisterteil aufnähme. Ein anderer

Belastungsfaktor war, dass solch ein Geheimnis aufgrund verschiedener Faktoren nicht sicher sein kann, weswegen die Rezipienten diverse Ängste vor zufälliger Kenntnisnahme ihrer Nachkommen von der Gametenspende entwickelten. Das betrifft die Angst, dass die eigenen Kinder es zufällig von anderen aus der sozialen Umgebung erfahren könnten. Readings, Blake, Casey, Jadvá & Golombok (2012) berichten, dass Eltern diese Zufälle im Rahmen von Organspende und Blutuntersuchung befürchteten oder durch Spekulationen im Umfeld darüber, warum das Kind dem sozialen Vater physiologisch nicht ähnlich sehe, was zu diversen Verdachtsmomenten Anlass gäbe. Allein Gesprächsangebote im sozialen Umfeld zur physiologischen Ähnlichkeit zwischen Eltern und Kind führten zu erheblichem Belastungserleben, gerade auch deshalb, weil diese Gespräche sowohl unvermeidbar als auch unkontrollierbar waren. Aufgrund der genannten Möglichkeiten einer zufälligen Aufdeckung entwickelten Eltern beunruhigende Fantasien darüber, wie sich die Reaktion der Kinder bei einer zufällig-ungewollten Aufdeckung ihrer Zeugungsform äußern könne. Die meisten Eltern erfüllte dabei die Sorge, in solch einem Fall von den eigenen Kindern abgelehnt zu werden. Da viele innerhalb ihrer Paarbeziehung/Ehe weder über konkrete Angelegenheiten noch über die damit verbundenen Gefühle redeten, wurde die Paarbeziehung/Ehe zusätzlich belastet (Daniels, Grace & Gillett, 2011).

Etliche Eltern hatten nach erfolgter Gametenspende ihr Kind zwar noch nicht aufgeklärt, planten jedoch, dies in der Zukunft zu tun. Ein Großteil dieser Eltern (83,3 % bei Readings, Blake, Casey, Jadvá & Golombok (2012)) meinte, ihr Kind sei zu jung, um den Sachverhalt einer reproduktionsmedizinischen Behandlung mit Eizellspende zu verstehen, man wolle zuerst dessen sexuelle Aufklärung abwarten. Andere machten sich Sorgen, dass ein noch sehr junges Kind die soziale Sensibilität der Thematik nicht verstehen könne und seine Entstehungsgeschichte ungebremst dem Umfeld weitererzählen würde. Diese Eltern hatten die Intention, ihr Kind vor unsensiblen Reaktionen zu schützen. Etliche Rezipienten einer Eizellspende wussten nicht, wie sie es mitteilen könnten, und auch nicht, welches der rechte Zeitpunkt sei. Möglicherweise ist diese Unsicherheit der tragende Grund für die Entscheidung, die Aufklärung auf einen späteren Zeitpunkt (an dem man hofft, Kenntnis über adäquate Vermittlungsmethoden zu haben) zu verschieben. Während einige die Aufklärung für das 18. Lebensjahr einplanten, legten andere es auf das 21. Lebensjahr, weil im Jugendalter so viel passieren könne (Readings, Blake, Casey, Jadvá & Golombok, 2012; Van Berkel, Candido & Pijffers, 2007). Skoog Svanberg, Lampic, Bergh & Lundkvist (2003) zeigten anhand einer Studie zur Allgemeinbevölkerung, dass Personen, die vor der Befragung

Informationen zur Eizellspende erhielten, sich signifikant häufiger dafür aussprachen, dass Kinder von ihren Wurzeln erfahren sollten, als Personen ohne diese Informationen.

4.1.4.4 Motivation zur Geheimhaltung gegenüber dem Kind

Als häufigste Beweggründe, die eigenen Nachkommen nicht über die Gametenspende in Kenntnis zu setzen, wurden Argumente des Kindeswohls angeführt. Bereits ältere Quellen wie Snowden et al. (1985) legen dar, dass für die meisten Paare das Wohl des Kindes als Grund für die Geheimhaltung an erster Stelle genannt wird. In der Sorge um das Kindeswohl wolle man mittels Geheimhaltung den Nachkommen einerseits vor den eigenen belastenden Emotionen bewahren, die sich im Zuge einer konflikthaften Auseinandersetzung mit der biologischen/genetischen Abstammung einstellen würden. Andererseits gelte es, den Nachkommen vor negativen Reaktionen aus dem sozialen Umfeld zu schützen.

Snowden et al. (1985) beschreiben, wie Eltern ihre Entscheidung zur Geheimhaltung vor dem Kind damit begründen, dass man diesem Konflikt mit seiner eigenen Identität oder eine erfolglose Suche nach dem Spender/der Spenderin ersparen wolle. Diese Eltern hegten ebenfalls die Befürchtung, dass ein Nachkomme einer Eizellspende in der Schule gehänselt werden könne. Die Sorge der Eltern, dass das eigene Kind aufgrund der Gametenspende von anderen Kindern geärgert würde, bestätigt auch Daniels (2004).

In neueren Studien, in denen Eltern nach Eizellspende u.a. zu ihren Aufklärungsabsichten bezüglich des eigenen Kindes befragt wurden, äußern viele ähnliche Argumente wie oben angeführt (z.B. bei Golombok, Murray, Jadvá, Lycett, MacCallum & Rust, 2006; Murray, Mac Callum & Golombok, 2006). In der Studie von Söderström-Anttila, Sälevaara, Suikkari (2010) äußerten 70 % der nicht aufklärungsbereiten Eltern nach Eizellspende, dass die Information zur genetischen Herkunft der Kinder unnötig sei und diesen schaden könne. Baetens et al. (2000) zeigten, dass 68,2 % der Eltern argumentierten, eine Geheimhaltung sei das Beste für das Wohlergehen des Kindes. Söderström-Anttila, Sälevaara & Suikkari (2010) ermittelten, dass im Rahmen ihrer Untersuchung 41 % der Mütter und 53,3 % der Väter die Information zur Herkunft des Kindes als unnötig empfanden. 46 % der Mütter und 50 % der Väter waren der Ansicht, die Information, dass das Kind einer Eizellspende entstamme, könne das Kind schwer schädigen. Van Berkel, Candido & Pijffers (2007) bestätigten diese

Argumentationslogik im Rahmen ihrer Studie. Empfängerinnen, die die Eizellspende geheimhalten wollten, fanden die Information nicht wichtig und wiesen stattdessen auf Vereinbarungen mit der Spenderin hin oder betonten das Risiko einer Identitätskrise beim Nachkommen. Readings, Blake, Casey, Jadvá & Golombok (2012) konstatierten, dass 52,9 % der Befragten meinten, es gebe keinen Bedarf, es zu sagen, während der am zweithäufigsten genannte Grund das Argument war, dass das Kind vor solch einer Information geschützt werden müsse. Diejenigen, die das Kind nicht aufklären wollten, um es zu beschützen, sorgten sich darum, dass das Kind sich nicht normal fühlen würde. Diesen Eltern war es ein Anliegen, eine normale Kindheit zu ermöglichen. Darüber hinaus hatten einige anonyme Spender nicht die Möglichkeit, das Kind mit Informationen zu dessen Identität zu versorgen oder ein Treffen zu arrangieren. Diese Personen wiesen darauf hin, dass die Mitteilung keinen positiven Aspekt habe

“I can't see the point of opening a can of worms when you don't need to.”

(Readings, Blake, Casey, Jadvá & Golombok, 2012, S. 7)

Daniels (2004) argumentiert in diesem Zusammenhang, dass Eltern ihren Kindern Sicherheit geben möchten sowie das Gefühl, zur Familie dazuzugehören. Wenn Paare davon ausgehen, dass Sicherheit und ein Zugehörigkeitsgefühl nur entstehen, wenn beide Eltern mit dem Kind genetisch verwandt sind, ziehen sie daraus den Schluss, die Gametenspende vorzugsweise nicht anzusprechen.

Das Argument der Sorge um das Wohl ihres Kindes als Grund für die Geheimhaltung seiner Zeugungsart hinterfragen Snowden et al. (1985, S.58) jedoch auf kritische Weise. So äußern die Autoren, dass sich bei ihnen der Eindruck einstellte, durch eine derartige Argumentation werde vor allen Dingen auf die Eltern Rücksicht genommen bzw. so haben Eltern ihre eigenen Interessen im Blick. Zu dieser These haben sie Befragungen veranlasst, in der viele Ehepaare zugaben, dass ihr Kind z.B. für die Donogene Insemination durchaus Verständnis aufbringen würde, nachdem sie einige Zeit vorher detailliert beschrieben hatten, welchen Schaden das Kind nehmen könnte. Die Unkenntnis des Kindes diene nach Ansicht der Autoren demzufolge vor allem den Interessen der Eltern. Die Ansicht, dass hinter der vordergründig vorgetragenen Sorge um das Kind auch Interessen der Eltern stehen, teilen auch Readings, Blake, Casey, Jadvá, Golombok (2012), indem sie schreiben:

“Clearly, being open about a child’s donor conception in most cases has the consequence of being open about one parent’s infertility.” (Readings, Blake, Casey, Jadvá, Golombok, 2012, S. 3)

Snowden et al. (1985, S.59) berichten allerdings auch von Umständen, unter denen sich Paare, die sich für eine Geheimhaltung entschieden hatten, noch am ehesten eine Aufklärung ihrer Kinder vorstellen konnten. So äußerten mehrere Ehepaare übereinstimmend, dass sie das Kind über die Donogene Insemination in Kenntnis setzen würden, wenn es selbst oder sein Partner von Sterilität betroffen wäre.

Häufig sprechen Rezipienten einer Gametenspende jedoch auch explizit an, dass der Grund für die Verheimlichung der Spende der Wunsch sei, die Beziehung zwischen dem Nachkommen und dessen genetisch nicht verwandtem Elternteil zu schützen (McWhinnie, 2000; Hahn und Craft-Rosenberg, 2002; Murray und Golombok, 2003; Golombok et al., 2004; Lycett, Daniels, Curson und Golombok, 2005; Lalos, Gottlieb & Lalos, 2007). Dahinter stecke häufig die Angst, nicht als „wirklicher“ Elternteil angesehen zu werden (Hahn und Craft-Rosenberg, 2002; Lalos, Gottlieb & Lalos, 2007; Lycett, Daniels, Curson und Golombok, 2005; Mc Dougall, Becker, Scheib und Nachtigall, 2007; Crawshaw, 2008), oder die Befürchtung, dass die Mutter-Kind-Beziehung durch die fehlende Verwandtschaft negativ beeinträchtigt sein/werden könnte (Baetens et al., 2000). In der Studie von Golombok, Murray, Jadvá, Lycett, MacCallum & Rust (2006) zeigte sich als häufigster Grund einer Geheimhaltung der Eizellspende, dass die Eltern anstreben, den genetisch nicht verwandten Elternteil zu schützen. Manche Eltern haben die Fantasie, dass der Spender/die Spenderin ein Recht auf das Kind beanspruche und sich unerwünscht in familiäre Angelegenheiten einbringe, wenn dem nicht vorgebeugt würde. Von etlichen Eltern wird auch die Angst geteilt, dass das Kind den Spender bzw. die Spenderin treffen könne und daraufhin zu dieser Person eine stärkere Bindung aufbauen würde als zum sozialen Elternteil (Daniels, 2004). Nach der Erfahrung von Daniels (2004) halten viele Paare nach Inanspruchnahme einer Donogenen Insemination die Information zurück, um z.B. die Vater-Kind-Beziehung nicht zu gefährden. Sie haben die Vorstellung, das Kind könne den Vater ablehnen, wenn es erführe, dass er nicht der Erzeuger sei, oder ihn aufgrund seiner Zeugungsunfähigkeit abwerten. In der Studie von Söderström-Anttila, Sälevaara & Suikkari (2010) äußern 10,3 % der Eltern nach Eizellspende die Angst, dass das Kind sich an die Spenderin binden könne. Vor diesem Hintergrund pochen Eltern darauf, dass die Gametenspende eine persönliche Angelegenheit

sei, und argumentieren teilweise, dass man den Partner/die Partnerin durch die Geheimhaltung schützen wolle (Readings, Blake, Casey, Jadv, Golombok (2012). Die Befürchtung einer beeinträchtigten Beziehung ist aber nach Daniels (2004) unbegründet. Zumindest zeige die Befragung von Nachkommen aus einer Donogenen Insemination mehrheitlich das Gegenteil. In diesem Zusammenhang zitiert Daniels ein 14-jähriges Mädchen, das nach einer Donogenen Insemination geboren wurde:

I've never had any doubts about him loving me. To me he is simply my dad. He helps me with my homework, cooks me dinner when I'm not well and is always there for me. I know I can trust him and I love him. (Daniels 2004, S. 83)

Die Entscheidung zur Geheimhaltung wurde auch maßgeblich von den behandelnden Ärzten und Ärztinnen beeinflusst. So empfehlen Reproduktionsmediziner/innen nach Thorn & Daniels (2000 a, S. 206) häufig, „*die Zeugung mit Spendersamen vor dem Kind zu verheimlichen*“. Daniels (2004, S.80) argumentiert, dass viele Eltern dieser Empfehlung nachkommen. Personen mit anderen Ansichten haben oft die Sorge, die Meinung der Ärztinnen und Ärzte in Frage zu stellen, weil sie befürchten, unter diesen Umständen den Anspruch auf die Behandlung oder einen Spender/eine Spenderin zu verlieren. Die These, nach der die Mehrheit der Ärzte und Ärztinnen eine Geheimhaltung empfehlen, konnte in einer von Thorn und Daniels (2000 b) durchgeführten Fragebogenerhebung mit entsprechenden Medizinerinnen und Medizinerinnen für Deutschland bestätigt werden (Daniels, 2004).

Ein weiterer Grund zur Geheimhaltung ist zumeist die Unsicherheit darüber, wie man das Kind aufklären könne (Hahn und Craft-Rosenberg, 2002; Lalos, Gottlieb & Lalos, 2007; Lycett, Daniels, Curson und Golombok, 2005; Mc Dougall, Becker, Scheib und Nachtigall, 2007; Crawshaw, 2008). Das betrifft nicht nur die gewöhnliche Inkenntnissetzung über die Zeugungsart, sondern auch kompliziertere Fälle, in denen es gilt, Gefühlen und Verletzlichkeiten der eigenen Kinder adäquat zu begegnen. Daniels, Grace & Gillett (2011) schildern einen Fall, bei dem diesbezügliche Unsicherheiten zum völligen Verschweigen der Gametenspende führten. Ein Paar hatte drei Kinder unterschiedlichen Alters. Zwei der Kinder waren vom gleichen Spender, während das dritte Kind von einem anderen Spender stammte. In diesem konkreten Fall fand das Elternpaar, welches keine Unterschiede zwischen den Kindern machen wollte, für sich keine Möglichkeit einer situationssensiblen Aufklärung und entschloss sich daher zur Geheimhaltung. Stuart-Smith, Smith & Scott (2012) konstatieren,

dass viele Eltern nach Eizellspende solche Konflikte vermeiden wollen, indem sie die gleiche Spenderin für alle Kinder heranziehen⁵⁷.

Weitere Beweggründe, die Information zur Gametenspende vor dem Kind zu verbergen, sind die Sorge bezüglich des sozialen Stigmas (McWhinnie, 2000; Hahn und Craft-Rosenberg, 2002; Murray und Golombok, 2003; Golombok et al., 2004; Lycett, Daniels, Curson und Golombok, 2005; Lalos, Gottlieb & Lalos, 2007), der Wunsch nach Schutz vor Ansprüchen seitens der Spenderin und ihrer Familie, religiöse/kulturelle Gründe oder der Wunsch, die Behandlung zu vergessen (Baetens et al., 2000).

Die Geheimhaltung der Zeugungsart des Kindes vor diesem selbst hängt nach Snowden et al. (1985) häufig eng damit zusammen, wie sich Paare gegenüber dem restlichen Umfeld verhalten. So wird dem Kind dessen Herkunft häufig nicht offengelegt, weil es die Information darüber nicht an Verwandte weitergeben soll.

Manche Eltern entscheiden sich im Kleinkindalter und Kindesalter ausschließlich vorläufig dafür, die Gametenspende nicht anzusprechen, da sie meinen, z.B. die Donogene Insemination selbst und alles, was damit zusammenhängt, sei zu kompliziert für Kinder, die deshalb nicht in der Lage seien, die Thematik in Gänze zu verstehen (Daniels, 2004). Dieses Aufschieben der Aufklärung birgt jedoch (unabhängig vom ursächlichen Beweggrund) das Problem, dass es noch schwieriger wird, dem Umfeld zu berichten, wie das Kind gezeugt wurde, wenn die Zeugungsart des Kindes mehrere Jahre lang nicht offengelegt wurde. So zitieren Snowden et al. (1985, S.50) eine Frau mit den Worten: *„Ich denke, wenn wir es ihnen geradeaus erzählt hätten, hätten sie nichts dabei gefunden, aber nun fürchte ich, sie würden sagen, warum habt ihr uns das nicht früher erzählt?“*

Manche Eltern setzen ihr Kind bewusst nicht über die Gametenspende in Kenntnis. Sie schließen eine Aufklärung darüber unter besonderen Umständen jedoch nicht aus. Jene Eltern sagen, wenn das Kind direkt frage, würden sie es über die Eizellspende in Kenntnis setzen, sonst jedoch nicht. Die Autorinnen und Autoren der Studie beschreiben dieses Paradoxon mit den Worten: *„We won't tell but we won't lie“* (Readings, Blake, Casey, Jadvá & Golombok,

⁵⁷ In Untersuchungen zeigte sich jedoch (wie bereits berichtet) kein signifikanter Unterschied im Aufklärungsverhalten z.B. zwischen Eltern, die alle Kinder durch Eizellspende bekamen, und solchen, die sowohl eigene als auch Kinder nach Eizellspende hatten (Söderström-Anttila, Sälevaara, & Suikkari, 2010).

2012, S. 7). Eine andere Variante, die Verantwortung nach außen zu verlagern, leben Eltern, die sagen, dass sie das Kind ausschließlich dann aufklären würden, wenn es aus medizinischen Gründen geboten wäre (Söderström-Anttila, Sälevaara, Suikkari, 2010). Im Rahmen der vorher genannten Untersuchung zeigte sich, dass 35 % der Eltern keine Sorge hatten, es nicht zu sagen, und 47 % geringe sowie 11,8 % moderate Sorgen äußerten, während 5,9 % angaben, extreme Sorgen zu haben (Readings, Blake, Casey, Jadvá & Golombok, 2012).

Diejenigen, die sich nach dem Prinzip „*We won't tell but we won't lie*“ (Readings, Blake, Casey, Jadvá & Golombok, 2012, S. 7) gegen eine Aufklärung entschieden, äußerten, es gebe keinen Grund, es zu sagen. Sie gingen teilweise noch darüber hinaus, indem sie aus ihrer Sicht deutlich machten, dass erst der Akt der Mitteilung die Gametenspende überhaupt zum Thema mache. Diese Eltern tendierten darüber hinaus dazu, die allgemeine Bedeutsamkeit der Gene herabzusetzen. Im Gegenzug hoben sie die Bedeutsamkeit sozialer Bindungen hervor. So berichtete eine Mutter nach Eizellspende:

I gave birth to her, i Carried her for 9 month, we're very much of the opinion that she's very much my child as well, you know? Because obviously she feed from me, inside me, and I think her characteristics she has I think she's got from me. (Readings, Blake, Casey, Jadvá & Golombok, 2012, S 7).

4.2 Psychosoziale Entwicklung und die Eltern-Kind-Beziehung der Nachkommen einer Eizellspende, einer Donogenen Insemination oder In-Vitro-Fertilisation

Hinsichtlich der Eltern-Kind-Beziehung und der psychologischen Entwicklung von Kindern, die mittels Gametenspende entstanden sind, gibt es in der Fachwelt sowie in der allgemeinen Öffentlichkeit konträre Thesen. Beispielsweise wird argumentiert, dass sich aufgrund der großen Schwierigkeiten, die Eltern erlebten, um ein Kind zu bekommen, in diesen Familien dysfunktionale Beziehungsmuster zwischen Eltern und Kindern entwickeln würden. Auch könne die fehlende genetische Verbindung zwischen Eltern(teil) und Kind die Erziehungs- und Beziehungsfertigkeiten der Eltern gegenüber dem Kind negativ beeinflusst werden und darüber hinaus einen schädlichen Einfluss auf das psychische Gleichgewicht des Kindes

entfalten. Nach einer Studie von Burns (1990) neigen Eltern, die erst nach langer Anstrengung ein Kind bekommen, dazu, ein emotionales Überengagement in Bezug auf das lang ersehnte Kind zu entwickeln. Andere Autoren und Autorinnen argumentieren ebenfalls, dass sich Eltern nach langer Infertilität dem Kind gegenüber eher überprotektiv verhielten oder unrealistische Erwartungen an das Kind oder an sich selbst als Eltern hätten (McMahon et al., 1995; van Balen, 1998; Hahn & DiPietro, 2001). Murray, Mac Callum & Golombok (2006) argumentieren, dass es oft der Fall sei, dass Paare vor Inanspruchnahme der Eizellspende einige erfolglose IVF-Zyklen durchliefen und die Eizellspende ihre letzte Hoffnung darstelle. Deshalb könnten diese Menschen empfindsamer sein, was negative Einflüsse ihrer lang andauernden Erfahrung der Infertilität auf ihre Elternfähigkeiten angehe. In diesem Zusammenhang sind Studien an Stieffamilien insofern vergleichbar, als es auch in solchen Familien eine fehlende genetische Verbindung zwischen einem Elternteil und dem Kind gibt. Einige Studien konstatieren eine konfliktbehaftetere Beziehung zwischen Stiefeltern und Stiefkind (Hetherington & Clingempeel, 1992; Hetherington & Stanley-Hagan, 2002; Dunn et al., 1998). Dunn et al. (2002) belegen, dass in Familien, in denen sowohl Stiefkinder als auch leibliche Kinder heranwachsen, die Stiefeltern sich gegenüber ihren Stiefkindern weniger liebevoll und unterstützend verhielten als gegenüber den genetisch verwandten Kindern. Jene Studien sind allerdings nur bedingt mit z.B. einer Eizellspende vergleichbar, die eine Beziehung zwischen dem genetisch nicht verwandten Elternteil von Geburt an ermöglicht und nicht zwangsläufig mit einem Beziehungsabbruch (durch die Trennung der Eltern) einhergeht.

Einige Autoren und Autorinnen vertreten die These, dass eine Gametenspende keinen schädlichen Einfluss auf die Eltern-Kind-Beziehung oder die kindliche Entwicklung entfalten muss. Bei einer Eizellspende könne z.B. die Erfahrung von Schwangerschaft und Geburt die fehlende genetische Verbindung kompensieren (Murray, MacCallum & Golombok, 2006). Die Ergebnisse einer kleinen Studie suggerieren, dass dies der Fall sein könnte. Darin berichten Frauen, die mittels Eizellspende Mütter wurden, dass die Schwangerschaft bei ihnen das Gefühl vermittelt habe, dass das Kind auch genetisch mit ihnen verwandt sei (Raoul-Duval, Letur-Konirsch & Frydman, 1992). Murray, Mac Callum & Golombok (2006) argumentieren, dass Familien nach Eizellspende Adoptivfamilien darin ähneln, dass auch bei ihnen die genetische Verbindung zwischen Mutter und Kind fehle. Sie führen an, dass Studien zu Adoptivfamilien herausgefunden haben, dass die Mutter-Kind-Beziehung besser sei, wenn das Kind von Geburt an adoptiert wurde (Brodzinski, Pinderhughes, 2002; Brodzinski, Smith

& Brodzinski, 1998). Auf dieser Basis sprechen sie sich gegen eine Annahme von Schwierigkeiten in der Mutter-Kind-Beziehung aufgrund einer Eizellspende aus.

Die Erkenntnisse der Bindungsforschung können ebenfalls herangezogen werden, um gegen die Theorie eines schädlichen Einflusses einer Gametenspende auf die Eltern-Kind-Beziehung und die kindliche Entwicklung zu argumentieren. Es ist belegt, dass die Sicherheit der kindlichen Bindung an die Eltern mit der Qualität der Beziehung zwischen Elternteil(en) und Kind assoziiert ist (Bowlby, 1982; Ainsworth, Bleher, Waters & Wall, 1978). Bowlbys Theorie enthält das zentrale Konzept sogenannter „internal working models“, die mentale Repräsentationen von Bindungsbeziehungen darstellen, welche durch Erfahrungen mit den Bindungsfiguren aufgebaut werden. Diese Modelle beeinflussen sowohl die Erwartungen an Bindungsfiguren als auch das Verhalten ihnen gegenüber. Diese Repräsentationen werden sowohl von den Eltern als auch vom Kind entwickelt (Bowlby, 1982; Solomon & George, 1996; George & Solomon, 1999). Die elterlichen Bindungsrepräsentationen beeinflussen ebenfalls sowohl Gedanken und Gefühle als auch das elterliche Verhalten gegenüber dem Kind, was wiederum das kindliche Verhalten beeinflusst (Bowlby, 1982; Slade et al., 1999). Diese Bindungsrepräsentationen werden auf Seiten der Eltern schon während der Geburt erstellt. Positive Repräsentationen gehen mit einer höheren Qualität der Elternschaft einher (Bowlby, 1982; George & Solomon, 1999; Slade et al., 1999). Studien weisen zudem darauf hin, dass die Erfahrung vorgeburtlicher Bindung im Zusammenhang mit einer positiveren Eltern-Kind-Beziehung steht (Canley, 1981; Grace, 1989; Laxton-Kane & Slade, 2002). Bei der Eizellspende ist die Entwicklung einer positiven Bindung(srepräsentation) durch Schwangerschaft und Geburt möglich und kann darüber ihren vorteilhaften Einfluss auf Eltern-Kind-Beziehung und kindliche Entwicklung entfalten.

Gagel et al. (1998) kommen nach Durchsicht von Studien, die zwischen 1986 und 1991 publiziert wurden, zu der zusammenfassenden Einschätzung, dass von der Annahme ausgegangen werden kann, dass sich IVF-Kinder psychisch unauffällig entwickeln. Gagel et al. (1998) fassten auch die Studien mit entwicklungspsychologischem Schwerpunkt in den darauffolgenden zehn Jahren zusammen und kommen zu dem Ergebnis, dass *„sich alle Kinder trotz Schwangerschaftskomplikationen, einer erhöhten Rate nicht natürlicher Geburten und der erhöhten Mehrlingsrate sehr gut entwickelt hatten“* (Gagel et al., 1998, S. 34).

Murray, Mac Callum & Golombok (2006) argumentieren, dass Familien nach Eizellspende den DI-Familien in der Hinsicht ähneln, dass es eine fehlende genetische Verbindung zwischen Kind und einem Elternteil gibt. Studien zu DI-Familien konstatieren, dass DI-Eltern ihren Kindern gegenüber mehr Wärme zeigen, emotional involvierter sind und mit den Kindern täglich mehr interagieren als Eltern konventionell gezeugter Kinder (Golombok, Cook, Bish & Murray, 1995; Golombok, Brewaeys, Cook, Giavazzi, Guerra & Mantovani, 1996). Golombok et al. (1995) untersuchten die Qualität der Eltern-Kind-Beziehung sowie die soziale und emotionale Entwicklung von Kindern, die infolge IVF und Donogener Insemination gezeugt wurden. Dabei wurden die IVF- und DI-Familien mit einer Kontrollgruppe von Familien mit konventionell⁵⁸ gezeugten Kindern sowie einer Gruppe von Adoptivfamilien verglichen. Die Ergebnisse zeigen, dass eheliche Schwierigkeiten vermehrt bei Paaren mit einem konventionell gezeugten Kind vorkommen. Die Eltern von konventionell gezeugten Kindern wiesen zudem höhere Werte von Ängstlichkeit und Depression auf als alle anderen Gruppen. Mütter, die ein Kind durch reproduktionsmedizinische Unterstützung (Donogene Insemination und IVF) bekamen, zeigten ein größeres emotionales Engagement als Mütter mit einem konventionell gezeugten Kind. Was die Interaktion der Eltern mit ihren Kindern angeht, so zeigten Mütter und Väter von IVF- und DI-Kindern mehr Interaktion mit den Kindern als Eltern konventionell gezeugter Kinder. Letztere berichteten auch mehr Stress als IVF-Eltern und Eltern nach Donogener Insemination, wobei IVF-Mütter mehr Stress als Mütter nach Donogener Insemination berichteten. Aus diesen Ergebnissen ziehen Golombok et al. (1995, S. 295) die Schlussfolgerung:

“(...) the findings of the study indicate that the quality of parenting in families with a child conceived by assisted conception is superior to that shown by families with a naturally conceived child, (...)”

Golombok et al. (1995) wiederholten diese Studienform in den darauffolgenden Jahren. Eine kulturvergleichende Studie (Golombok et al. 1996), welche zwei nordeuropäische (Großbritannien und die Niederlande) und zwei südeuropäische Länder (Spanien und Italien) einbezog, zeigte ein geringeres Ängstlichkeitsniveau bei IVF-Müttern und Müttern nach Donogener Insemination als bei Müttern konventionell gezeugter Kinder. Unter den Vätern

⁵⁸ Mit der Bezeichnung „konventionell gezeugte Kinder“ sind Kinder gemeint, die ohne reproduktionsmedizinische Unterstützung ausschließlich mittels Geschlechtsverkehr gezeugt wurden.

zeigten sich ebenfalls höhere Ängstlichkeitswerte bei Vätern konventionell gezeugter Kinder, mit Ausnahme der Niederländer. Die Mütter konventionell gezeugter Kinder zeigten höhere Werte für Depression, mehr Stress und geringeres emotionales Engagement als die DI-Mütter. Mütter von Kindern, die durch reproduktionsmedizinische Behandlung entstanden, und Adoptivmütter zeigten sich ihrem Kind gegenüber emotional feinfühler als die Mütter konventionell gezeugter Kinder. Hinsichtlich der Väter zeigten die Ergebnisse, dass Väter von reproduktionsmedizinisch gezeugten Kindern mehr mit ihren Kindern interagierten. Bei der Erziehung zeigten sich diese Väter engagierter als Väter konventionell gezeugter Kinder, was besonders für die Niederländer gilt.

Im Juni 2002 wurden die Familien, welche an der Erhebung von Golombok et al. (1995) teilnahmen, für eine Follow-up-Untersuchung kontaktiert. Die Kinder waren mittlerweile im Durchschnitt zwölf Jahre alt. Im Ergebnis erwies sich, dass DI-Mütter signifikant höhere Werte im Ausdrücken von Wärme („expressed warmth“) dem Kind gegenüber zeigten als Mütter konventionell gezeugter Kinder und Adoptivmütter. DI-Mütter zeigten auch signifikant höhere Werte für sensibles Eingehen auf die Kinder („sensitive responding“) als Adoptivmütter. Der Unterschied zwischen DI-Müttern und Müttern natürlich gezeugter Kinder war in dieser Hinsicht nicht signifikant. DI-Mütter waren aber in die Belange ihrer Kinder signifikant höher emotional involviert („emotionally involved“) als die Mütter der beiden anderen Gruppen. Was die Begeisterung für die Mutterschaft („enjoyment in motherhood“) angeht, war diese bei DI-Müttern höher als bei den Müttern konventionell gezeugter Kinder. Von den Kindern selbst wurden die DI-Mütter als zuverlässiger empfunden als die Mütter konventionell gezeugter Kinder. Nach Fremdeinschätzung zeigten Adoptivkinder öfter problematisches Verhalten als die Kinder der beiden anderen Gruppen, wogegen mehr konventionell gezeugte Kinder als mit Peer-Problemen belastet eingeschätzt wurden als DI- oder Adoptivkinder. Die DI-Väter berichteten signifikant weniger Streitereien als Väter konventionell gezeugter Kinder.

Die gegenwärtige Studienlage zeigt auf, dass die psychosoziale Entwicklung von Kindern nach Eizellspende unauffällig ist (Golombok et al., 2005; Golombok et al., 2004; Greenfeld & Klock, 2006). Untersuchungen der Familien zeigen keine negativen Auswirkungen auf die Mutter-Kind-Beziehung, die Qualität der Elternschaft oder die emotionale Gesundheit der Kinder (Golombok, Murray, Brinsden und Abdalla, 1999; Golombok, Murray, Jadva, Lycett, Mac Callum und Rust, 2006).

Söderström-Anttila, Sajaniemi, Tiitinen & Hovatta (1998) stellten beim Vergleich von IVF-Kindern und solchen, die einer Eizellspende entstammen, fest, dass mittels Eizellspende gezeugte Kinder sogar Entwicklungsvorteile (z.B. in der Sprachentwicklung) gegenüber IVF-Kindern aufweisen. Die Ursache dieser Vorteile sehen die Autorinnen und Autoren im reproduktiven Hintergrund der Mütter. Die meisten von ihnen seien junge Frauen, denen über mehrere Jahre hinweg eine Infertilität diagnostiziert worden war. Das Angebot einer neuen Behandlungsmethode erlebten sie als enorme Chance. Aus diesem Grund zeigten jene Patientinnen weniger Ängstlichkeit und eine größere Unbeschwertheit als Patientinnen, die einer herkömmlichen IVF unterzogen wurden. Eine weitere Studie, welche die Donogene Insemination, die Eizellspende, die Embryospende, die Leihmutterschaft sowie die einfache reproduktionsmedizinische Unterstützung mit eigenen Gameten miteinander verglich, zeigt keine Unterschiede im psychopathologischen Befund der Kinder (Shelton et al., 2009).

Golombok et al. (2004) belegen in ihrer Studie, dass sich Personen, die mittels Eizellspende oder Donogener Insemination Eltern wurden, nicht wesentlich von Eltern unterscheiden, die ihr Kind nach konventioneller Konzeption bekamen. Hinsichtlich Ängsten, Depression und ehelicher Zufriedenheit zeigte sich kein Unterschied. Die soziale und emotionale Entwicklung der Kinder kann als normgerecht betrachtet werden. Müttern von Kindern nach Gametenspende zeigten ihren Kindern mehr Wärme, hatten größere Freude an der Mutterschaft und mehr Erfüllung an der Nähe zu den Kindern. Im Rahmen von Nachuntersuchungen stellt sich oft heraus, dass die Ehen der Paare, die eine Eizellspende in Anspruch genommen haben, stabiler sind als im Durchschnitt der Bevölkerung (Repokari et al., 2007; Söderström-Anttila, Sälevaara, & Suikkari, 2010). Unklar bleibt die Ursache. Einige Autoren und Autorinnen postulierten die These, dass der Stress um die Infertilität die Ehe stabilisiere (Repokari et al., 2007), andere gehen davon aus, dass die Ehen schon vorher stabil gewesen seien und z.B. nur Paare in sehr stabilen Beziehungen die reproduktionsmedizinische Behandlung bis zur erfolgreich abgeschlossenen Behandlung durchliefen (Söderström-Anttila, Sälevaara & Suikkari, 2010). Eine weitere Studie an Kindern, die durchschnittlich 4,5 Jahre alt waren, zeigt, dass Elternschaft nach Eizellspende mit größerem elterlichem psychologischem Wohlbefinden im Verhältnis zur Donogenen Insemination, zur IVF und zur Adoption einhergeht. Zudem war die Qualität der Elternschaft nicht beeinträchtigt. Kinder, die nach Eizellspende geboren wurden, entwickelten keine psychologischen Probleme im

pathologischen Bereich, wobei nur ein Elternpaar das Kind über seine Zeugung informiert hatte (Golombok, Murray, Brinsden & Abdalla, 1999).

MacCallum, Brinsden & Golombok (2007) zeigen im Vergleich von Familien nach Embryospende mit Adoptivfamilien und IVF-Familien, dass Eltern nach Embryooption ein größeres emotionales Überengagement und defensive Rückmeldungen auf kindliche Aktionen zeigen. Zudem wird in diesen Familien häufiger eine Geheimhaltung der Zeugungsform praktiziert. Die psychische Entwicklung der Kinder verlief jedoch bis zum Untersuchungszeitpunkt normgerecht.

Murray, Mac Callum & Golombok (2006) untersuchten die Qualität der Elternschaft und die psychologische Gesundheit von Adoleszenten aus Eizellspendefamilien im Vergleich zu DI-Familien. Es zeigte sich, dass die DI-Mütter im Vergleich zu Eizellspendemüttern emotional wesentlich engagierter waren. Die Eizellspendekinder waren sozial und emotional normgerecht entwickelt. Eizellspendemütter verzeichneten signifikant geringere Level für einfühlsame Rückmeldungen („sensitive Responding“) auf kindliche Regungen im Verhältnis zu DI-Müttern. Die Werte der Eizellspendemütter rangierten jedoch noch im Normbereich, während die einfühlsame Rückmeldung der DI-Mütter überdurchschnittlich ausgeprägt war. Auch das emotionale Überengagement („emotional overinvolvement“) war bei DI-Müttern signifikant stärker (jedoch nicht im pathologischen Bereich) ausgeprägt als bei Eizellspendemüttern. Die Unterschiede zwischen IVF-Müttern und Eizellspendemüttern waren nicht signifikant. Im Hinblick auf die soziodemografischen Daten zeigte sich, dass Eizellspendemütter das höchste Alter hatten und DI-Mütter das niedrigste. Golombok, Mac Callum, Murray, Lycett, & Jadvá (2006); Golombok, Murray, Jadvá, Lycett, MacCallum & Rust (2006) sowie Golombok, Blake, Casey, Roman & Jadvá (2013) bestätigen in ihren Untersuchungen, dass Mütter nach Eizellspende im Vergleich mit anderen Verfahren der Reproduktionsmedizin zu der ältesten Gruppe gehören.

Golombok, Mac Callum, Murray, Lycett & Jadvá (2006) untersuchten vergleichend Leihmutterfamilien und Eizellspendefamilien sowie konventionell gebildete Familien und deren Kindern im Alter von zwei Jahren. Es zeigte sich, dass die Mütter nach Inanspruchnahme einer Leihmutter höhere Raten elterlicher Kompetenz und eine bessere Bindung an ihre Kinder aufwiesen als Eizellspendemütter. Die Autorinnen/Autoren entwickelten zwei Thesen zur Erklärung dieses Ergebnisses. Entweder stellten sich Frauen,

die eine Leihmutter engagiert hatten, aufgrund der sozialen Umstrittenheit der Methode gegenüber Fachleuten kompetenter dar oder sie engagierten sich aufgrund ihres hohen Einsatzes zur Familienbildung kompensatorisch mehr für die Beziehung zum Kind.

Golombok, Murray, Jadvá, Lycett, MacCallum & Rust (2006) zeigten bei der Untersuchung der Kinder aus oben genannter Gruppe (Leihmutterfamilien, Eizellspendefamilien, konventionell gebildete Familien) im Alter von drei Jahren Unterschiede hinsichtlich der Ausprägung gezeigter Wärme von Seiten der Mutter und mehr Mutter-Kind-Interaktion in reproduktionsmedizinisch unterstützten Familien als in Familien mit einem konventionell gezeugten Kind. Darüber hinaus zeigten in allen Gruppen weder Eltern noch Kinder psychopathologische Auffälligkeiten. Zur Erklärung des Unterschiedes zwischen reproduktionsmedizinisch und konventionell gezeugten Kindern erklären die Autorinnen und Autoren:

However, it may be that women who are unable to conceive or carry a child themselves may become especially committed to parenting when they eventually become mothers or may try to compensate for the absence of a genetic or gestational link. (Golombok, Murray, Jadvá, Lycett, Mac Callum & Rust, 2006, S. 1922)

Golombok, Blake, Casey, Roman & Jadvá (2013) untersuchten jene Gruppe von Eltern und Kindern aus Leihmutterfamilien, Eizellspendefamilien, DI-Familien und konventionellen Familien zum Zeitpunkt des Kindesalters von drei, sieben und zehn Jahren. Im Gegensatz zu den oben beschriebenen zweijährigen Kindern zeigten die Kinder der Leihmütter im Alter von sieben Jahren größere psychische Probleme als Kinder, die einer Gametenspendenkinde entstammten. Die Studie konnte im Gegensatz zum gegenwärtigen Forschungsstand in Bezug auf Familiengeheimnisse nicht nachweisen, dass sich die aufgeklärten Kinder besser entwickelten als solche, die nicht aufgeklärt wurden. Das Ergebnis wird jedoch dadurch relativiert, dass die meisten aufgeklärten Kinder von einer Leihmutter abstammten. Diese Kinder zeigten zudem eher Belastungsreaktionen auf mütterlichen Stress. Mütter, die die Methode der Zeugung vor ihrem Kind geheimhielten, berichteten von signifikant mehr Stress als offene Mütter. Letztendlich lässt sich auch aus dieser Studie ableiten, dass das Wegfallen einer genetischen Verbindung zur Mutter oder zum Vater nicht per se mit psychischen Belastungen assoziiert ist. Golombok, Readings, Blake, Casey, Marks, Jadvá (2011) konstatieren bei der Untersuchung der gleichen Gruppen (von Leihmuttereltern, Eizellspendefamilien und konventionellen Familien), als die Kinder im Alter von sieben Jahren waren, dass keine Gruppe pathologische Werte aufwies.

Thus the findings of the present phase of the study add to the growing body of literature indicating that the quality of family relationships has a greater influence on children's psychological wellbeing than the presence or absence of a biological connection between the mother and the child. (Golombok, Readings, Blake, Casey, Marks, Jadva (2011, S. 1588)

5. Die Spenderinnen

5.1 Spendeform und genealogische Verhältnisse zwischen der Spenderin, den Rezipienten und dem Nachwuchs

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit sind die Spenderinnen in nur sehr geringem Ausmaß Gegenstand der Fragestellung. Sie interessieren allein aus der Perspektive der Rezipienten/Rezipientinnen einer Eizellspende, sollen hier aber dennoch einer näheren Betrachtung unterzogen werden, da sich an ihnen (auch) zahlreiche ethische Fragen (wie z.B. jene nach einer potenziellen Instrumentalisierung) sowie Zweifel an der Eizellspende selbst entzünden. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Frage, zu welchen genealogischen Komplikationen diverse Spendeverfahren beitragen können und welche Rolle die Spenderin in diesem Kontext im Verhältnis zu den Empfänger/innen einnehmen kann.

Studien mit und über Eizellspenderinnen wurden im angloamerikanischen Sprachraum bereits in den 1980er Jahren erstellt, wie z.B. die Studie von Leeton & Harman (1986). Aufgrund der soziokulturellen und rechtlichen Lage ist für/über/aus Deutschland bisher keine einzige Studie zu diesem Thema zu finden.

5.1.1 Die Eizellspende innerhalb der Familie

Die Spende innerhalb der Familie umfasst die:

- intragenerationale Spende (Spende zwischen Geschwistern oder Spende von Cousinen) und
- die intergenerationale Spende (zwischen Mutter und Tochter).

Die European Society for Human Reproduction and Embryology (ESHRE) Task Force (2011) unterscheidet darüber hinaus zwei Formen der intrafamiliären Spende:

- die Spende zwischen Verwandten 1. und 2. Grades und
- die Spende zwischen Verwandten 3. Grades.

Viele Autoren/Autorinnen bemängeln, dass es kaum Richtlinien dazu gibt, wie mit intrafamiliären Spenden zu verfahren ist, auch mangelt es an Studien zu dieser Spendeform (Jadva, Casey, Readings, Blake & Golombok, 2011). In Ländern, in denen die Eizellspende erlaubt oder nicht geregelt ist, kann jede Klinik selbst entscheiden, ob und in welcher Form sie die intrafamiliäre Spende praktizieren möchte.

Die Human Fertilisation and Emryology Authority (HFEA) hat 2010 englische Kliniken untersucht, von denen über 40% mindestens einmal im Monat eine Anfrage wegen infrafamiliärer Spenden (hauptsächlich in der Form von Schwester zu Schwester) erhalten. Intergenerationale Spenden (z.B. von Tochter zu Mutter oder von Nichte zu Tante) waren mit 11% seltener (Jadva, Casey, Readings, Blake & Golombok, 2011). Die Studie von Bravermann (1993) stellt heraus, dass fast alle nordamerikanischen ART-Programme eine Schwester-zu-Schwester-Eizellspende akzeptieren, während nur 43,3% Brüder als Spender zulassen. Bei Privatpersonen scheint das Verhältnis mit mehr Toleranz für eine Spende unter Schwestern als für eine vom Bruder ausgehende Spende ähnlich ausgeprägt. So erfragte eine kalifornische Studie (Sauer, Rodi, Scrooc, Bustillo & Buster, 1988) die Einstellung von Empfängerpaaren zur Frage der Rekrutierung des/der Bruders/Schwester des/der sterilen Partners/Partnerin. Während sich 86% der Frauen und 66% der Männer für die Schwester als Spenderin entscheiden würden, traf dies bei der Wahl für den Bruder lediglich auf 9% der Frauen und 14% der Männer zu. Eine weitere Studie (Stern, Cramer, Garrod & Green, 2001) konstatiert, dass 60% der befragten Kliniken Brüder als Spender akzeptieren; 90% akzeptieren Schwestern und 80% Freunde. Anhand dieser Zahlen wird das Inzesttabu deutlich, welches sich jedoch fast ausschließlich auf die gegengeschlechtliche Dynamik bezieht, bei der eine Fortpflanzung theoretisch auch ohne Unterstützung der Reproduktionsmedizin möglich wäre. Die gleichgeschlechtliche Dynamik, bei der ohne Unterstützung der Reproduktionsmedizin eine Fortpflanzung ausgeschlossen ist, scheint mit keinem oder zumindest einem weitaus geringeren Vorbehalt belegt zu sein. Trotz des Wegfalls der Fortpflanzungsmöglichkeit müsste jedoch auch zwischen Schwestern das Inzesttabu bestehen. Diese selektive „Blindheit“, welche vermutlich der starken

Eingebundenheit in eine heterosexuelle Normativität geschuldet ist, birgt nach Auffassung der Autorin ein „Risikopotenzial“. Allzu leichtfertig könnten neuartige verwandtschaftliche Beziehungen geschaffen werden, die im Alltag aufgrund der Rollenüberschneidungen zur Herausforderung werden.

Die Anzahl intergenerationaler Spenden ist zwar nicht umfassend dokumentiert (ASRM, 2012). In einer Erhebung von 1992 der SART-Mitglieder wurde jedoch herausgefunden, dass die intergenerationale Gametenspende in 39,3% von 52 untersuchten Eizellspendeprogrammen erlaubt war. Eine Kind-zu-Eltern-Spende wurde öfter zugelassen (37,5%) als eine Eltern-zu-Kind Spende (28,6%) (Bravermann, 1993).

Das Egg-Sharing scheint häufig in solchen Ländern praktiziert zu werden, in denen keine finanzielle Aufwandsentschädigung angeboten wird, wie z.B. in Kanada, wo sie verboten ist (Royal Commission on New Reproductive Technologies, 1993; Health Canada, 2004; Health Canada, 2005), oder in den Niederlanden, wo die offene Spende Standard ist; in Dänemark müssen die Frauen eine eigene Spenderin finden (van Berkel, Candido & Pijffers, 2007). Was die Frage angeht, welche Bevölkerungsgruppen sich für eine Verwandtenspende entscheiden, ist festzuhalten, dass viele ethnische Minderheiten auf diese Spendeform zurückgreifen. Laruelle et al. (2010) berichten, dass 60% der Paare mit afrikanischen Wurzeln eine verwandte Spenderin (meist die Schwester oder Cousine) hatten. Jadvá, Casey, Readings, Blake & Golombok (2011) gehen davon aus, dass dies vor allem bei armen Bevölkerungsschichten womöglich die einzige Möglichkeit darstellt, überhaupt eine Eizellspende in Anspruch zu nehmen.

Bezüglich der inner- und intrafamiliären Spenderinnen wird Sorge darüber geäußert, wie es um die Autonomie eines Familienmitglieds steht, wenn es von einem anderen Familienmitglied mit der Bitte um eine Gametenspende konfrontiert wird. Die ESHRE Task Force (2011) bringt bezüglich der intergenerationalen Spende Zweifel daran zum Ausdruck, dass die Spenderin ihre Entscheidung freiwillig trifft. Dies sei insbesondere dann nicht der Fall, wenn die Spenderin sich gegenüber der Empfängerin in einer abhängigen Position befinde, wie z.B. bei einer Spende von Tochter zu Mutter. Theoretisch könne von anderen Familienmitgliedern Druck ausgeübt werden, sodass die Spenderin eine Verpflichtung zur Spende empfinde (Veyena & Golombok). Dies betrifft die intergenerationale mehr als die intragenerationale Spende (Veyena & Golombok). Es wird angenommen, dass das Risiko einer unfreien Entscheidung bei der intergenerationalen Spende deshalb größer ist (ASRM,

2012), weil ein ökonomisch abhängiges oder emotional eng verbundenes Familienmitglied schwer eine freie und auf umfassenden Informationen basierende Entscheidung in Bezug auf die potenzielle Spende treffen kann. Auch eine intrafamiliäre Spende beinhaltet die Möglichkeit, dass aufgrund der familiären Machtstruktur (wie es z.B. im Verhältnis von Mutter zu Tochter der Fall ist) Familienmitglieder manipuliert oder Druck ausgesetzt werden (Saunders & Garner, 1996; Marshal 1998; Ahuja, Mostyn & Simons, 1997). Manche Autoren/Autorinnen (Sureau & Shenfield, 1995) argumentieren, dass es im Rahmen einer intergenerationalen Spende ebenso unmöglich sei, unzulässige Einflüsse (wie Abhängigkeit) auszuschließen, sodass in diesen Zusammenhängen nicht von einer völlig freien Entscheidung ausgegangen werden könne. Auch das Ethikkomitee der ASRM (2012) sieht diese Problematik und schlussfolgert daraus: „(...) *the Committee concludes that in such cases risks are raised to an unacceptable level, and as a matter of principle child to parent donation should generally be prohibited.*“ (S. 801)

Studien, die sich auf Fallkonstellationen beziehen, in denen z.B. Frauen einer Schwester, Cousine oder Schwägerin spendeten, konstatieren jedoch, dass die Frauen auf freiwilliger Basis spendeten (Winter & Daniluk, 2004; Yee et al., 2007). In der Befragung von Yee et al. (2007) äußerten alle Spenderinnen Altruismus als Motivation.

Viele Autoren/Autorinnen widmen sich dem bereits oben angedeuteten Phänomen, dass es für die Nachkommen zu verwirrenden Verwandtschaftsbeziehungen kommen kann (Andrews & Tiefel, 1985; Pierce, Reitmeier, Jametown, Maclin & DeJonge, 1995; Schenker, 1995; Sureau & Shenfield, 1995; Marshall, 1998; Mitchell & Truog, 2002). Es ist möglich, über die Eizellspende genetische Konstellationen und Verwandtschaftsbeziehungen zu generieren, die auf „natürlichem“ Wege selten vorkommen oder ganz unmöglich wären. So kann z.B. im Rahmen einer Tochter-zu-Mutter-Eizellspende die soziale Mutter, welche auch die Schwangerschaft durchlebt, zugleich die Großmutter sein. In diesem Fall wäre die Spenderin zum einen genetische Mutter, zum anderen Halbschwester (ASRM, 2012). Einige Experten/Expertinnen äußern Befürchtungen bezüglich negativer emotionaler Konsequenzen für die Nachkommen (Schenker, 1995; Sureau & Shenfield, 1995). Andere wiederum argumentierten bereits vor Jahrzehnten, dass die zunehmende Komplexität familiärer Beziehungen lediglich unsere gesellschaftlichen Normen spiegele (Seibel, Zilberstein & Seibel, 1996; Robertson, 1989).

Das Ethik-Komitee der ASRM (ASRM, 2012) spricht sich gegen Spendekonstellationen aus, die in soziale Tabus hineinfallen, weil sie im Regelfall durch inzestuöse familiäre Beziehungen zustande kommen.

The Committee, however, strongly believes that fertility practices should not assist or participate in gamete donation or surrogacy arrangements in which the child would have the same genetic relationship to the participants as would children of incestuous or consanguineous unions between first – degree relatives (...). (ASRM, 2012, S. 800).

Nach dieser ethischen Richtlinie dürfte es Spenden von Schwester zu Schwester geben, jedoch nicht von Bruder zu Schwester oder von Vater zu Tochter. Zur Umsetzung dieser Vorgabe haben Kliniken Spendeformen etabliert, welche die Möglichkeit einer innerfamiliären Spende (trotz eines Familienmitglieds als Spenderin) umgehen. So bieten einige Kliniken Poolssysteme an. Diese Form sieht vor, dass z.B. die Schwester einer Patientin in einer Klinik in einen Pool spendet und eine ihr fremde Rezipientin diese Eizellen erhält. Im Gegenzug erhält die Schwester der Spenderin die Möglichkeit, die Eizellen einer ihr unbekanntem Spenderin zu erhalten. Eine englische Klinik, die mehrere Systeme anbietet, berichtet, dass die Hälfte der weiblichen Geschwister direkt untereinander spendet und die andere Hälfte sich für das Poolsystem entscheidet (HFEA, 2010).

Laruelle et al. (2010) untersuchten 46 Spenderinnen, die einer Verwandten spendeten. Bei diesen zeigten sich Ängste in Bezug darauf, dass die Eizellspende einen negativen Einfluss auf die mütterliche Elternrolle habe, weil die Grenzen zwischen genetischen, biologischen und sozialen Eltern sich verschöben. Andere Studien zeigen hingegen, dass z.B. Eizellspenderinnen, die ihrer Schwester spendeten, ihre soziale Rolle innerhalb der Familie als Tante des Kindes beibehielten und sie nach eigenem Empfinden positiv ausfüllten (Winter & Daniluk, 2004).

Eine Spende innerhalb der Familie hat zwangsläufig zur Folge, dass neben den sozialbiologischen Eltern zumindest ein weiteres Familienmitglied hinsichtlich der Information zur Eizellspende mit Kenntnis um die Identität der Spenderin eingeweiht wird. Dieser Umstand erschwert die Verheimlichung (der Identität) der genetischen Mutter. Lessor (1993) interviewte 14 Paare und deren Spenderinnen, die eine Eizellspende unter Schwestern praktizierten. Er fand heraus, dass die Rezipienten weniger offen darin waren, von der Eizellspende zu berichten, als die Spenderinnen; beide Parteien waren sich jedoch darin einig,

das Kind aufzuklären. Van Berkel, Candido & Pijffers (2007) interviewten Frauen, die nach Eizellspende mit einer bekannten Spenderin (47% Familienmitglieder) ein Kind bekamen. 82% dieser Eltern wollten ihr Kind aufklären.

5.1.2 Die Eizellspende in Form von Egg-Sharing mit IVF-Patientinnen

Seit den 1990er Jahren wird das Egg-Sharing praktiziert (Ahuja, Simons & Edwards, 1999); in England ist es seit 1998 reguliert (Gürtin, Ahuja & Golombok, 2012; HFEA, 1998). Bereits in der Zeit von 2004–2008 waren 40% aller englischen Eizellspenderinnen in das Egg-Sharing-Verfahren involviert (HFEA, 2011).

Seit der Einführung des Egg-Sharing ranken sich auch ethische und politische Debatten um das Verfahren (Blyth, 2001; Blyth, 2002; Blyth et al., 2004). Im Zusammenhang mit Spenderinnen, deren eigene IVF-Behandlung keine erfolgreiche Befruchtung nach sich zog, wurde die Sorge ausgedrückt, dass diese Frauen ihre Entscheidung, an einem Egg-Sharing-Programm teilzunehmen, im Nachhinein bereuen könnten. Möglicherweise quälte diese Frauen der Gedanke, sie könnten selbst schwanger sein, wenn sie ihre Eizellen nicht gespendet hätten (Johnson, 1999). Stattdessen würde das genetisch eigene Kind von den Rezipienten großgezogen (English, 2005; Templeton, 2008; Winston, 2008). In diesem Zusammenhang taten sich Diskussionen darüber auf, ob es für die –Egg-Sharing-Spenderinnen besser wäre, über das Ergebnis der Behandlung bei den Rezipienten Bescheid zu wissen oder nicht (Blyth, 2001; Blyth, 2002; Blyth et al., 2004). In Fällen, in denen den Nachkommen die Identität der jeweiligen Spenderin bekannt ist, treten für die Spenderin zusätzliche Belastungsfaktoren auf, da die Nachkommen mit 18 Jahren Kontakt zu ihr aufnehmen könnten (Blyth & Golding, 2008). Einige Jahre zuvor beinhalteten Forderungen, dass Egg-Sharing-Spenderinnen und Rezipientinnen nicht über den Behandlungsausgang des anderen Parts informiert werden sollten (HFEA, 2001; Code of Practice, 5th edition). Spätere Richtlinien (HFEA, 2009; Code of Practice, 8th Edition) halten IVF-Zentren dazu an, jedem/jeder Spender/in Informationen darüber zugänglich zu machen, wann und wie viele Kinder nach seiner/ihrer Spende geboren werden und welches Geschlecht diese haben. Diese Änderungen wurden von vielen Expertinnen/Experten dahingehend als Schritt in die richtige Richtung betrachtet, dass die Rechte von Spendern/Spenderinnen anerkannt würden (Blyth, 2001).

Weitere negative Folgen eines Egg-Sharing könnten sein, dass z.B. IVF-Patienten mit wenig eigenen Eizellen dadurch reduzierte Chancen auf einen eigenen Behandlungserfolg haben und daraufhin womöglich indirekt genötigt würden, weitere Zyklen zu durchlaufen.

Sollten sich bei finanziell benachteiligten Spenderinnen nicht genügend Eizellen bilden, besteht das Risiko, dass die eigene IVF nicht finanziert werden kann (Berg, 2008). Manch eine Spenderin könnte auch selbst kinderlos bleiben, während die Rezipienten Eltern werden (ASRM, 2007). Eine britische Studie konstatiert, dass 8% von 79 befragten Spenderinnen solch eine Erfahrung berichteten (Ahuja, Simons, Mostyn & Bowen – Simpkins, 1998). Einige Autoren/Autorinnen nutzen diese Konstellation zur Kritik an der Eizellspende, da sie darin den Warencharakter der Spende entlarvt sehen (Bloomington, 1996). Kritiker/innen des Egg-Sharing bezeichnen es als Handel, der sich auf die Bedürfnisse einer verzweifelten Gruppe gründe, die keinen anderen Weg sehe, um an eine Behandlung zu kommen (Liebermann, 2005). Das Singapore Bioethics Advisory Committee äußert, dass es sich um die Möglichkeit einer Ausbeutung von Frauen, insbesondere derer mit begrenzten ökonomischen Mitteln, Sorge (Singapore Bioethics Advisory Committee, 2008, 423).

Die ESHRE Task Force on Ethics and Law schlussfolgert trotz aller mahnenden Stimmen, dass Egg-Sharing akzeptabel sei. Es sollte jedoch innerhalb bestimmter Strukturen stattfinden (Pennings, Wert, Shenfield & Cohen, 2007). Die in Deutschland lebende Frau, welche eine Spende im Ausland in Anspruch nimmt, begibt sich jedoch zumindest nach der Spende aus solchen Strukturen heraus (wenn es sie denn gibt). Erstmals wurde mit Inkrafttreten des deutschen KindRG am 01.07.1998 die Mutterschaft gesetzlich definiert. Das BGB bestimmt im § 1591, dass im abstammungsrechtlichen Sinne die Mutter des Kindes diejenige Frau ist, die das Kind geboren hat. Viele Personen, die in eine Eizellspende involviert sind, sehen das ähnlich.

“(...) all the donors and the recipient couples agreed, that the woman who is pregnant and gives birth to the child should be regarded as the real mother.” (Baetens et al., 2000, S. 482).

Eine Verwandtschaft des Kindes zur Eizellspenderin besteht abstammungsrechtlich demzufolge nicht. Gemäß § 1591 BGB wird die Anfechtung der biologischen Mutterschaft ausgeschlossen. Eizellspenderinnen haben infolge der rechtlichen Lage in Deutschland keine

Ansprüche auf Informationen über ihre genetischen Nachkommen und jene umgekehrt nicht auf solche über die Spenderin.

5.2 Soziodemografische Einordnung der Spenderin und der Empfänger

Im Vergleich ausgewählter Studien und soziodemografischer Erhebungen zeigt sich, dass Spender/in und Empfängerin häufig ähnliche Charakteristiken in Bezug auf ihren ethnischen Hintergrund teilen, auch weisen sie eine ähnliche Religionszugehörigkeit und ein ebenso ausgeprägtes Ausmaß an Religiosität auf. Sie haben oft einen vergleichbaren Ausbildungshintergrund, befinden sich in einer Partnerschaft oder sind verheiratet, haben eigene Kinder und gehören der Mittelklasse an (Fielding, Handley, Duqueno, Weaver & Lui, 1998; Baetens, Devroey, Camus, Van Steirteghem & Ponjaret – Kristoffersen, 2000; Winter & Daniluk, 2004). Die Spender/innen sind jedoch signifikant häufiger vollzeitbeschäftigt und im Durchschnitt elf Jahre jünger (Gürtin, Ahuja, & Golombok, 2012).

Die Spenderinnen sind zumeist im Alter von Mitte zwanzig bis Mitte dreißig (Klock, & Covington, 2010), Rapport (2003); Williams, Stemmler, Westphal, Rasgon (2011). Die Rezipientinnen nehmen nach Angaben unterschiedlicher Studien von durchschnittlich 5,6 Jahren (Söderström – Anttila, Sälevaara, & Suikkari, 2010) bis zu 6-12 Jahre lang reproduktionsmedizinische Unterstützung in Anspruch (Rapport, 2003)., Aus dieser Tatsache resultiert, dass Rezipientinnen einer Eizellspende signifikant älter sind als IVF-Patientinnen (Van Berkel, Candido, & Pijffers (2007) sowie andere Patientinnengruppen in der Reproduktionsmedizin (Murray, MacCallum & Golombok, 2006; Golombok, Murray, Jadv, Lycett, MacCallum & Rust (2006).

Die meisten Spenderinnen leben in einer Beziehung oder sind verheiratet (Van Berkel, Candido & Pijffers, 2007; Yee, Hitkari & Greenblatt, 2007), haben mindestens die mittlere Reife (Yee, Hitkari & Greenblatt 2007) oder eine tertiäre Ausbildung (Gürtin; Ahuja & Golombok, 2012) und gehören einer Religion an (Yee, Hitkari & Greenblatt, 2007).

Eine Studie erstellte ein psychologisches Profil der Spenderinnen und konstatiert, dass sich keine Unterschiede zwischen offenen und anonymen Spenderinnen zeigen. Gemäß der Testdiagnostik (POMS und BDI) waren die Werte der Spenderinnen psychopathologisch unauffällig und signifikant niedriger als bei der Vergleichsgruppe (Williams, Stemmler, Westphal & Rasgon, 2011). 28,6% der Frauen berichteten ein emotionales Trauma in der Vergangenheit. Die einzigen Abweichungen von der Norm zeigten sich auf der Skala Maskulinität/Feminität (die Frauen erfüllten nicht die traditionell feminine Rolle) und Hypomanie (unkonventionell, risikofreudig, extrovertiert) des MMPI. Bei 22,2% der potenziellen Spenderinnen wurde eine „major depressiv disorder“ berichtet. Alle waren deswegen in psychotherapeutischer Behandlung, die Hälfte nahm zusätzlich Medikamente (Klock & Covington, 2010). Wenn man berücksichtigt, dass das Lebenszeitrisiko, an Depressionen zu erkranken, bei 5-18% liegt (Hautzinger, 2005), ist die Rate depressiver Spenderinnen deutlich erhöht.

Klock & Covington (2010) widmeten sich der Frage, welche Spenderinnen ausgeschlossen wurden, und konstatierten, dass 10% wegen medizinischer Bedenken ausschieden, 12% auf eigene Initiative, 11% aufgrund diagnostizierter psychischer Probleme und 8%, weil sie von allen Rezipienten abgelehnt wurden. Frauen mit niedrigem Bildungsstand waren in der Gruppe, die aufgrund psychischer Symptome abgelehnt wurden, überrepräsentiert. Amerikanerinnen afrikanischer Herkunft mit schwarzer Hautfarbe waren in der von Patientinnen aussortierten Gruppe ebenfalls überrepräsentiert; sie umfassten 42% der abgelehnten Spenderinnen, obwohl sie nur 10% des gesamten Samples ausmachten (Klock & Covington, 2010).

Da nun belegt ist, dass sich die Gruppe der Spenderinnen nur in wenigen Aspekten (wie z.B. durch das Alter) von der Gruppe der Rezipientinnen unterscheidet, könnte man (aus Sicht der Verfasserin) die Einwände, dass vorwiegend auf finanziell bedürftige Spenderinnen zurückgegriffen würde (z.B. Berg, 2008), entkräften. Dass die Gruppen (Spenderinnen–Rezipientinnen) einander ähnlich sind, ist jedoch nicht auf zufällige Fügungen zurückzuführen. Vielmehr ist die Ähnlichkeit das Resultat eines bewusst gesteuerten Selektionsprozesses (mehr dazu in Abschnitt 5.7.3), in dessen Verlauf den Rezipienten/Rezipientinnen unähnliche Frauen (wie z.B. solche mit geringem Bildungsstand) aussortiert werden. Möglicherweise ist diese Form der Selektion eine Reaktion auf die in der Presse sehr häufig anzutreffende Kritik an der Instrumentalisierung finanziell und strukturell benachteiligter Frauen.

5.3 Die Motivation der Spenderinnen

In der Befragung von Yee, Hitkari & Greenblatt (2007) nannten alle befragten Spenderinnen als Hauptgrund den Wunsch zu geben und zu helfen. An zweiter Stelle wurde persönliches Wissen um die Infertilitätsgeschichte der Betroffenen als Beweggrund genannt. Schneider (2008) konstatiert, dass allein die Bezahlung für viele Frauen in den USA ein Grund sei zu spenden, da dort Eizellspenden im Verhältnis zu anderen Ländern recht hoch vergütet würden.

Einige Studien zeigen, dass die Spendemotivation von der emotionalen Bindung an die Rezipienten beeinflusst wird, ferner vom eigenen Stand der Familienplanung und den eigenen Erfahrungen mit Elternschaft sowie vom Wunsch zu helfen (Baetens, Devroey, Camus, Van Steirteghem & Ponjaret – Kristoffersen, 2000; Kalfoglou & Gittelsohn, 2000; Winter & Daniluk, 2004; Yee, Hitkari & Greenblatt, 2007). In den Studien von Winter & Daniluk (2004) und Yee, Hitkari & Greenblatt (2007) gaben alle Spenderinnen an, keiner Unbekannten spenden zu wollen. Vereinzelt belegen Studien jedoch, dass bei Spenderinnen eigene Interessen im Vordergrund stehen. So konstatiert Rapport (2003), dass die Motivation befragter Spenderinnen in erster Linie durch deren Interesse an einer günstigeren reproduktionsmedizinischen Behandlung ausgelöst worden sei. Die Rezipienten wurden von diesen Spenderinnen als die (im Verhältnis zu ihnen) Bedürftigeren wahrgenommen, weshalb sie stolz seien, helfen zu können (Rapport, F., 2003).

Der Wunsch nach altruistischer Motivation bzw. der Anspruch, altruistisch zu handeln, ist sehr weit verbreitet (Fielding, 1998). Es besteht jedoch keine Beziehung zwischen Altruismus und Spendebereitschaft (Purewall et al., 2006). Allerdings muss eingeräumt werden, dass Agenturen den (potenziellen) Spenderinnen gelegentlich davon abraten, finanzielle Interessen offenzulegen, was sich im Vergleich zu Samenspenden nicht zeigt (Ameling, 2006). Was das Egg-Sharing angeht, so suggerieren viele Studien, dass das fehlende Bedürfnis nach finanzieller Kompensation als Nachweis einer altruistischen Einstellung gilt (Leeton & Harman, 1986; Ahuja et al., 1997; Pennings, 1997; Ahuja et al., 1999). Sie legen nahe, dass es sich um Altruismus handelt, wenn eine Frau den Wunsch äußert, einer anderen Leben schenken zu wollen (Soderstrom – Anttila, 1995). Ahuja et al. (1999) sagen, dass eine Eizellspende die Gelegenheit bietet, „to encourage compassion and warmth between donors and unknown recipients“ (S. 282). Das Anbieten finanzieller Entschädigung oder anderer

Vorteile müsse nicht unbedingt altruistische Motive untergraben. In Untersuchungen, in denen die Frauen finanzielle Entschädigungen erhielten, gab die Mehrheit dennoch an, die treibende Kraft zur Spende sei der Wille, ungewollt kinderlosen Menschen zu helfen (Ahuja, Mostyn & Simons, 1997; Klock, Stout & Davidson, 2003; Svanberg, Lampic, Bergh & Lundkvist, 2003). Auch in jenen Untersuchungen, in denen Spenderinnen befragt wurden, die bis zu 5000 \$ Entschädigung erhielten, berichteten 88%, dass das Beste an der Spende das Gefühl war, anderen zu helfen (Klock, Stout & Davidson, 2003). Trotzdem vermuten einige Autorinnen/Autoren, dass Frauen die Risiken des medizinischen Eingriffs gegen Vergütung ab einer gewissen Höhe der Entschädigungssumme (z.B. 10.000 \$) nicht mehr angemessen abwägen würden und finanzielle Interessen über andere Bedenken gegen eine solche Spende stellten (Lindheim et al., 2001).

Die meisten befragten Spenderinnen empfanden den Entscheidungsprozess hinsichtlich einer Spende nicht schwierig, lediglich zwei Frauen gaben Schwierigkeiten infolge der Überlegung an, dass sie später an das Kind gebunden sein könnten und inwieweit dies der Fall sein würde (Yee, Hitkari & Greenblatt, 2007).

Während etliche Diskussionen damit befasst sind, ob Spenderinnen instrumentalisiert werden und worin ihre Spendemotivation besteht, hat sich noch kein Diskurs in Bezug auf die Frage etabliert, warum den Rezipientinnen der Einsatz so viel Geld und Energie wert ist. Eine Erklärung könnte sein, dass zahlreiche Frauen die Empfängnis als lang erwartete Krönung einer liebevollen Beziehung sehen. Durch Nachahmungsverhalten werden die traditionelle Rolle der Familie und solche damit verbundenen Wertvorstellungen verfestigt (Price, 1993). Zudem sind Frauen von Geburt an mit einem Mutterideal konfrontiert, dass Fortpflanzung für ihre Identität als elementar erachtet (Price, 1993, S. 80). Schwangerschaft wird als Höhepunkt ihrer Sexualität gesehen und als Zeichen von gelebter Intimität in der Beziehung betrachtet (Cahill, 1996). Manche Frauen fühlen sich vor diesem Hintergrund ohne Nachwuchs unvollständig und investieren daher viel Energie in die Schwangerschaft (Jordan und Revenson, 1999).

5.4 Aufklärung und Beratung der Spenderinnen

Der Eizellspende sollte nach Ansicht von Kentenich & Utz-Billing (2006) eine medizinische Untersuchung der Spenderin vorausgehen, die auch eine Untersuchung auf HIV und Hepatitis B und C beinhaltet. Die Spenderin wird im Zuge der Vorbereitung auf die Spende mit „rekombinanten FSH oder HMG“ stimuliert. Die Zyklen von Spenderin und Empfängerin werden zur Erhöhung der Erfolgsrate synchronisiert. Zu diesem Zweck kommen „GnRH-Agonisten oder -Antagonisten“ zum Einsatz. Es ist aber auch möglich, auf die Synchronisation zu verzichten und die Eizellen, die Vorkernstadien oder die Embryonen einzufrieren und später zu transferieren (Kentenich & Utz – Billing, 2006, S.229). Die Eizellspende ist für die Spenderin bei der Eizellentnahme mit einem (minimal)invasiven medizinischen Eingriff verbunden. Sie sind insbesondere während der hormonellen Stimulation und der Punktion der Eizellen Risiken ausgesetzt.

Die Medikamente, die im Rahmen der Stimulation verabreicht werden, sind in seltenen Fällen mit psychiatrischen Nebenwirkungen assoziiert (Choi et al., 2005). Einige Autoren/Autorinnen berichten, dass GnRH-Agonisten mit steigenden depressiven und Ängstlichkeits-Symptomen assoziiert sind (Toren et al., 1996; Grigorowa, Sherwin & Tulandi, 2006). Andere, die HMG nahmen, berichten psychiatrische Nebenwirkungen wie Irritabilität, Stimmungsschwankungen und depressive Stimmung. Die Stimulation der Ovarien mittels Medikamenten kann mit Symptomen der Stimmung assoziiert sein wie z.B. Irritierbarkeit, Stimmungsschwankungen oder manischen und psychotischen Episoden (Cashman & Sheppard, 1982; Altmark, Tomer & Sigal, 1987; Oyffe, Lerner, Isaacs, Harel & Sigal, 1997; Siedentopf, Horstkamp, Stief & Kentenich, 1997; Parikh & Liskow, 2007; Habreich, 2010). Vor diesem Hintergrund wird befürchtet, dass die Eizellspende in seltenen Fällen latente psychische Störungen zum Ausbruch bringen oder Rückfälle fördern kann (Williams, Stemmler, Westphal & Rasgon, 2011).

Aufgrund der Tragweite des medizinischen Eingriffs erscheint es vonseiten des behandelnden Mediziners/der behandelnden Medizinerin geboten, die Spenderin umfassend über die medizinischen Abläufe, deren Bedeutung und Risiken aufzuklären. Etliche Autorinnen/Autoren weisen darauf hin, dass Spenderinnen nicht immer umfassend über sämtliche potenziellen Komplikationen in Kenntnis gesetzt werden (Gurmankin, 2001; Kalfoglu & Gittelsohn, 2000; Lahl, 2008; Schindele, 2006; Schneider, 2008). Bisher haben nur

wenige Länder Aufnahmeverfahren etabliert, in deren Verlauf Spenderinnen einem psychologischen Testverfahren unterzogen werden (das z.B. ihre psychische Stabilität untersucht). Darüber hinaus wird häufig auf die psychosoziale Beratung der Spenderinnen verzichtet, obwohl Studien zeigen, dass dies erforderlich ist (Kalfoglu & Gittelson, 2000).

Das Ethik-Komitee der American Society for Reproductive Medicine setzt sich für die Belange von Spenderinnen in den USA ein, indem es für deren Bedürfnisse folgende Forderungen aufstellt, die es von den Kliniken einzuhalten gilt (ASRM, 2009):

- 1) Programme müssen das Recht der Spenderin berücksichtigen, Informationen zu rechtlichen, medizinischen und emotionalen Angelegenheiten die Spende betreffend zu erhalten.
- 2) Den Spenderinnen muss deutlich gemacht werden, dass sie eine unabhängige rechtliche Beratung zu jedem Zeitpunkt während der Spende erhalten können.
- 3) Programme sollen Spenderinnen nachdrücklich ermutigen, medizinische Updates zu wichtigen genetischen Angelegenheiten in Anspruch zu nehmen, die für den Nachwuchs von Bedeutung sein könnten. Die Programme sollen ferner über Pläne und Vorhaben hinsichtlich solcher medizinischen Informationen berichten.
- 4) Die Programme sollen berücksichtigen, dass Spenderinnen ein Interesse daran haben könnten, das Ergebnis ihrer Spende zu erfahren, insbesondere dann, wenn der Austausch von Information oder Kontakt zwischen Spenderin und Nachkommen in der Zukunft wahrscheinlich ist.
- 5) Die Programme sollen die Spenderin umfassend über das Spendeprozedere in der Klinik sowie über Informationsaustausch und Kontaktmöglichkeiten informieren. Aber sie sollen Vorsicht walten lassen, da bestimmte Vorhaben nicht garantiert werden können, wenn Gesetze oder persönliche Umstände sich ändern.
- 6) Auch wenn nur wenige Daten hinterlegt sind, sollen Agenturen und Programme über die Möglichkeit einer zukünftigen Kontaktaufnahme von Seiten des Nachwuchses informieren. Spenderinnen sollen ebenfalls umfassend informiert werden über die gegenwärtige Politik der Programme und Agenturen, was die zukünftigen Kontaktmöglichkeiten zwischen Spenderin und Nachkommen angeht.
- 7) Die Programme sollen zur akkuraten Aufzeichnungen bezüglich der Gametenspende verpflichten und Agenturen ermutigt werden, Dateien anzulegen, die Informationen zu den Spenderinnen enthalten. Mithilfe dieser Angaben soll ein Informationsaustausch

zwischen Spenderin und Nachkommen in der Zukunft ermöglicht werden, wenn dies gewünscht ist.

Das Ethik-Komitee der American Society for Reproductive Medicine (ASRM, 2009) insistiert zudem darauf, dass Spenderinnen in Bezug auf alle potenziellen Folgen für die eigene Familienplanung – wie z.B. die Möglichkeit, dass eigene Kinder Halbgeschwister haben könnten, die von den Rezipienten aufgezogen werden – aufgeklärt werden. Auch sollen Spenderinnen über Einzelheiten der Spendeabläufe informiert werden, beispielsweise den Umstand, dass cryokonservierte Embryos auf verschiedene Elternpaare aufgeteilt werden können.

Nach Ansicht von Adsuar et al. (2005) werden Spenderinnen oft unzureichend über die Risiken der medizinischen Behandlung aufgeklärt. Demnach spenden Frauen, die eine Spende ablehnen würden, wenn sie vollständig und umfassend hinsichtlich des medizinischen Eingriffs beraten worden wären. Adsuar et al. (2005) vertreten ferner die Auffassung, dass die Praxis der Informationszurückhaltung einen Typ von Spenderin erzeuge, der bei späterer Aufklärung seine Spende bereuen würde. Raoul – Duval et al. (1992) konstatieren, dass etliche Spenderinnen Stresssymptome in Form von Aggressionen gegenüber dem Klinikpersonal zeigten. Die Ursache dieses Stresses wird von den Autorinnen und Autoren in dem hohen – mit der Spende verbundenen – organisatorischen Aufwand gesehen.

Bei etlichen Programmen, die eine telefonische Beratung anbieten, wurden in der Überprüfung unvollständige und/oder ungenaue Angaben bemängelt (Gurmakin, 2001). Es bestehe die Gefahr, dass das Wohl der Spenderin den Interessen der Empfängerin untergeordnet werde. Um das zu vermeiden, schlagen einige Autoren/Autorinnen vor, die medizinische Behandlung von der Rekrutierung der Spenderin zu trennen und letztere unabhängigen Institutionen zu übertragen (Heng, 2008; Kalfoglou & Geller, 2000). In England, den USA und Frankreich ist dies der Fall. Unabhängige Institutionen werden jedoch, sollten sie sich als kommerzielle Anbieter verstehen, aufgrund ihrer Profitorientierung den Wünschen der Empfänger entgegenkommen und deshalb erst recht den Interessen der kooperierenden Klinik Priorität einräumen.

In zahlreichen Ländern gibt es Organisationen und Berufsverbände, die Qualifikationsstandards sowie Fort- und Weiterentwicklungen anbieten. Zu diesen Ländern

gehören die USA, Großbritannien, Australien/Neuseeland, Lateinamerika, Japan und Deutschland. Die Organisationen sind unter der internationalen Dachgesellschaft International Infertility Counselling Organisation (IICO) vereint und miteinander vernetzt. In Schwellenländern, wie Indien oder osteuropäische Ländern, befindet sich die psychosoziale Versorgung erst im Aufbau oder fehlt völlig. Dies führt dazu, dass in diesen Ländern Patienten/Patientinnen und Eizellspenderinnen kein Angebot für eine psychosoziale Beratung erhalten. Die Beratung der betroffenen Patientinnen ist ebenfalls meist nicht gängige Praxis (Thorn, 2008). In einigen osteuropäischen Ländern besteht zudem große Skepsis gegenüber Beratung, da in früheren Zeiten in anderen Lebensbereichen (Schwangerschaftsabbruch, Scheidung, Einschulung) zur Beratung verpflichtet wurde (Thorn, 2008).

Schover et al. (1991) zeigen in ihrer Untersuchung, dass 91% der Eizellspenderinnen positive Erfahrungen mit der Spende machten, während 8,7 vorübergehende psychologische Probleme angaben. 74% aller Spenderinnen würden wieder spenden. Jordan et al. (2004) kommen zu vergleichbaren Ergebnissen: 79% der Spenderinnen waren zufrieden mit der Spende, und 42% würden erneut spenden.

In der nachträglichen Bewertung der Behandlung von Spenderinnen in einer Studie von Yee, Hitkari & Greenblatt (2007) wurden die hohe Frequenz notwendiger Klinikbesuche (die Autoren/Autorinnen plädieren für Satellitenkliniken) und die Eizellgewinnung als Belastung eingeschätzt, ebenso der hohe Zeitaufwand insgesamt. Die befragten Spenderinnen erachteten den Aufwand dennoch als lohnenswert, da sie Hilfe anbieten konnten und als Spenderin wertgeschätzt wurden. Die meisten Spenderinnen äußerten positive Empfindungen. Wenige negative Einschätzungen beschrieben die eigene psychische Labilität während der Behandlungsphase (wie z.B.: Ich war emotional sehr dünnhäutig oder auf einen negativen Ausgang nicht vorbereitet). Insgesamt waren die meisten jedoch mit dem medizinischen Service zufrieden und fühlten sich gut beraten, wertgeschätzt und gut versorgt. Die psychologische Beratung wurde als sehr hilfreich erlebt (bezüglich der Aufklärungsentscheidung und eigenen Gefühle/Gedanken sowie hinsichtlich der sachlichen Informationsvermittlung und der Gefühle bei Misserfolg), wohingegen einige meinten, sie hätten dieses Angebot nicht gebraucht.

Einige Spenderinnen waren durch den Misserfolg sehr belastet. Eine einzige Spenderin berichtete, dass sie sehr traurig war, nachdem sie das Kind gesehen hatte, da sie fühlte, dass

das Kind 100% ihres ist (Yee, Hitkari & Greenblatt, 2007). Gelegentlich wurden von Spenderinnen auch Zweifel bezüglich der Spende geäußert. Ihre Gedanken kreisten z.B. um die Frage, ob die Rezipienten gute Eltern seien. Solche Überlegungen trieben die Spenderinnen in einer Art Selbstschutz dazu an, lieber nicht über das entstandene Kind und dessen Entwicklung informiert werden zu wollen (Rapport, 2003).

In einer anderen Studie bewerteten 80% der Spenderinnen den Einfluss des Egg-Sharing auf ihr Leben als positiv oder sehr positiv. Ein Wort, welches die Eizellspende aus Sicht der Betroffenen gut beschreibt, ist „rewarding“ (47% der Spender, 33% der Empfänger). Auf die Frage nach einem Wort, das ihre Gefühle bezüglich der Eizellspende bei ihnen ausdrücke, antworteten die meisten „happy“ (78%). Spenderinnen äußerten signifikant häufig Wörter wie „proud“ und „generous“ (Gürtin, Ahuja & Golombok, 2012). Keine Spenderin, deren Spende die Geburt eines Kindes nach sich zog, bereute die Spende im Nachhinein; von den nicht erfolgreichen Spenderinnen bereute es eine Minderheit (9,4%) (Gürtin, Ahuja & Golombok, 2012).

Was die Frage nach der Spendeform betrifft, stimmten 63% der Spender/innen und 58% der Empfänger/innen in der Auffassung überein, dass ein Egg-Sharing den gespendeten Eizellen einer Frau vorzuziehen sei, die ausschließlich für die Spende behandelt werden müsse. 34% der befragten Population war der Ansicht, dass Spenderinnen nicht bezahlt werden sollten, 36% sprachen sich für eine Bezahlung aus.

Viele Spenderinnen wünschten sich, sich mit anderen ehemaligen Spenderinnen auszutauschen, was jedoch nicht möglich war. Zudem wünschten sie sich umfangreicheres schriftliches Aufklärungsmaterial über die Prozedur (Yee, Hitkari & Greenblatt, 2007; Patrick et al., 2001).

5.5 Informations- und Kontaktbedürfnisse bei den Spenderinnen

Was das Mitteilungsbedürfnis von Spenderinnen bezüglich der Spende angeht, ist belegt, dass dieses im Allgemeinen recht hoch ist. Eine Untersuchung von Yee, Hitkari & Greenblatt (2007) ermittelte einen Anteil von 77% Frauen, die noch einer weiteren Person außer dem eigenen Partner von der Spende berichtet hatten, während 23% es niemandem erzählte. In Bezug auf die Rezipientenkinder dachten die Spenderinnen, es sei im Interesse der Kinder,

die Wahrheit zu erfahren. Andererseits hätten ihrer Meinung nach ausschließlich die Eltern des Kindes/der Kinder das Recht zu entscheiden, ob und wie das Kind aufgeklärt werde. Die Autorinnen/Autoren schließen daraus, dass Spenderinnen sehr respektvoll mit den Empfängern/Empfängerinnen umgehen. Die meisten Spenderinnen informierten ihr Umfeld wegen der erwarteten emotionalen Unterstützung und irrten sich diesbezüglich nicht. Keine der Frauen, welche dritte Personen über die Spende informiert hatte, wurde mit einer negativen Reaktion konfrontiert. Ein weiterer Grund war prinzipieller Natur. Man wollte keine Geheimnisse in der Familie haben oder hatte den Wunsch, einfach ehrlich zu sein. Mit 86% Frauen, die einer dritten Person von der Spende erzählt hatten, ließ sich in einer Studie von Kirkland et al. (1992) bereits vor 15 Jahren eine hohe Mitteilungsbereitschaft nachweisen. Das wird auch von Power et al. (1990) gestützt, deren Untersuchung belegt, dass 80% der Spenderinnen Freunden und Verwandten von der Spende berichteten.

Eine Einschränkung bei der Mitteilungsbereitschaft offenbart sich dennoch, denn keine Spenderin informierte die eigenen Kinder über die Spende. Somit zeigen sich bei den meisten Frauen Inkonsistenzen bei der Aufklärung, was die eigenen Kinder, die Allgemeinheit und die Rezipientenkinder betrifft (Yee, Hitkari & Greenblatt, 2007).

Zwar zeigen Spenderinnen ein hohes Maß an Offenheit gegenüber dem persönlichen Umfeld. Dies gilt nach Power et al. (1990) aber nicht in Bezug auf das Empfängerpaar. 75% der Spenderinnen hatten kein Interesse daran, es kennenzulernen (Power et al., 1990). Der Hinderungsgrund für eine Kontaktaufnahme scheint jedoch nicht darin zu liegen, dass die Empfänger/innen persönliche Daten der Spenderin erfahren könnten. Denn in derselben Studie (Power et al., 1990) erwies sich, dass 87% der freiwilligen Spenderinnen auch spenden würden, wenn die Empfänger/innen ihren Namen wüssten. Das galt nicht für solche Spenderinnen, die selbst Patientinnen waren. Von ihnen hätten nur 40% unter Bekanntgabe des eigenen Namens gespendet. Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen ist signifikant. Die Studie von Kirkland et al. (1992) zeigt, dass 63% der freiwilligen Spenderinnen immer noch spenden würden, wenn die Empfänger ihre Namen wüssten.

Die Mehrzahl der Spenderinnen lehnt in älteren Studien für sich selbst ein Wissen um das aus der Spende entstandene Kind ab. In einer Studie von Ahuja et al. (1998) stellte sich heraus, dass nur 8% der Spenderinnen selbst wissen wollten, ob ein Kind infolge der eigenen Spende geboren wurde. Es ergab sich jedoch im Hinblick auf die potenzielle eigene Betroffenheit ein

anderes Ergebnis. 65% der Spenderinnen würden es vorziehen, Kenntnis von der eigenen genetischen Abstammung zu haben, wenn sie selbst einer Eizellspende entstammen würden (Power et al., 1990). Die um etliche Jahre später durchgeführte Studie von Jordan et al. (2004) zeigt hingegen, dass 87,5 % der Spenderinnen gerne das Outcome erfahren hätten. Auch die Erhebung von Görtin, Ahuja & Golombok (2012) im Rahmen eines –Egg-Sharing-Programms verdeutlicht, dass z.B. das Aussehen und die Charaktereigenschaften des Kindes interessierten. 58,4% der Spenderinnen informierten sich, ob die Rezipientinnen ein Kind bekommen hatten oder nicht. Nur 4,7% der Spenderinnen wollten nicht vom Kind kontaktiert werden. Die Autoren/Autorinnen gehen davon aus, dass den Spenderinnen ihre Möglichkeiten von der Klinik nicht ausreichend kommuniziert worden waren.

Das häufig auftretende mangelnde Interesse am Ergebnis der eigenen Spende äußerte sich früher auch in der Ablehnung der Weitergabe von solchen Daten an das Kind, die nicht zu einer Identifizierung geführt hätten. Nur 6% der freiwilligen Spenderinnen hätten ein nicht zur Identifizierung führendes persönliches Profil zur Verfügung gestellt (Ahuja et al., 1998). Von den Spenderinnen, die selbst Patientinnen waren, wären 30% zu einer Preisgabe solcher Daten bereit gewesen (Ahuja et al., 1998). Die Bereitschaft zu einer Kontaktaufnahme mit dem Kind scheint geringfügig stärker ausgeprägt zu sein. In der Untersuchung von Power et al. (1990) leugneten über 80% der Spenderinnen jede Beziehung zum Kind, und über 50% hatten kein Interesse daran, mit dem Kind Kontakt aufzunehmen, wenn es erwachsen sein würde. In der Studie von Kirkland zeigt sich, dass fast die Hälfte der Spenderinnen (46%) eine Kontaktaufnahme zum Kind ablehnte. In diesem Fall gibt eine ähnlich hohe Prozentzahl an Spenderinnen (56% nach Kirkland et al., 1992) an, dass sie die Spenderin nicht kennenlernen wollen würden, wenn sie selbst durch eine Eizellspende entstanden wären. Trotz der recht hohen Anzahl derer, die einen Kontakt zum eigenen genetischen Nachkommen ablehnten, weisen Raoul – Duval (1992) darauf hin, dass etliche Spenderinnen im Nachhinein durch die Anonymität der Spende verunsichert seien. Manche von ihnen sprachen ihre Vorstellung an, dass die eigenen Kinder zu den infolge der Spende entstandenen Halbgeschwistern Kontakt aufnehmen könnten, ohne dass ihnen, den eigenen Kindern, dieser Umstand bewusst wäre/ohne dass sie, die Spenderinnen, davon wüssten.

Görtin, Ahuja & Golombok (2012) zeigten im Rahmen eines –Egg-Sharing-Programms, dass die meisten Spenderinnen nach der Spende wohlwollende Wünsche an die Empfängerinnen richten, unabhängig vom eigenen Behandlungsergebnis. Die am häufigsten geäußerten

Gefühle von Spenderinnen in Bezug auf das Kind sind Neugier und Wohlwollen. Die meisten gehen davon aus, dass dermaßen herbeigesehnte Kinder sehr geliebt werden; zwei Spenderinnen drückten ein trauriges Gefühl darüber aus, dass sie ein mögliches Kind, das ihre Gene haben würde, nicht kennen lernen würden. Nach der Spende verbesserte sich bei 46% der Spenderinnen die Beziehung zu den Rezipienten, bei 46% blieb sie gleich (Yee, Hitkari & Greenblatt, 2007). In der Studie von Gürtin, Ahuja & Golombok (2012) zeigt sich, dass es keine signifikanten Unterschiede zwischen erfolgreichen und nicht erfolgreichen Spenderinnen bezüglich der Frage gibt, wie oft sie über die Rezipienten/Rezipientinnen und deren Kinder nachdachten.

5.6 Informations- und Kontaktbedürfnisse bei den Empfängern

Häufig entwickeln werdende Eltern während der Schwangerschaft Fantasien zum Aussehen und zur Person der Spenderin (Thorn, 2008). Van Berkel, Candido & Pijffers (2007) kommen im Rahmen ihrer Untersuchungen zu dem Ergebnis, dass während der Schwangerschaft 16% der schwangeren Frauen nie über die nicht genetische Mutterschaft nachdenken, 50% der Rezipientinnen denken manchmal daran und 34% denken regelmäßig oder immer an jene Frau. Thorn (2006) konstatiert, dass klinische Erfahrungen mit –DI-Paaren zeigen, dass negative Fantasien über den Spender in der frühen Schwangerschaftsphase immer dann sehr stark ausgeprägt sind, wenn wenig über ihn bekannt ist. Konrad (2005) sowie Stuart – Smith, Smith & Scott (2012) beschreiben eine Tendenz, die unbekannte Spenderin zu simplifizieren. Wenn sie schwierig einzuschätzen sei, tendierten die werdenden Eltern entweder zu einer übermäßig positiven oder zu einer negativen Perspektive. Studien, die direkt nach der Geburt durchgeführt wurden, weisen die Tendenz auf, die Rolle der Spenderin und ihren Anteil an der Zeugung des Kindes zu verringern (Murray & Golombok, 2003; Konrad, 2005; Hallbone, 1991). Murray & Golombok (2003) argumentieren in diesem Kontext, dass die Ansicht, das geborene Kind sei ausschließlich das eigene, dazu verführen könne, dem Kind nichts über die Spenderin zu erzählen. Stuart – Smith, Smith & Scott (2012) konstatieren, dass die Neugier auf die Spenderin insgesamt wuchs, nachdem das Baby geboren war.

Das Ethik-Komitee der ASRM (ASRM, 2009) beschreibt verschiedene Möglichkeits-Level des Informationsaustausches:

LEVEL 1)

Informationen ohne Identifizierungsmöglichkeit

Die Spenderin bietet biografische und/oder medizinische Informationen an, über die ihre Person jedoch nicht identifiziert werden kann.

LEVEL 2)

Kontaktmöglichkeit ohne Identifizierungsmöglichkeit

Die Spenderin erklärt sich einverstanden, sich vom medizinischen Spendeprogramm kontaktieren zu lassen, falls noch weitere medizinische Informationen benötigt werden.

LEVEL 3)

Persönlicher Kontakt ohne Identifizierungsmöglichkeit

Die Spenderin erklärt sich damit einverstanden, Kontakt zum Kind zu unterhalten, wenn dieses in einem bestimmten Alter ist. Sie gibt ihre Identität jedoch nicht preis.

LEVEL 4)

Persönlicher Kontakt mit Identifizierungsmöglichkeit

Die Spenderin erklärt sich damit einverstanden, bei Volljährigkeit des Kindes mit diesem Informationen zu teilen, die es ermöglichen, sie zu identifizieren.

Das Ethik-Komitee der American Society for Reproductive Medicine (ASRM, 2004) äußert zur Frage der Aufklärung der Nachkommen, dass diese Entscheidung einzig den sozialen Eltern obliege. Fortescue (2003) sowie Ahuja, Simons, Nair, Rimington & Armar (2003) sind der Ansicht, dass eine Anonymität der Spenderin alle Betroffenen vor emotionalen Belastungen schütze und deshalb beibehalten werden solle. Von den betroffenen Rezipienten/Rezipientinnen würden (bei einem signifikanten Geschlechtsunterschied) 32% der Frauen und 21% der Männer ein Spendenregister befürworten, 32% der Frauen und 54% der Männer seien dagegen und 35% der Frauen und 24% der Männer seien unentschieden (Peters, M.R.C.P.C.H.; Kantaris, Barnes, Sutcliffe, 2005).

Nun gibt es für die Kliniken von vornherein die Möglichkeit, die Spende anonym oder offen zu gestalten oder vonseiten der Paare (unter gewissen Einschränkungen) Anonymität oder Offenheit zu wählen. Eine Studie von Brewaeys et al. (2005) in den Niederlanden mit 105

Paaren zeigt, dass es tatsächlich Unterschiede zwischen solchen Paaren gibt, die einen anonymen, und solchen, die einen offenen Spender wählen. Die Paare, welche einen anonymen Spender bevorzugen, besitzen häufiger einen geringeren Bildungsgrad und leiden stärker unter ihrer Unfruchtbarkeit. Die Autorinnen und Autoren machen dafür ein in unteren gesellschaftlichen Schichten stärkeres Tabu in Bezug auf männliche Sterilität und die Inanspruchnahme von Reproduktionsmedizin verantwortlich (Brewaeys, de Bruyn, Louwe & Helmerhorst, 2005).

Bei dem Versuch, anhand unterschiedlicher Studien die prozentuale Häufigkeit zu erfassen, nach der sich Rezipienten für eine anonyme oder offene Spende entscheiden, lässt sich feststellen, dass es keine einheitliche Tendenz zu geben scheint. Einige Studien konstatieren, dass sich die Mehrheit für eine offene Spende entscheidet (Baetens, Devroey, Camus, Van Steirteghem & Ponjaert – Kristoffersen, 2000, oder Greenfeld, Greenfeld, Mazure, Keefe & Olive, 1998), während andere Autorinnen/Autoren festhalten, dass die Mehrheit eine anonyme Spende bevorzuge (Applegarth, Goldberg, Cholst, McGoff, Fantini & Zellers, 1995; Kirkland, Power, Burton, Baber & Studd, 1992; Applegarth et al., 1995; Söderström – Anttila, Sälevaara & Suikkari, 2010).

Studien, welche die Präferenzraten für die Entscheidung zur bekannten vs. unbekanntem Spenderin im Vergleich messen, suggerieren, dass es Unterschiede zwischen einzelnen Ländern gibt. Nach Kirkland et al. (1992) wird in England die Anonymität bevorzugt. Nach Baetens, Devroey, Camus, Van Steirteghem & Ponjaert – Kristoffersen (2000) bevorzugen zwei Drittel der Belgier eine bekannte Spenderin. Laruelle, Place, Demeestere, Englert & Delbaere (2011) konstatieren, dass Europäer und Nordafrikaner eher für die anonyme Spende plädieren.

Kirkland et al. (1992) fanden in ihrer Studie heraus, dass 90% der Rezipienten gegen den späteren Kontakt des Kindes zur Spenderin eingestellt waren, während 86% der Rezipienten behaupteten, mehr von der Spenderin wissen zu wollen, wenn sie selbst nach einer Eizellspende geboren wären. Die Wahl einer unbekanntem Spenderin war zumeist von dem Wunsch begleitet, sich sicher zu fühlen und fremdes „Eindringen“ in familiäre Beziehungen zu verhindern (Stuart – Smith, Smith, Scott, 2012).

Einige Autoren/Autorinnen argumentieren, dass dort, wo bekannte (nicht anonyme) Spenderinnen zur Verfügung stehen, mehr Empfänger/innen diese Option wahrnehmen

würden (Baetens, Devroey, Camus, Van Steirteghem & Ponjaert – Kristoffersen, 2000; Greenfeld, Greenfeld, Mazure, Keefe & Olive, 1998). Der/die Autor/in einer englischen Studie (Craft, 2005) stellte sich die Frage, wie Rezipienten und Spenderinnen (die anonym empfangen bzw. spendeten) auf den Verlust der Anonymität reagieren würden. Es zeigte sich, dass

- 36,4% der Spenderinnen nicht gespendet hätten, wenn ihnen die Anonymität nicht zugesichert worden wäre,
- 43,6% der Empfänger sagten, sie würden auch dann noch eine Eizellspende in Anspruch nehmen, wenn die Anonymität wegfiel und
- 53,5% der Empfänger würden eine Eizellspende ablehnen, wenn die Identität der Spenderin offen wäre.

Craft (2005) schlussfolgerte daraus:

The results indicate, that removal of anonymity for egg donors is likely to lead to a further restriction of an already unsatisfactory service to patients requiring donated eggs unless fundamental new initiatives are implemented. (S. 325).

Studien zeigen, dass die Mehrheit der Rezipientinnen die Beziehung zur Spenderin als eng und freundschaftlich betrachtet (Van Berkel, Candido & Pijffers, 2007) und von einer eher harmonischen Beziehung berichtete (Jadva, Casey, Readings, Blake & Golombok, 2011). Die Mehrheit der Mütter äußerte sich zufrieden mit der Rolle der Spenderin (Jadva, Casey, Readings, Blake & Golombok, 2011). Eine weitere Studie ergab, dass 50% die Spenderin als Freundin betrachten, 36% sahen sie als Familienmitglied, 30% ausschließlich als Versorgerin mit einer Eizelle, 14% als genetische Mutter des Kindes (Van Berkel, Candido & Pijffers, 2007). Es bestand kein Unterschied zwischen Spenderinnen und Rezipienten/Rezipientinnen bezüglich der Häufigkeit, mit der sie aneinander dachten (Gürtin, Ahuja & Golombok, 2012). Die Beziehungseinschätzung der biologisch-sozialen Mütter im Hinblick auf ihr Verhältnis zur Spenderin blieb über die Zeit stabil, unabhängig davon, ob es ursprünglich negativ oder positiv bewertet worden war (Van Berkel, Candido & Pijffers, 2007). Eine Studie berichtet von drei Fällen, in denen es zu Konflikten zwischen Spenderin und Empfängerin kam, weil sich die Spenderin (nach Auffassung der biologisch-sozialen Mütter) zu sehr in der Familie der Rezipienten engagierte (Van Berkel, Candido & Pijffers, 2007).

Es scheint nicht verbreitet zu sein, dass eine bekannte Spenderin eine spezifische Rolle als Spenderin für das Kind einnimmt. Eine Studie konstatiert, dass das Kind in 48% der Fälle die Spenderin als Tante und in 25% der Fälle als Freundin der Mutter ansah (Van Berkel, Candido & Pijffers, 2007).

Van Berkel, Candido & Pijffers (2007) zeigen in ihrer Studie, dass 68% der Frauen meinen, die Eizellspende habe gar keinen Einfluss auf die Beziehung zu ihrem Kind. Die Mütter, deren Kind die Spenderin noch nicht kennt, sind (laut der Studie von Gürtin, Ahuja & Golombok, 2012) zumeist ambivalent, was dessen Beziehung zu dieser Frau angeht. Die Mehrheit (57%) der biologisch-sozialen Mütter meinen, sie wüssten nicht, wie sie sich fühlen würden, wenn das Kind die Spenderin kennenlernen wollte. 9% geben zu, dass sie eifersüchtig auf die Spenderin seien, 9% wären verstimmt, und 4% denken, sie würden bestürzt sein. Trotz der Ambivalenz der Mehrheit und trotz etlicher negativ assoziierter Gefühle bei einem geringen Teil der Frauen, stünden 78% dem Kind beim Kennenlernen der Spenderin unterstützend zur Seite, 74% ebenfalls beim Kennenlernen der Halbgeschwister. Der Beweggrund für diese Einstellung ist zumeist idealistischer Art. Die Mehrheit meint, es sei das Recht des Kindes, seine Herkunft zu kennen. Der Unterschied in der Einstellung der Mütter in Abhängigkeit davon, ob das Kind Kontakt zur Spenderin oder zu einem Halbgeschwister aufnehmen will, ist demgemäß nicht signifikant (Gürtin, Ahuja & Golombok, 2012).

Söderström – Anttila, Sälevaara & Suikkari (2010) untersuchten die Kontakthäufigkeit zwischen Spenderin und Kind. Im Rahmen dieser Untersuchung erweist sich, dass von den Spenderinnen aus dem Verwandten- und Bekanntenkreis bei der Mehrheit der Spendebeziehungen regelmäßige Kontakte zwischen Spenderin und Kind in unterschiedlicher Frequenz stattfinden. 6% der bekannten Spenderinnen treffen das Kind einmal pro Woche, 47% sehen es jeden Monat, 35% haben ein paar Mal im Jahr Kontakt, 6% sahen es lediglich einmal, und bei weiteren 6% fand gar kein Kontakt zwischen Spenderin und Kind statt. In zwei weiteren Studien zeigt sich, dass etwa die Hälfte der Mütter bekannter Spenderinnen regelmäßig Kontakt zur Spenderin unterhält (Van Berkel, Candido & Pijffers, 2007; Jadv, Casey, Readings, Blake & Golombok, 2011).

5.7 Ethische Diskurse

Über Eizellspenderinnen werden viele Debatten geführt: Werden sie ausgebeutet? Sollen sie bezahlt werden? Können sie wirklich autonom ihre Zustimmung geben? Sind ihre Körper und Eizellen eine Ware (Waldby und Mitchell, 2006)? In England werden diese Fragen von den folgenden Organisationen diskutiert:

- Nuffield Council on Bioethics (NcoB, 2011)
- Human Fertilisation and Embryology Authority (HFEA, 2011)

Wertheimer (2008) meint, dass das Argument der Ausbeutung in der Diskussion um die Eizellspende oft wie ein Regenschirm benutzt werde. Es transportiere eine zwar eindringliche, aber undifferenzierte Kritik an Eizellspendeschemata. Das Konzept der Ausbeutung werde meist ohne Analyse und Argumentation auf den jeweiligen Sachverhalt angewandt, als ob deren Bedeutung und moralische Wirkung evident wären. Dies sei aber nicht der Fall. Wertheimer (2008) unterscheidet zwischen schädlicher Ausbeutung (bei der einer Partei zum Vorteil der anderen geschadet würde) und gegenseitig vorteilhafter Ausbeutung (bei der eine Partei ggf. etwas mehr als die andere profitiere, aber Einvernehmen darüber bestehe, dass beide einen Vorteil haben). Wertheimer (2008) unterscheidet auch zwischen konsensualer und nicht konsensualer Ausbeutung. Er argumentiert auf dieser Basis, dass es falsch sei, eine Transaktion bereits dann als ausbeuterisch zu betrachten, wenn sie jemandem angeboten werde, der als verletzlich und abhängig gelte – vorausgesetzt, die vorgeschlagene Transaktion sei zumutbar. In den folgenden drei Unterkapiteln soll insbesondere die Frage der Zumutbarkeit diskutiert werden.

5.7.1 Spende und Aufwandsentschädigung

Im Jahr 2007 konstatierte die American Society for Reproductive Medicine (ASRM), dass eine finanzielle Entschädigung von Eizellspenderinnen legitim sei (ASRM, 2007). Eine Studie von 1993 belegt, dass damals bereits 60% der Eizellspendeprogramme eine Zahlung für die Spenderinnen anboten (Mechanick-Braverman, 1993). Etliche Kliniken bevorzugen das Modell mit Bezahlung, weil die Anzahl der Spenderinnen durch die finanzielle Entschädigung steigt, wodurch mehr infertilen Frauen die Möglichkeit erhalten, Kinder zu bekommen. Ein Wegfall der finanziellen Entschädigung reduziert die Anzahl der Spenderinnen stets drastisch (Yee, Hitkari & Greenblatt, 2007).

Das Ethik-Komitee der American Society of Reproductive Medicine (ASRM, 2007) stellte für die finanzielle Entschädigung von Eizellspenderinnen folgende Regeln auf:

- 1) Eine finanzielle Entschädigung für Frauen, die Eizellen spenden, ist ethisch gerechtfertigt.
- 2) Die Höhe der finanziellen Entschädigung soll sich auf die Zeit, die Unannehmlichkeiten und Beschwerden beziehen, die mit dem Screening, der Stimulation und Entnahme der Eizellen zusammenhängen. Eine Entschädigung soll nicht abhängig sein vom Gebrauch der Eizellen, der Anzahl oder Qualität der entnommenen Eizellen, der Anzahl oder dem Ergebnis früherer Spendezyklen, der ethnischen Herkunft der Spenderin oder anderen persönlichen Charakteristiken.
- 3) Bezahlungen für Spenderinnen mit einer Summe von 5000 \$ bedürfen der Rechtfertigung, und Summen über 10.000 \$ sind nicht angebracht.
- 4) Um im Spendeprozess unangebrachte Entscheidungen zu verhindern, sollen Spendeprogramme Beratungen anbieten. Spenderinnen, die durch Rezipienten oder Agenturen rekrutiert werden, sollen den gleichen Beratungsprozess durchlaufen wie diejenigen, die direkt rekrutiert werden.
- 5) Eizell-Sharing-Programme sollen klare Regelungen formulieren und umsetzen. Diese Regelungen sollen Eignungskriterien für Teilnehmerinnen enthalten und Regelungen dafür, wie Eizellen zugewiesen werden (...).
- 6) Behandelnde Ärzte/Ärztinnen haben bezüglich Eizellspenderinnen die gleichen Pflichten wie gegenüber anderen Patientinnen. Die Programme sollen einen gerechten Service und faire Bezahlung für Spenderinnen anbieten.
- 7) Die Programme sollen einen Versicherungsschutz für Spenderinnen installieren, um Spenderinnen abzusichern, die aufgrund der Spende mit medizinischen Komplikationen konfrontiert werden.

Laut der Ethik-Kommission der American Society of Reproductive Medicine (ASRM, 2007) wirft die finanzielle Entschädigung einer Eizellspende zwei ethische Fragen auf:

- 1) Können Programme, die eine monetäre Entschädigung beinhalten, die Interessen der Spenderin schützen?
- 2) Entwertet eine finanzielle Kompensation menschliches Leben, indem es Eizellen wie Besitz oder eine Ware behandelt?

Ein möglicher Lösungsansatz, um diesem Problem zu begegnen, wäre, die finanzielle Entschädigung einzustellen und andere, nicht monetäre Modelle zu etablieren.

In principle there should be no payment for the donation of biological material. The intrinsic value of a gift, a way of showing solidarity, is higher than the positive utilitarian consequences of paying and obtaining more material. (Shenfield et al., 2002, S. 1408)

Als die Eizellspende zugänglich wurde, gab es drei Typen von Spenderinnen:

- 1) Frauen, die selber eine IVF in Anspruch nahmen und von den eigenen Eizellen diejenigen abgaben, die „übrig“ waren;
- 2) Frauen, die einen chirurgischen Eingriff hatten und parallel hormonell stimuliert wurden. Während der (für die Patientin medizinisch notwendigen) Operation wurden die Eizellen entnommen.
- 3) Spenderinnen, die freiwillig spendeten, ohne selbst involviert zu sein.

Die Möglichkeit der Cryokonservierung bewog Patientinnen der Gruppe 1 dazu, die Eizellen selbst zu behalten, da man sie für den späteren Gebrauch einfrieren konnte. Die Frauen der zweiten Gruppe begannen sich aufgrund der hormonellen Stimulation zunehmend der Spende zu entziehen. Wegen des zeitgleich gestiegenen Bedarfes an Eizellen wurde es attraktiver, Spenderinnen für ihre Spendebereitschaft zu entlohnen (ASRM, 2007). Ein Argument vonseiten des Ethik-Komitees der American Society of Reproductive Medicine (ASRM, 2007) für eine Bezahlung ist zudem, dass Spenderinnen wegen der Spende viele Unannehmlichkeiten hätten und schon deshalb entschädigt werden sollten. Eine Bezahlung sei mit der einer beruflichen Anstellung vergleichbar, in der Menschen ebenfalls für Zeit und Einsatz entlohnt würden (ASRM, 2007 b).

Ein Modell der unentgeltlichen Eizellspendepraxis ist das bereits in Kapitel 5.1.2 diskutierte – Egg-Sharing. Gelegentlich funktionieren Programme, die dieses Modell anbieten, nicht völlig ohne Bezahlung. In der Londoner “Women’s Clinic” können Spenderinnen einer Eizelle z.B. für 1700 £ – statt wie üblich 5000 £ – eine IVF oder ICSI erhalten.

Eizellspendeempfängerinnen, die nicht selber spenden, zahlen 6000 £ für eine Eizellspende inklusive Behandlung (Gürtin, Ahuja & Golombok, 2012).

Ein Land mit völlig unentgeltlicher Spendepraxis ist Kanada. Im März 2004 verabschiedete die Kanadische Regierung den „Assisted Human Reproduction Act (AHR Act)“, um das stetig wachsende Feld der Reproduktionsmedizin zu regulieren (House of Commons of Canada, 2005). Dieses Gesetz verbietet jegliche finanzielle Entschädigung der Spenderinnen. Grund dafür ist die Sorge um Ausbeutungsmöglichkeiten finanziell benachteiligter Frauen (Royal Commission on New Reproductive Technologies, 1993; Health Canada, 2004, 2005). Angesichts dieser Rahmenbedingungen sind infertile Paare dazu übergegangen, sich ihre eigene Spenderin zu suchen, da die Kliniken lange Wartelisten führen (Health Canada, 2004). Für die Kliniken ist es schwer, ausschließlich altruistische Spenderinnen zu finden, weswegen sie sich zunehmend darauf verlassen, dass die Empfänger/innen selbst eine Spenderin suchen. Diese Spenderinnen sind i.d.R. Frauen, die den Empfängern/Empfängerinnen bekannt sind, eine freundschaftliche Beziehung zu ihnen haben oder mit ihnen verwandt sind. Die intrafamiliäre Spende ist in Kanada die häufigste Form der Eizellspende, auch deswegen, weil sich viele Rezipienten von der Spenderin ein ähnliches äußeres Erscheinungsbild und Charakteristiken wünschen (Fielding, Handley, Duqueno, Weaver & Lui, 1998; Baetens, Devroey, Camus, Van Steirteghem & Ponjaret – Kristoffersen; Winter & Daniluk, 2004). Ein weiterer Lösungsversuch zur Umgehung der langen Wartelisten ist der sogenannte Reproduktionstourismus; viele Kanadier/innen fahren zur Inanspruchnahme einer reproduktionsmedizinischen Behandlung in die USA (Heng, 2007), wo die Spende hauptsächlich mit finanzieller Aufwandsentschädigung praktiziert wird.

Andere Länder haben die Eizellspende mit finanzieller Aufwandsentschädigung eingeführt. Eine bezahlte Spende folgt den Gesetzen von Angebot und Nachfrage und ist marktwirtschaftlich orientiert (Gorill, Johnson, Patton & Burry, 2001). So erhöhten einige amerikanische IVF-Zentren ihre Aufwandsentschädigung von 2500 \$ auf 5000 \$, um genügend Spenderinnen anzuziehen. Daraufhin gaben deutlich mehr Frauen an, ihre Eizellen aus finanziellen Motiven abzugeben (Klock et al., 2003). Es wird befürchtet, dass eine erhöhte oder hohe Aufwandsentschädigung eine übermäßige Versuchung darstellen könnte, die auch die Möglichkeit beinhalten würde, dass Risiken von Überstimulation und Eizellpunktion ausgeblendet werden (Lindheim et al., 2001).

Eine Untersuchung von Inseraten, in denen nach Spenderinnen gesucht wurde, ergab, dass in Printmedien und bei Internetauftritten zum Teil bis zu 50.000 \$ für die Eizellen einer Spenderin angeboten werden. Die Initiative geht meist von Paaren oder Agenturen aus, die

Eizellen von Frauen mit bestimmten physischen, kulturellen und/oder intellektuellen Eigenschaften suchen (ASRM, 2007). Solch hohe „Entschädigungssummen“ könnten Frauen zum Spenden motivieren, ohne dass sie dabei die eigene Gesundheit oder die Bedürfnisse der eigenen Kinder im Auge behalten (ASRM, 2007). Einen weiteren Grund, derartig hohe Entschädigungssummen abzulehnen, sieht das Ethik-Komitee (ASRM, 2007) darin, dass sie – gesellschaftlich gesehen – die Geburt von Personen mit bestimmten sozial erwünschten Eigenschaften fördern könnten, was eine Form der positiven Eugenik darstellen würde. Unter solchen Voraussetzungen würden Kinder zu Objekten, deren Würde und eigener Wert übergeben würden (ASRM, 2007). Der gänzliche Wegfall einer finanziellen Entschädigung würde jedoch weibliche Spenderinnen gegenüber männlichen Spendern benachteiligen, da männliche Spender wie selbstverständlich und für eine weitaus weniger riskante Prozedur finanziell entschädigt werden. Andererseits ist es möglich, dass der Druck, den ein finanzieller Anreiz darstellt, dem Druck, aus Altruismus nahen Angehörigen zu spenden, in nichts nachsteht (ASRM, 2007). Eine andere Befürchtung des Ethik-Komitees der ASRM (ASRM, 2007) ist, dass sehr junge Frauen aufgrund ihres Alters (und der damit unterstellten verbundenen Unreife) die psychologischen und rechtlichen Konsequenzen einer Eizellspende unterschätzen könnten. Aus diesem Grund hat das Komitee bereits 2006 empfohlen, ausschließlich Spenderinnen zuzulassen, die 21 Jahre oder älter sind (ASRM, 2006).

Ob Egg-Sharing oder Spende mit Aufwandsentschädigung – letztendlich entscheiden sich die Frauen selbstständig dafür, ihre Eizellen zu spenden. Auch wenn eine Spende physische und psychologische Risiken enthält, rechtfertigt dies nach Ansicht der American Society of Reproductive Medicine (ASRM, 2007) keine Interventionen, die die eigene Entscheidung von erwachsenen Frauen untergraben.

5.7.2 Instrumentalisierungsargumentation

In angelsächsischen Ländern sehen liberale feministische Gruppierungen die Eizellspende durchaus als Praktik zum Abbau stereotyper Geschlechterverhältnisse und als Strategie zur Vervielfältigung von Familienformen. In Europa und insbesondere in Deutschland lehnen Feministen/Feministinnen die Eizellspende jedoch rigoros mit dem Argument ab, dass damit das Tor zur Enteignung der Schwangerschaft geöffnet würde (Graumann & Schneider, 2004). In Großbritannien und Deutschland stellen feministische Gruppen, die sich mit Aspekten der

Bioethik auseinandersetzen, die gesundheitlichen Risiken für die Spenderin (z.B. das Überstimulationssyndrom) in den Vordergrund. Sie sehen die Gefahr der Ausbeutung und Instrumentalisierung, die insbesondere Frauen in osteuropäischen Ländern betreffe (Bergmann, 2011).

Die für die EU geltende Geweberichtlinie schreibt eine freiwillige und unentgeltliche Spende von Gewebe und Zellen vor. Über eine Kompensation für Ausgaben und Aufwendungen können die jeweiligen Länder entscheiden.⁵⁹ Selbst Experten/Expertinnen in der Beratung zum Thema Kinderwunsch, wie z.B. Thorn (2008), argumentieren, dass die kommerzielle Eizellspende aufgrund des Wohlstandsgefälles zwischen Deutschland und vielen osteuropäischen Ländern durchaus eine Gefahr der Ausbeutung berge (Thorn, 2008).

Graumann (2008) beschreibt die Eizellspende als ethisch problematisch, weil sie mit einem drittnützigen Eingriff einhergeht. Zur Rechtfertigung einer Eizellspende sollte der Nutzen für die Empfänger/innen ihrer Auffassung nach größer sein als die Belastungen und Risiken, welche die Spenderinnen auf sich nehmen. Dass dies nicht der Fall ist, demonstriert Graumann (2008) jedoch Schritt für Schritt. Im ersten Schritt spricht sie der unerfüllten Kinderlosigkeit den Krankheitsstatus ab, auch wenn ihr eine Krankheit zugrunde liegen kann.

Feststellen muss man aber dennoch, dass es sich bei einem unerfüllten Kinderwunsch um ein subjektives Leiden handelt, dass nicht objektiv behandlungsbedürftig ist. (S. 179)

Im zweiten Schritt schlussfolgert Graumann (2008), dass der Interessentin an einer Eizellspende ohne Krankheitsstatus der Anspruch auf eine Behandlung nicht legitim erscheint, da er der Spenderin unverhältnismäßig mehr als ihr selbst als Rezipientin abverlangt.

Mit Blick auf das ärztliche Handeln ist das als Körperverletzung zu werten, die nicht durch einen Beitrag zum Wohlergehen der Person, die verletzt wird, aufgehoben werden kann. (S. 180)

Zur Unverhältnismäßigkeit auf der medizinischen Ebene gesellt Graumann (2008) eine ökonomisch-kulturelle Differenz. So seien die Rezipientinnen zumeist „ältere Frauen“ der

⁵⁹ Richtlinie 2004/23/EG des europäischen Parlaments und des Rates zur Festlegung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards für die Spende, Beschaffung, Testung, Verarbeitung, Konservierung, Lagerung und Verteilung von menschlichen Geweben und Zellen v. 31.03.04, Abl. Nr. L. 102/48.

Mittelschicht reicher Länder und die Spenderinnen oft junge, ökonomisch schlechter gestellte Frauen aus ärmeren Ländern mit geringer oder fehlender gesetzlicher Regulierung.

„Damit entsteht eine neue Form eines Ausbeutungsverhältnisses, das gängige Vorstellungen von sozialer Gerechtigkeit verletzt.“ (S. 182/183). Das Argument der Instrumentalisierung ökonomisch weniger privilegierter Frauen vertritt auch Berg (2008):

Frauen aus weniger wohlhabenden, armen oder den ärmsten Ländern geben die Eizellen ab, um ihren Lebensunterhalt aufzubessern. Das betrifft Spenderinnen aus südosteuropäischen Ländern, den GUS-Staaten, Russland oder dem Baltikum ebenso wie arme Frauen aus Lateinamerika oder Afrika. Ökonomisch abhängige Frauen ermöglichen so zum einen Frauen in reichen oder reicheren Ländern mit ihrer Eizellspende die Chance auf ein Kind, jedoch keineswegs allen, die eine Eizellspende benötigen, sondern den finanziell Privilegierten. Auf diese Weise wird die Ungleichheit unter Frauen vertieft und die Ausbeutung armer und abhängiger Frauen verstärkt. (Berg, 2008, S. 252 - 253)

Darüber hinaus argumentiert Graumann (2008), dass die finanziellen Interessen der Kliniken dem Schutz der Rechte der Spenderinnen unvereinbar gegenüberstünden. Beispielsweise könnten Kliniken ein mangelndes Interesse an einer adäquaten Aufklärung der Spenderin haben, um sie nicht gegen die Spende aufzubringen.

Schneider & Herrmann (2005) fordern ein europaweites Verbot der Nutzung und des Handels mit menschlichen Eizellen. Sie sind der Ansicht, Verfahren der Eizellspende griffen ausschließlich auf Abhängigkeiten und ökonomische Notlagen von Frauen zurück.

Sie würden die reproduktiven Fähigkeiten von Frauen instrumentalisieren, indem sie

- Frauen durch finanzielle Anreize oder Behandlungsvorteile motivierten und
- sich auf ökonomisch unterprivilegierte und abhängige Frauen konzentrierten.

Andere kritische Stimmen sagen, dass diese Perspektive Spenderinnen auf „passive objects at the mercy of global capitalism“ reduziere (Nahman, 2008, S. 67).

Eine Betrachtungsweise, in der von und für die betroffenen Frauen gesprochen werde, ohne dass man mit diesen selbst spreche, gebe den Betroffenen keine Gelegenheit, sich selbst zu vertreten und gegenüber dieser feministischen Perspektive zu behaupten (Bergmann, 2011). Diese Problematik vergleicht Bergmann (2011) mit der Debatte um osteuropäische Sexarbeiterinnen, die von NGO's in ähnlicher Weise dargestellt würden.⁶⁰

⁶⁰ Nachzulesen z.B. bei Rutvica Andrijasevic (2007).

Die oben diskutierte These von Graumann (2008) bezüglich der ökonomisch-kulturellen Differenz zwischen Spenderinnen und Rezipienten erscheint der Verfasserin dieser Arbeit als Teil einer kulturellen Praxis, die osteuropäische Frauen stereotypisiert. Mit der Repräsentationsform des Stereotypisierens werden gesellschaftlich erzeugte Differenzen essentialisiert, naturalisiert und festgeschrieben (Hall, 1997). Graumann (2008) wiederholt nicht nur eine populäre Darstellungsformel (deutscher Text- und Bildproduktion) über osteuropäische Migrantinnen, sondern ebenso deren asymmetrisches Verhältnis zur deutschen Bevölkerung, die z.B. auch in etlichen deutschen Filmen (wo z.B. der Polin mehrheitlich die Rolle der Putzfrau zugewiesen wird) zu finden ist. So kann diese Form feministischer Positionierung (aus Sicht der Verfasserin) als Technik gelesen werden, welche die eigene Gruppe als die der souverän Handelnden zulasten anderer darstellt, obwohl genau entgegengesetzte Verhältnisse (z.B. geschäftstüchtige polnische Kliniken beuten bedürftige deutsche Kinderwunschpatientin aus) ebenso logisch konsistent dargestellt werden könnten.

Haines, Taylor & Turkmendag (2012) interviewten 29 freiwillige Spenderinnen, 21 Egg-Share-Spenderinnen und 17 Klinikangestellte im Hinblick auf die Frage, ob sie das System der Eizellspende mit Ausbeutung und Instrumentalisierung in Verbindung bringen würden oder sich selbst ausgenutzt fühlten. In ihren Antworten verwehrten sich die meisten Spenderinnen gegen die Ansicht, dass sie ausgebeutet würden, und verwiesen stets auf das Moment der selbstständigen Entscheidung. So berichtet eine Spenderin im Rahmen des –Egg-Sharing-Systems:

I think it's not exploitation at all (...) it's helping people who otherwise wouldn't do it, it's not likesomebody's got their arm twisted up their back, forcing them into it, it's their decision (...) we phoned the hospital. It's our decision. (S. 1205/1206)

Die Aussage einer freiwilligen Spenderin lautet:

(...) I had seen, it wasn't pushed or anything, it was just informative (...) If someone's desperate and they can't afford a full cycle they may decide to do that, when they don't really want to, but that's still their choice. The centre's not forcing them. (S. 1207)

Gürtin, Ahuja & Golombok (2012) stellten Spenderinnen ebenfalls die Frage, ob eine Eizellspende ihrer Meinung nach das Potenzial zur Ausbeutung beinhalte. Es zeigte sich, dass erfolgreiche Frauen signifikant häufiger die Behauptung ablehnen, dass Egg-Sharing-

Spenderinnen ausbeute (92,5% vs. 62,5%). Auf alle Spenderinnen bezogen verneinen 87,5% einen ausbeuterischen Hintergrund, während es im Fall der Empfänger/innen 75,7% sind. Allein 4,2% der Spenderinnen und 5,4% der Empfängerinnen stimmten der Vorstellung zu, dass das Instrumentalisierungspotenzial vorhanden sei.

Aus Sicht der Verfasserin lautet eine entscheidende Frage: Darf man einer Frau zumuten, für Geld einen Dienst zu erbringen, zu dem sie aufgrund ihres Körpers in der Lage ist? Ist dieser Dienst entwürdigend, und werden durch Inanspruchnahme dieses Dienstes nicht finanziell benachteiligte Menschen ausgenutzt und instrumentalisiert? Das sind wichtige und berechtigte Fragen, die den sensiblen Bereich der menschlichen Würde antasten. Aber genau deshalb ist es von Bedeutung, nicht in Schwarz-Weiß-Pauschalitäten zu verfallen. In Deutschland ist es z.B. eine als „normal“ akzeptierte Tatsache, dass die Gesellschaft Leistungen, für welche Personen den eigenen Körper nutzen und körperliche Gefahr/en in Kauf nehmen, in Anspruch nimmt. Dies gilt für jede Art von physischen, oftmals gefährlichen Arbeiten, wie sie beispielsweise von Soldaten/Soldatinnen, Models, Bauarbeitern/Bauarbeiterinnen, Lagerarbeitern/Lagerarbeiterinnen, Bergbauarbeitern/Bergbauarbeiterinnen, Leistungssportlern/Leistungssportlerinnen, Arbeitern/Arbeiterinnen der Eisen- und Stahlindustrie oder Sprengmeistern/Sprengmeisterinnen täglich geleistet werden. Dieses Phänomen gesellschaftlicher Akzeptanz schwerer körperlicher Arbeit findet sich nicht nur in dem gegenwärtigen Wirtschaftsmodell der sozialen Marktwirtschaft in der BRD, sondern galt auch z.B. für das realsozialistische Modell der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik, ist also nahezu unabhängig von der Wirtschaftsordnung eines Landes. Selbstverständlich bergen alle oben genannten Berufe eine Missbrauchsgefahr. Hinsichtlich der Frage der Würde hat für alle zu gelten, dass der Leistungsgeber seinen Dienst auf freiwilliger Basis anbietet. Selbstverständlich sollte für diesen Dienst ein adäquater Tauschwert akzeptiert sein. Andernfalls erscheint es unmoralisch, allein auf den Altruismus des Anbieters bzw. hier der Spenderinnen zu verweisen, denn auch altruistische Gefühle würden im Interessen der Rezipienten (aus)genutzt werden.

Warum die oben genannten etablierten Erwerbsberufe in Deutschland gesetzlich legitimiert sind und von der Mehrheit unter moralischen Aspekten toleriert werden, die Eizellspende hingegen verboten und moralisch diskreditiert wird, erscheint der Verfasserin im direkten Vergleich unplausibel. Eine Eizellspenderin sollte nach physischer und sicher auch emotionaler Belastung im Rahmen einer reproduktionsmedizinischen Behandlung ebenso eine

finanzielle Entschädigung wie auch unterstützende Begleitung und die Möglichkeit der Nachsorge erhalten wie andere Menschen, deren Körpereinsatz unter Inkaufnahme von Gefahren zum beruflichen Alltag gehört.

5.7.3 Anwerbung und Auswahl von Spenderinnen

Das Internet ist ein sehr wichtiges Forum für die Kontaktaufnahme zu Spenderinnen (White, 2006). Keehn et al. (2012) führten eine Studie in der Absicht durch, die Compliance von klinikeigenen Spendeprogrammen oder denen von unabhängigen Agenturen mit sämtlichen Richtlinien der ASRM zu überprüfen. Im Jahr 2010 wurden dazu systematisch 207 Webseiten untersucht, die Gesuche nach Eizellspenderinnen enthielten und die Abläufe eines Spendeverfahrens beschrieben.

In der Auswertung zeigte sich, dass 25% der Webseiten nicht SART- und ASRM-genehmigt waren. 74% der Webseiten erwähnten die ethischen Richtlinien der ASRM hinsichtlich des finanziellen Ausgleichs nicht. 25,6% der Klinikwebseiten von ASRM-Mitgliedern und Webseiten von Agenturen, welche die SART-Übereinkunft unterschrieben haben, boten eine höhere Bezahlung für bestimmte Spenderinneneigenschaften an und widersetzten sich damit den Richtlinien der ASRM.⁶¹ Es ist, wie oben beschrieben (ASRM, 2009), ebenfalls Aufgabe der behandelnden Mediziner/innen, über Risiken und Voraussetzungen umfassend aufzuklären. 56% der Webseiten diskutierten jedoch keine kurzfristigen Risiken, 77% erwähnten keine emotionalen oder psychologischen Risiken, 92% erwähnten nicht das potenzielle Risiko der zukünftigen Sterilität. Im Vergleich zeigte sich anhand der Studie, dass Webseiten, die für explizite Eigenschaften eine höhere Entschädigung zu zahlen bereit waren, eher Agenturen angehörten.

In der Untersuchung stellte sich zudem heraus, dass die am meisten präferierte Eigenschaft der Spenderinnen deren früherer Spendeerfolg war. Dies halten die Autoren/Autorinnen (neben der Tatsache, dass dies den ethischen Richtlinien der ASRM widerspricht) für ethisch bedenklich, weil es

⁶¹ Eine ethische Richtlinie der American Society for Reproductive Medicine (ASRM, 2007) besagt (wie im Kapitel 5.7.1 im Gesamtzusammenhang dargestellt), dass eine Entschädigung nicht vom Gebrauch der Eizellen, der Anzahl oder Qualität der entnommenen Eizellen, der Anzahl oder dem Ergebnis früherer Spendezyklen, der ethnischen Herkunft der Spenderin oder anderer persönlicher Charakteristiken abhängig sein sollte.

- Fertilität als Eigenschaft bewertet,
- Spenderinnen dazu motiviert, die Prozedur zu wiederholen (z.B. ist auf manchen Webseiten die Bezahlung um 500\$ für jede erfolgreiche vorangegangene Spende angehoben).

Eine große Anzahl von Kliniken/Agenturen war mit den Richtlinien des Ethik-Komitees der American Society for Reproductive Medicine (ASRM, 2007) auch hinsichtlich anderer Kriterien nicht compliant. So agierten 34% der Kliniken/Agenturen mit Entlohnungsunterschieden in Abhängigkeit von den Eigenschaften der Spenderin. Von den 194 Klinikseiten rekrutierten lediglich 53% die Spenderinnen online und skizzierten die Aufwandsentschädigung nur oberflächlich. Von diesen Seiten verbreiteten 34% den Standpunkt, sie würden Spenderinnen mit bestimmten Eigenschaften eine höhere Entschädigung zahlen. Auf weiteren 15% der Seiten wurden bestimmte Eigenschaften als besonders wünschenswert oder für Rezipienten/Rezipientinnen als optional auf Nachfrage diskutiert. 51% der Webseiten sprachen Eigenschaften überhaupt nicht an. Auf den Seiten, die Eigenschaften ansprachen, war bei 80% von einem früherem Spendeerfolg die Rede, bei 42% wurde der Ausbildungsstand erwähnt, bei 43% ein ethnischer Hintergrund, und bei 28% ging es um kreative oder sportliche Fähigkeiten, bei 16% um das äußere Erscheinungsbild und bei 8% um standardisierte Testwerte. Trotz der unteren Altersgrenze von 21 Jahren akzeptierten 41% der Kliniken/Agenturen jüngere Spenderinnen. Manche Kliniken/Agenturen (22%) schufen über die Richtlinien der ASRM hinaus eigene Ausschlusskriterien wie z.B. eine untere Grenze des Bildungsgrades, womit sie gering gebildete Frauen vom Spendepool ausschlossen.

Die Zahlung für bestimmte Eigenschaften schafft Ängste mit Blick auf die Eugenik und soziale Ungleichheiten bezüglich genetischer Voraussetzungen. Darüber hinaus weckt sie bei den Eltern unzulässige Erwartungen, die diese an ihre ungeborenen Kinder stellen (Holland, 2001). Die Zahlung für kognitive, körperliche oder künstlerische Eigenschaften verstärkt somit ein inakkurates Wissen über Genetik, weil bisher unbewiesen ist, dass diese Eigenschaften genetisch bedingt sind (Steinbock, 2004) – mit Ausnahme von kognitiven Fähigkeiten (Lind, Luciano, Horan, Marioni, Wright & Bates, 2009).

“This lack of compliance with ethical guidelines raises concerns as it suggests possible exploitation of donors (...) and selective valuation of human traits.” (Keehn et al., 2012, S. 999/1000)

Gorill, Johnson, Patton & Bury (2001) zeigen, dass von 315 Frauen, die sich zur Spende vorstellten, nur 12% in den aktiven Pool aufgenommen wurden. Das heißt jedoch nicht, dass allen übrigen Spenderinnen vonseiten der Klinik der Zugang zum Spendepool verwehrt wird. Vielmehr legt die Studie zur Rekrutierung von Spenderinnen (Gorrill, Johnson, Patton & Bury, 2001) dar, dass nur 12% der Spenderinnen, die sich über die Möglichkeit zu spenden erkundigt hatten, aktiv wurden. Murray & Golombok (2000) berichten von drei Vierteln der Bewerberinnen. Levy, Minjarez, Weaver, Keller, Surrey & Schoolcraft (2007) fanden heraus, dass der häufigste Grund für die Zurückweisung einer Spenderin seitens der Klinik in Belangen ihrer psychischen Gesundheit lag. Die Autorinnen/Autoren konstatieren eine Quote der Zurückweisung von 24%.

Es ist mittlerweile in einigen Kliniken üblich, die potenziellen Spenderinnen einer psychologischen Testung zu unterziehen, um die Passung von Spenderinnen in verschiedene Programme zu überprüfen (nach Klock & Covington, 2010; Schover, Collins, Quigley, Blankstein & Kanoti, 1991; Lessor, Cervantes, Connor, Balmaceda & Asch, 1993; Riddle, Applegarth, Josephs, Grill, Cholst & Rosenwaks, 2004; Klock, Stout & Davidson, 1999; Klock & Covington, 2007; Lee, Cho, Berkeley, Licciardi, Noyes & Grifo, 2008). Lessor, Cervantes, Connor, Balmaceda & Asch (1993) untersuchten die Profile von 95 Spendeinteressentinnen und beschrieben die Profile als insgesamt konventionell, durchschnittlich und frei von Psychopathologie. Riddle, Applegarth, Josephs, Grill, Cholst & Rosenwaks (2004) untersuchten 90 MMPI-Profile von Frauen, die ihrer Schwester spendeten. Die Frauen zeigten auf den Skalen „Maskulinität/Femininität“ und „Paranoia“ signifikant höhere Werte als die Allgemeinbevölkerung. Die Werte lagen jedoch nicht im pathologischen Bereich. Stout & Davidson (1999) untersuchten 150 Eizellspendeinteressentinnen. Sie fanden in den Subskalen signifikante Unterschiede zwischen denen, die spendeten, und denen, die wegen psychischer Belange ausgeschlossen wurden. Diejenigen, welche für die Spende akzeptiert wurden, berichteten weniger psychologische Symptome und waren defensiver in ihrer Testteilnahmeinstellung. Auf den klinischen Skalen berichteten Frauen, die nicht akzeptiert wurden, mehr depressive Symptome, Zwanghaftigkeit, eigentümliches Denken und soziale Introversion. Studien zeigen, dass Afroamerikanerinnen in Fertilitätskliniken unterrepräsentiert sind. Wenn sie Zugang zum Gesundheitsservice haben, warten sie länger auf ihre Behandlung (Jain & Hornstein, 2005; Jain, 2006). Clock & Covington (2010)

vermuten, dass sie nicht gewählt werden, weil es zu wenig schwarze Rezipientinnen gibt und sie von den Rezipienten mit weißer Hautfarbe abgelehnt werden.

Nicht nur Mediziner/innen, sondern auch Rezipienten/Rezipientinnen stellen Selektionsforderungen. Die meisten Rezipientinnen (denen dies von der Klinik/Agentur ermöglicht wird) suchen die Spenderin anhand ihrer medizinischen/genetischen Geschichte, Ethnie, Persönlichkeit und Intelligenz aus (Baetens, Devroey, Camus, Van Steirteghem & Ponjaert – Kristoffersen, 2000; Lindheim, Kavic & Sauer, 2000; Lindheim & Sauer, 1998). Je nach persönlichem Hintergrund scheinen sich unterschiedliche Präferenzen aufzutun. Lindheim, Kavic & Sauer (2000) konstatieren, dass ältere Rezipienten/Rezipientinnen Intelligenz als wichtiger einstufen, während physische Attraktivität für jüngere Patienten/Patientinnen wichtiger ist. Lindheim und Sauer (1998) beschreiben, dass die Patienten/Patientinnen vorwiegend lange überlegen und auf eigene Bedürfnisse abgestimmte Entscheidungen treffen. In seltenen Fällen lehnen Rezipienten/Rezipientinnen Spenderinnen sogar wegen der „falschen“ Religion ab oder weil sie nicht kosmopolitisch genug seien; auch kommt es vor, dass die Spenderinnen nach Gewicht, Körpergröße, Krankheiten, Gesichtsfarbe, Familiengeschichte, Charaktereigenschaften und Bildungsgrad selektiert werden (Lindheim und Sauer, 1998).

Viele Autoren/Autorinnen schließen sich der Kritik an einer Selektion nach Eigenschaften an, nehmen jedoch die Zuordnung nach Ethnie (zwischen Spenderin und Rezipientin) davon aus. Keehn et al. (2012) beispielsweise äußern diese Ansicht und konstatieren darüber hinaus, dass es unvermeidbar sei, dass für Spenderinnen mancher Ethnien mehr Geld gezahlt werden müsse, weil sie seltener seien, seltener spendeten und daher „nachdrücklicher“ motiviert werden müssten.

However paying a premium for characteristics such as ethnicity, is a different story, as it is completely understandable, that parents often would want children to be of the same race as them. (Keehn et al., 2012, S. 997)

Bergmann (2011), der die Handlungspraxen in diversen Fertilitätszentren in Spanien untersuchte, stellt fest, dass die Spender-Empfänger-Zuordnung stets an phänotypischen Merkmalen festgemacht wird, wie z.B. der Hautfarbe, Augenfarbe, Haarfarbe, Größe, Gewicht und Blutgruppe. Spanische Kliniken rekrutieren sehr aktiv Migrantinnen aus Russland als Spenderinnen, um britischen, skandinavischen und deutschen Patienten/Patientinnen phänotypisch ähnliche Spenderinnen anbieten zu können. Aus diesem

Grund finden sich insbesondere Studentinnen und osteuropäische Migrantinnen unter den spanischen Spenderinnen (Bergmann, 2011). Viele Patientinnen und Patienten akzeptieren dieses Matching nach dem Phänotyp. Die Frage der optischen Ähnlichkeit ist für sie teilweise sogar sehr bedeutsam, weil sie die Spende geheim halten wollen.

Otherwise they would see their projekt of completing a family (modeled on “natural” procreation with their own biogenetic substance) as potentially endangered by identifying practices and resemblance talk. (Bergmann, 2011, S. 286)

Patientinnen und Patienten, die auf die Auswahl einer Spenderin nach dem Kriterium der Ähnlichkeit zum eigenen Phänotyp keinen Wert legen, können sich aufgrund der gängigen Praxis von der Klassifikation nicht frei machen. In Ländern wie Spanien sind Kliniken durch das Gesetz verpflichtet, phänotypische Ähnlichkeit zwischen Spender/in und Empfängerin zu garantieren. Es wird argumentiert, dass dieses Matching den Empfängerfamilien helfe, wie eine normale Familie auszusehen. *“Physical appearance can serve as social legitimacy.”* (Mamo, 2007, S. 218).

Insgesamt macht das anonyme Klinik-Matching-System die Geheimhaltung einfacher, ohne die naturalisierte heterosexuelle Kernfamilie herauszufordern (Bergmann, 2011).

Die Auswahl der Spenderin nach ihrem Phänotyp stabilisiert in Kombination mit der garantierten Anonymität der Spenderin eine Kultur der Maskierung gegenüber dem Ersetzen durch Simulierung von biogenetischer Vererbung und Verwandtschaft (Bergmann, 2011, S. 286).

Die Aufgabe der Medizin besteht nach Ansicht der Verfasserin in der Heilung von Erkrankungen bzw. der Linderung von Leid. Die Reproduktionsmedizin kann dem Bedarf ungewollt Kinderloser mithilfe unterschiedlicher Verfahren nachkommen und den Betroffenen zur Fortpflanzung verhelfen. Eine Selektion nach dem Phänotyp der Spenderin zur Simulierung biogenetischer Verwandtschaft und kultureller Normalität geht jedoch weit über den Heilungsauftrag hinaus und darf (nach Ansicht der Verfasserin) nicht in den Aufgabenbereich von staatlichen Institutionen (wie es bei Krankenhäusern zum Teil der Fall ist) gestellt werden. Selektionsprozesse, die von den Rezipienten/Rezipientinnen ausgehen, verfolgen entweder dasselbe Ziel wie die der selektierenden Mediziner/innen. Sie dienen dem Normalisierungsprozess in der reproduktionsmedizinisch unterstützten Familienplanung. Oder sie sind darauf ausgerichtet, bestimmte Eigenschaften und Begabungen (wie z.B.

musikalische Begabung oder Intelligenz) unabhängig von der Ausprägung dieser Eigenschaften und Begabungen bei den sozial-biologischen Eltern gezielt zu fördern. Zu unterscheiden sind drei Varianten der Selektion:

- Mediziner/innen sorgen für ein Matching von Spenderin und Empfängerin nach dem Phänotyp,
- Empfänger/innen sorgen für ein Matching von Spenderin und Empfängerin nach dem Phänotyp oder
- Empfänger/innen suchen gezielt eine Spenderin nach Eigenschaften aus, die sie beim eigenen Kind fördern möchten, oder lehnen Spenderinnen ab, die nicht über die gewünschten Eigenschaften verfügen.

Setzen sich diese drei Möglichkeiten innerhalb einer Gesellschaft durch, würde dies die Geburt von Nachwuchs mit sozial erwünschten Eigenschaften fördern und auf diese Weise die Chancengleichheit aller Heranwachsenden verringern; das soziale Gefälle würde ansteigen. Zu dieser Problematik kommt hinzu, dass angesichts der notwendigen finanziellen Beteiligung der Betroffenen nicht alle Bevölkerungsschichten gleichermaßen Zugang zur reproduktionsmedizinischen Unterstützung haben.

6 Gegenstand der Untersuchung

6.1 Fragestellung

Deutschland ist eines der wenigen europäischen Länder, in denen eine Eizellspende nicht erlaubt ist. Gesetzlich verankert ist das Verbot im Embryonenschutzgesetz (ESchG)⁶² vom 13.12.1990. Hingegen ist die Eizellspende in etlichen Nachbarländern Deutschlands entweder gesetzlich erlaubt oder unregelt⁶³, was bedeutet, dass diese Behandlungsform dort praktiziert wird. Gleichwohl machen in Deutschland zahlreiche Reproduktionsmediziner/innen (Spiewak, 2011), Online-Initiativen von Betroffenen⁶⁴ sowie Expertinnen⁶⁵ und Experten Paare mit unerfülltem Kinderwunsch und entsprechender medizinischer Indikation auf die Eizellspende im benachbarten Ausland als Behandlungsoption aufmerksam und unterstützen sie in der Umsetzung.

Doch die Zeit, da Ärzte sich vor einer Anzeige fürchteten, ist vorbei. So gut wie jede deutsche Kinderwunschpraxis hat eine Adresse im Ausland parat, an die sich ein Paar wenden kann, wenn es hierzulande nicht mehr weiterkommt. Die deutschen Ärzte schicken Befunde an ihre ausländischen Kollegen, telefonieren mit ihnen über Hormonwerte und Ultraschallbilder. (Spiewak, 2011)

Beispielsweise⁶⁶ kann eine Berliner, welche infolge der Strahlentherapie im Rahmen einer Krebserkrankung keine eigenen Eizellen mehr bilden kann, von ihrer Ärztin auf die Möglichkeit aufmerksam gemacht werden, mithilfe einer Eizellspende doch noch eine Schwangerschaft zu erreichen. Sie recherchiert daraufhin gemeinsam mit ihrem Partner im Internet⁶⁷, wo sie nicht nur Adressen von Kliniken/Zentren und Sachinformationen zum Ablauf der Spende finden kann, sondern auch die Option hat, im Forum mit anderen Betroffenen Bedenken auszutauschen und Hintergrundinformationen zu Handlungspraxen in

⁶² Gesetze zur künstlichen Befruchtung. Gesetz zum Schutz von Embryonen. (Embryonenschutzgesetz – ESchG). [Online]. Verfügbar unter: <http://members.aol.com/kiwunsch/gesetze/ESchG.html>. [25.04.2007].

⁶³ Nähere Informationen zur Rechtslage der einzelnen Länder bezüglich der Eizellspende können der „Tabelle 2: Gesetzeslage hinsichtlich der Eizellspende im Ländervergleich“ in Kapitel 2.2 entnommen werden.

⁶⁴ z.B. z.B. www.eizellspende.de [Zugriff am 11.03.14]

⁶⁵ Bei einer Expertin handelt es sich um Dr. Petra Thorn, die mit Schwerpunkt auf psychosozialer Kinderwunschberatung als Familientherapeutin tätig ist. Sie führt zudem Fort- und Weiterbildungen für psychosoziale und medizinische Fachkräfte durch und beteiligt sich am interdisziplinären wissenschaftlichen Austausch.

⁶⁶ Dieses fiktive Beispiel ist eine zusammenfassende Typologie, die auf der Basis der Interviews mit Rezipientinnen einer Eizellspende erstellt wurde.

⁶⁷ z.B. unter www.eizellspende.de [Zugriff am 11.03.14]

ganz bestimmten Kliniken/Zentren zu erhalten. Da die Eizellspende in einer 50km weit entfernten polnischen Stadt praktiziert wird, zieht das Paar in Erwägung, dort eine Spende in Anspruch zu nehmen.

Tatsächlich fahren viele in Deutschland lebende Paare zur Behandlung ins benachbarte Ausland. Dieses Phänomen des Reproduktionstourismus bzw. reproduktiven Reisens ist im Kapitel 2 näher beschrieben. Fazit dieser Praxis ist: Das deutsche Verbot erreicht in zahlreichen Fällen nicht sein intendiertes Ziel. Diejenigen Paare, welche sich einer Behandlung im Ausland unterziehen, agieren jedoch in einer juristischen Grauzone. Als sogenannte „hidden population“ werden sie (bezogen auf Deutschland) nicht offiziell erfasst und daher keinem breiteren Diskurs zugeführt. Diese Lücke soll die vorliegende Dissertation schließen helfen.

Da in Deutschland lebende Paare, die im Ausland eine Eizellspende in Anspruch nehmen, von der Forschung noch gänzlich unbeachtet sind, erscheint es notwendig, zunächst eine grundsätzliche Kategorisierung (Typenbildung) vorzunehmen und deshalb z.B. den soziodemografischen Hintergrund der Betroffenen zu erfassen. Ebenso soll der persönliche Rahmen festgehalten werden, in dem die Entscheidung zur Eizellspende heranreift und realisiert wird.

Zentrale Fragestellung dieser Arbeit soll jedoch sein, welchen Umgang Eltern mit der Information über die genetische Herkunft ihres Kindes zeigen. Die Beweggründe der befragten Frauen werden hinsichtlich drei Personen(gruppen) erfasst:

- zum einen hinsichtlich des aus einer Eizellspende entstandenen/entstehenden oder des potenziellen bzw. geplanten Kindes,
- zum anderen in Bezug auf die Spenderin
- und zuletzt mit Blick auf die eigene Familie und das weitere soziale Umfeld.

Im Hinblick auf das Kind soll erfasst werden, ob die Empfänger/innen geplant haben, ihr Kind von dessen Art der Entstehung in Kenntnis zu setzen. Darüber hinaus wird erfragt, welche Beweggründe für die getroffene Entscheidung eine Rolle spiel(t)en und wie der Weg der Entscheidungsfindung verlief.

In Bezug auf die Eizellspenderin ist von Interesse, ob es ein Kontaktbedürfnis (bzw. eine Ablehnung des Kontakts) der biologischen Mutter gegenüber der Spenderin gibt. Hat die Rezipientin (Des)Interesse an Informationen über die Spenderin?

Was die Familie sowie das weitere soziale Umfeld betrifft, soll zusammengetragen werden, welche Person/en von der Eizellspende in Kenntnis gesetzt werden und welche Beweggründe dafür ausschlaggebend sind.

Die Ergebnisse dieser Erhebung sollen (in Kombination mit den theoretischen Diskursen) zum einen Experten/Expertinnen im Rahmen psychosozialer Kinderwunschberatung über die Gruppe derer informieren, die eine Eizellspende in Anspruch genommen haben. Die Informationen können auf Sensibilitäten dieser Bevölkerungsgruppe hinweisen und einen Einblick in deren Psychodynamik und Bedarf liefern. Zum anderen wird Empfängern/innen einer Eizellspende und Personen, die sich überlegen, eine Eizellspende in Anspruch zu nehmen, mit dieser Studie ermöglicht, einen Überblick über die Umgangsstrategien anderer Betroffener in ähnlichen Situationen zu gewinnen; zudem werden ihnen Orientierungsmöglichkeiten (u.a. bei der Entscheidung darüber, ob und wie sie das eigene Kind bezüglich seiner genetischen Herkunft aufklären möchten) offeriert.

6.2 Auswahl und Zugang zur Stichprobe

6.2.1 Eingrenzung der Teilnehmerinnenpopulation

Die Untersuchung beschränkt sich auf heterosexuelle Frauen, die in einer Partnerschaft leben oder verheiratet sind und gemeinsam mit ihrem Partner ein (weiteres) Kind haben möchten. Frauen, die in einer gleichgeschlechtlichen Beziehung leben oder alleinstehend sind, wurden aus der Untersuchung ausgeschlossen. Der Grund liegt darin, dass eine alleinstehende Frau aufgrund ihres Beziehungsstatus nicht den Samen eines Lebensgefährten in die Behandlung einbeziehen kann; sie müsste auf einen Spender zurückgreifen. Ein lesbisches Paar befände sich ebenfalls in einer Situation, in der es zusätzlich zur Spenderin der Eizellen auf einen Samenspender zurückgreifen müsste. Das reproduktionsmedizinische Verfahren, in dessen Rahmen sowohl gespendeter Samen als auch gespendete Eizellen eingesetzt werden, wird als Embryospende (Johnson, 2012) bezeichnet und könnte aufgrund der Andersartigkeit des

medizinischen Verfahrens sowie anderer sozialer Implikationen nicht ohne Weiteres mit der Eizellspende verglichen werden.

Die empirische Datenerhebung umfasst Frauen, die in Deutschland leben und eine Eizellspende im Ausland in Anspruch genommen haben. Es wurden Frauen in die Untersuchung einbezogen,

- die mittels Eizellspende bereits Mutter geworden waren,
- die durch diese Behandlung zum Befragungszeitpunkt schwanger waren,
- bei denen nach der Eizellspende zum Befragungszeitpunkt keine Schwangerschaft nachweisbar war.

6.2.2 Rekrutierung der Interviewpartnerinnen

Die meisten Frauen, die eine Eizellspende in Anspruch genommen haben oder planen, dies zu tun, suchen das Internet auf, um sich zum Thema zu informieren oder sich mit anderen Betroffenen auszutauschen⁶⁸. Für viele Rezipientinnen sind Internetforen vermutlich die einzige Informationsquelle, denn das Thema Familienbildung mit Eizellspende ist noch nicht umfassend in die Arbeit von Beratungsangeboten/Beratungsstellen und therapeutischen Settings integriert.

Auf den Internetseiten

- www.eizellspende.de,
- www.klein-putz.net,
- www.wunschkind.net und
- www.fertinet.de

wurden beginnend mit dem 01.05.07 bis zum 16.01.08 kontinuierlich in unregelmäßigen Abständen Postings (mit einer Darstellung der Studie und Motivation zur Teilnahme) in thematisch passende Unterforen eingestellt. Zunächst konzentrierte sich die Suche ausschließlich auf Interviewpartnerinnen. Zeitgleich wurden postalisch einmalig vier Reproduktionsmediziner/innen angeschrieben und darum gebeten, einen Handzettel (mit einer

⁶⁸ Diese Information wurde den Interviews mit Empfängerinnen einer Eizellspende entnommen.

Darstellung der Studie und Bitte um Teilnahme) entweder im Wartezimmer auszulegen oder ihn betroffenen Paaren im Gespräch persönlich zu übergeben.

Bis zum 31.08.2007 wurden fünf Interviews geführt. Auf der Grundlage der Antworten dieser fünf Interviews und des schriftlichen Austauschs zum Thema „Aufklärung des Kindes“ im Internetforum www.eizellspende.de⁶⁹ wurde ein Fragebogen mit Ankreuzoption⁷⁰ erstellt.

Am 16.01.2008 ging die Homepage www.eizellspende-dissertation.de online.

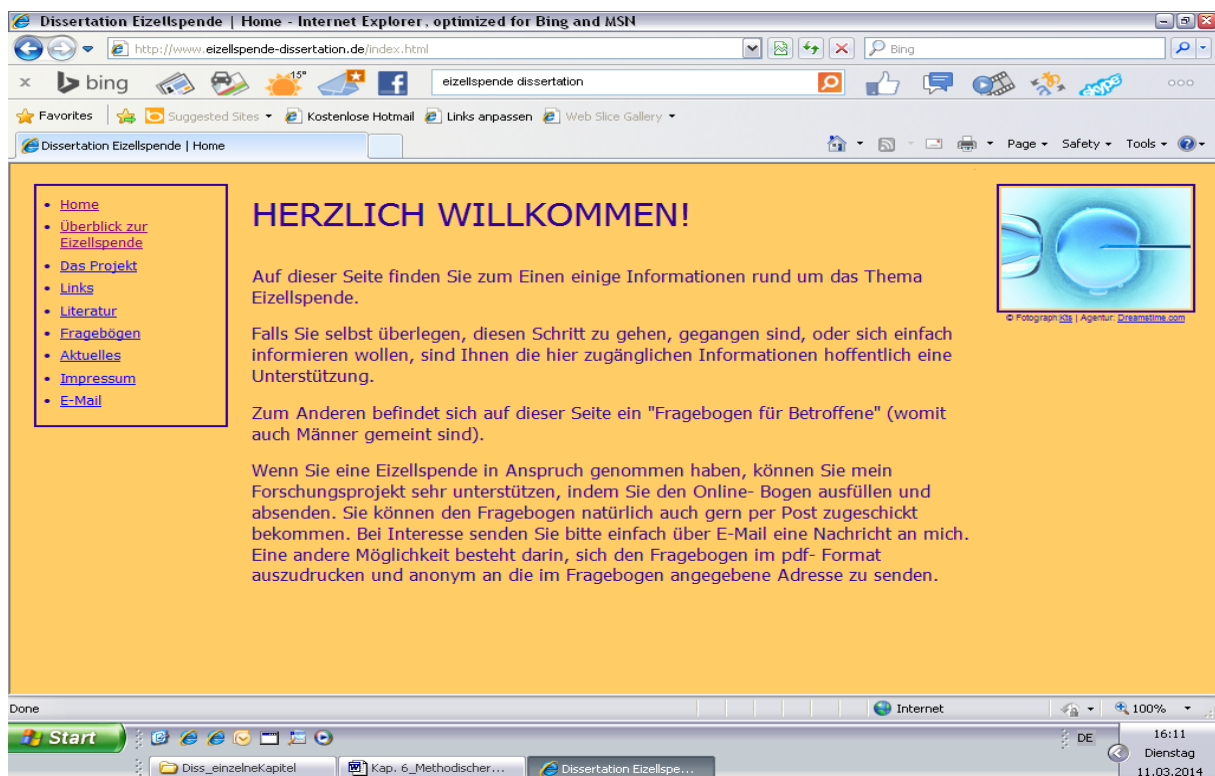


Abbildung 5 : Webseite zur Dissertation – Startseite (www.eizellspende-dissertation.de)

[zuletzt aufgerufen am: 11.03.14]

Die Seite enthält eine Darstellung des Dissertationsvorhabens und für Betroffene relevante Informationen das Thema Eizellspende betreffend. Die Homepage umfasst zudem eine Rubrik „Aktuelles“, in der Workshops und Veranstaltungen angekündigt oder Themen wie „Eizellspende und Ansteckungsgefahr mit AIDS“ sowie neue rechtliche Entwicklungen

⁶⁹ Unter <http://www.eizellspende.de/forum/index.php?board=63.0> befindet sich ein Ordner mit der Aufschrift „Pro und Contra“, der mehrere Diskussionsstränge und Beiträge zur Frage enthält, ob man das Kind aufklären solle oder nicht. [letzter Zugriff am 11.03.14]

⁷⁰ Nähere Informationen zur Konstruktion des Fragebogens sind unter Kapitel 8.1.1 zu finden

vorgestellt werden. Eine umfangreiche Liste mit thematisch verwandten Links zu anderen seriösen Webseiten soll eine erweiterte Orientierungs- und Informationsmöglichkeit für Interessierte darstellen. Das Hauptanliegen, diese Webseite zu installieren, lag darin, Rezipientinnen/Rezipienten einer Eizellspende zum Ausfüllen des Fragebogens zu motivieren.

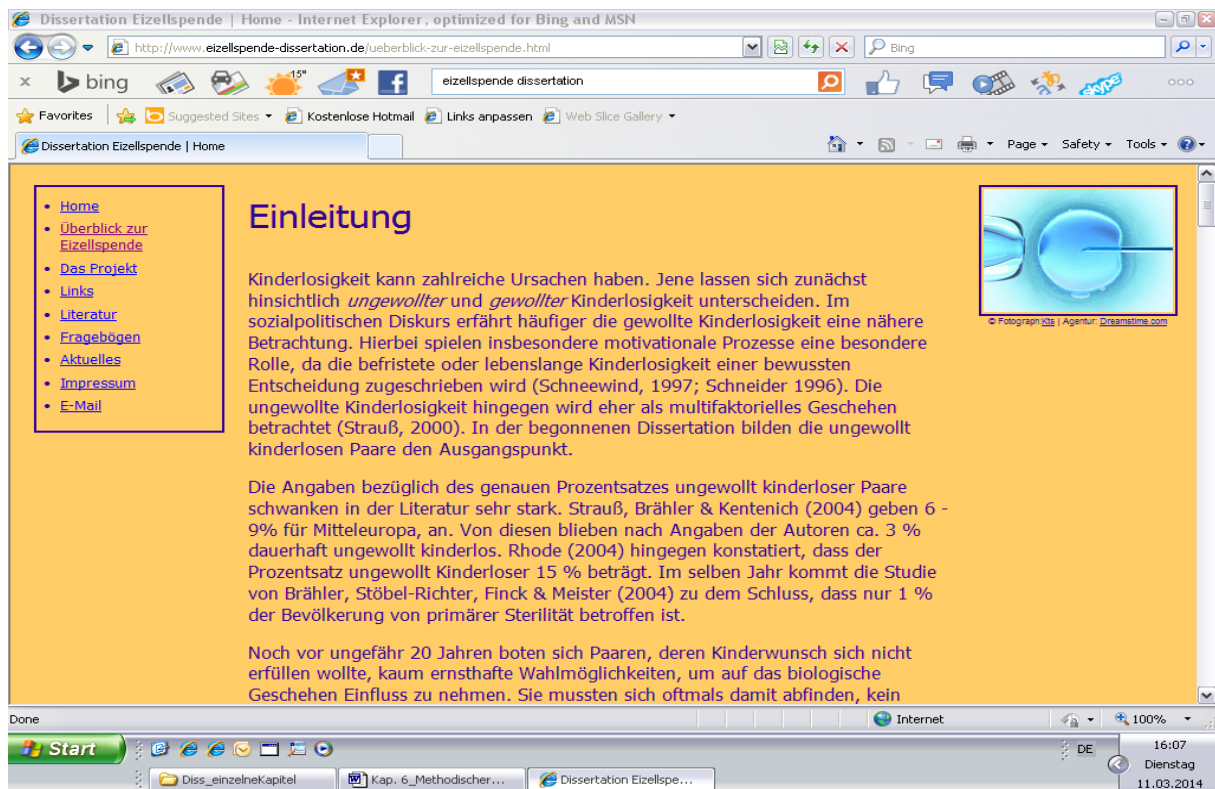


Abbildung 6 : Webseite zur Dissertation – Einleitung (www.eizellspende-dissertation.de)

[zuletzt aufgerufen am: 11.03.14]

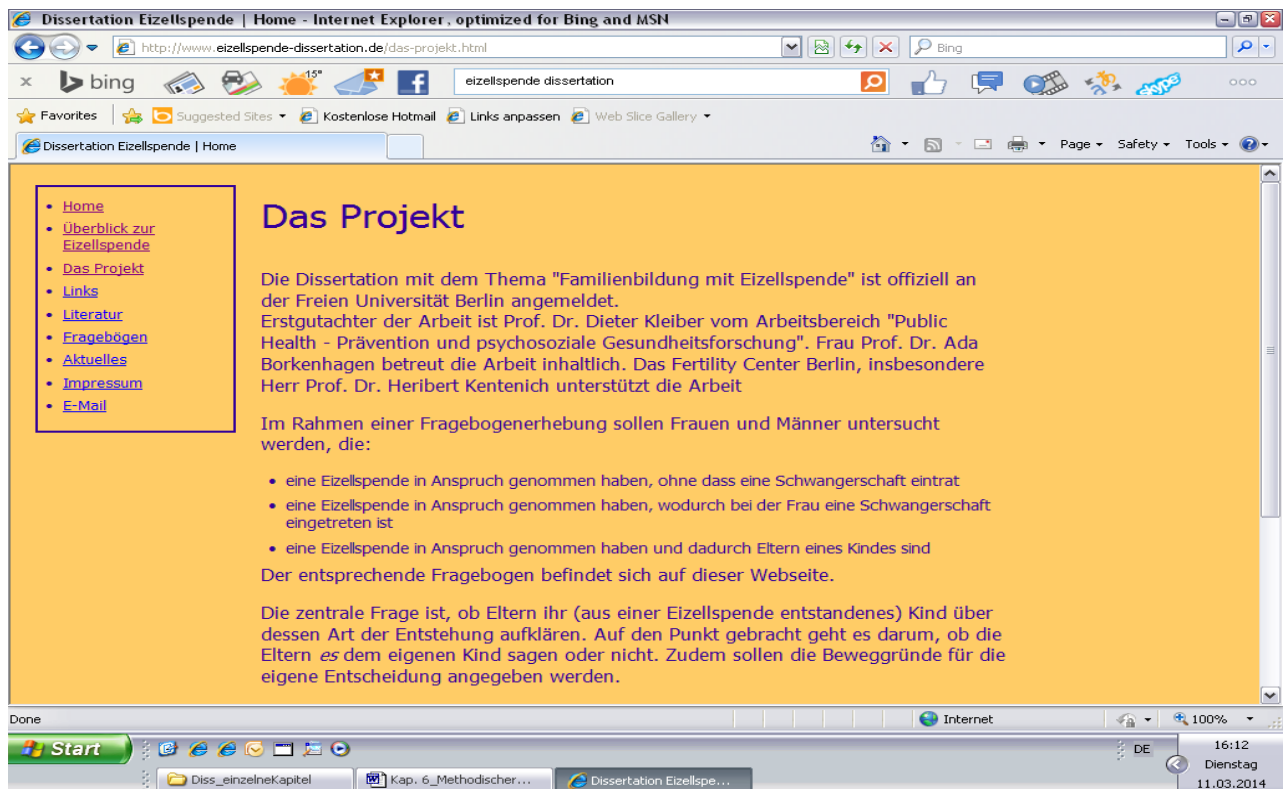


Abbildung 7 : Webseite zur Dissertation – Das Projekt (www.eizellspende-dissertation.de)
 [zuletzt aufgerufen am: 11.03.14]



Abbildung 8 : Webseite zur Dissertation – Links (www.eizellspende-dissertation.de)
 [zuletzt aufgerufen am: 11.03.14]

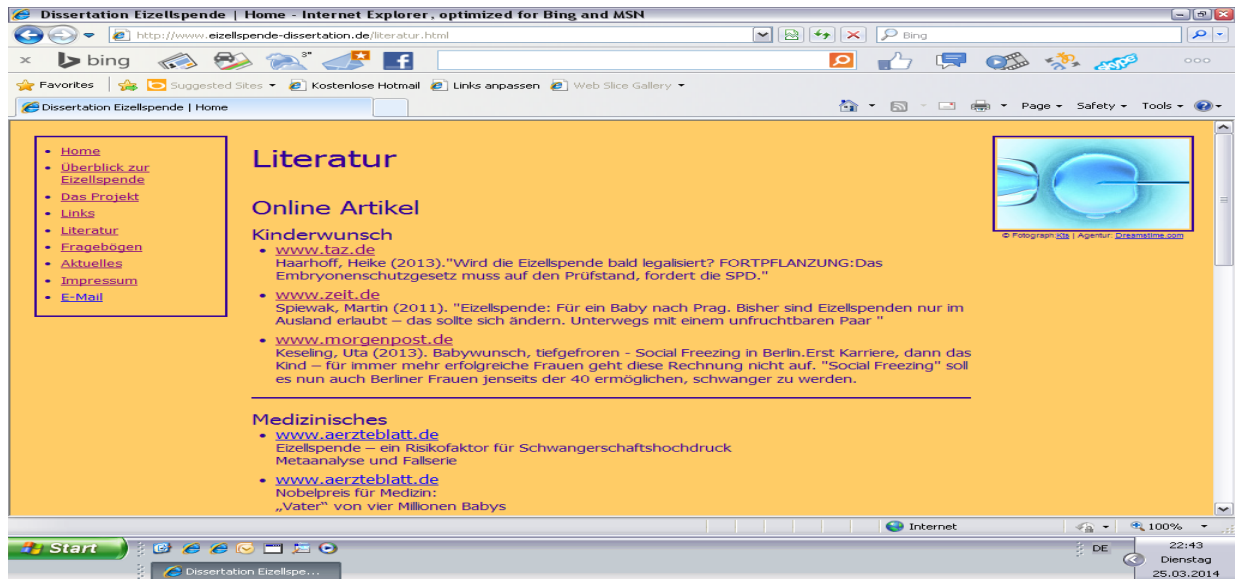


Abbildung 9 : Webseite zur Dissertation – Literatur (www.eizellspende-dissertation.de)

[zuletzt aufgerufen am:25.03.14]

Der Fragebogen selbst befand sich als PDF- wie auch als Online-Version auf der Homepage. Zur Vermeidung von Missbrauch war die Online-Version ausschließlich mittels eines Passwortes zugänglich. Dieses Passwort mussten Personen, die den Fragebogen ausfüllen wollten, per E-Mail bei der Autorin erfragen. Der online ausgefüllte Fragebogen ging per anonymer E-Mail bei der Autorin ein. Das bedeutet, jede E-Mail hatte den gleichen Absender. Die Autorin der Studie hatte damit nicht die Möglichkeit, die E-Mail-Adresse des Absenders des Fragebogens zurückzuverfolgen. Auf diese Weise konnte die Anonymität des Absenders gewährleistet werden. Der Fragebogen im PDF-Format enthielt die Postadresse des Sekretariates von Prof. Dr. Dieter Kleiber am Fachbereich „Public Health: Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung“. An diese Adresse konnte der ausgefüllte Fragebogen anonym gesandt werden.

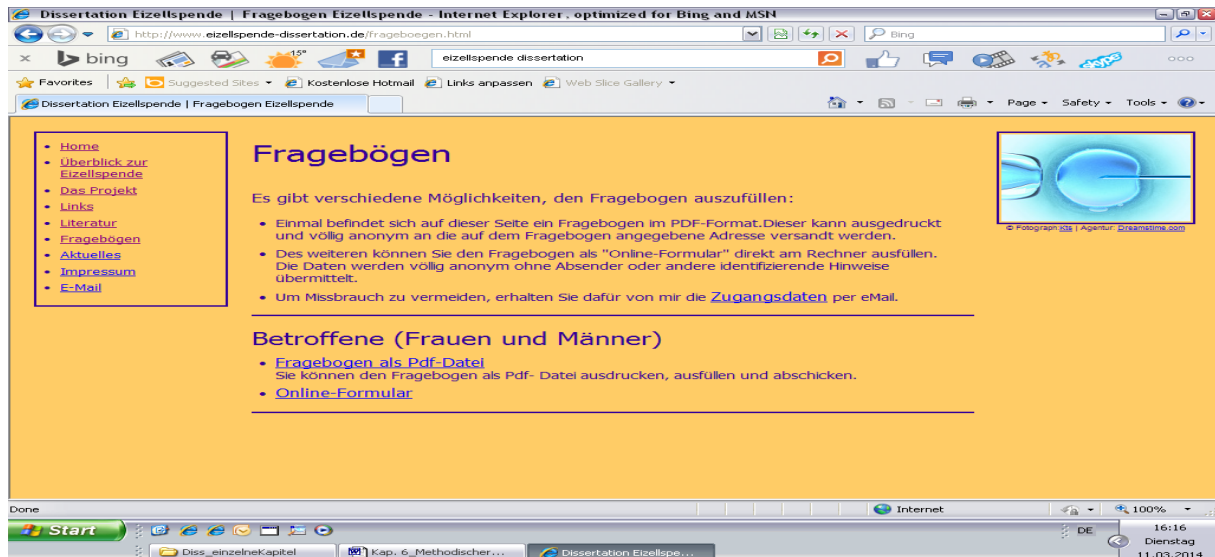


Abbildung 10 : Webseite zur Dissertation – Zugangsseite zum Online-Fragebogen und
(www.eizellspende-dissertation.de), [zuletzt aufgerufen am: 11.03.14]

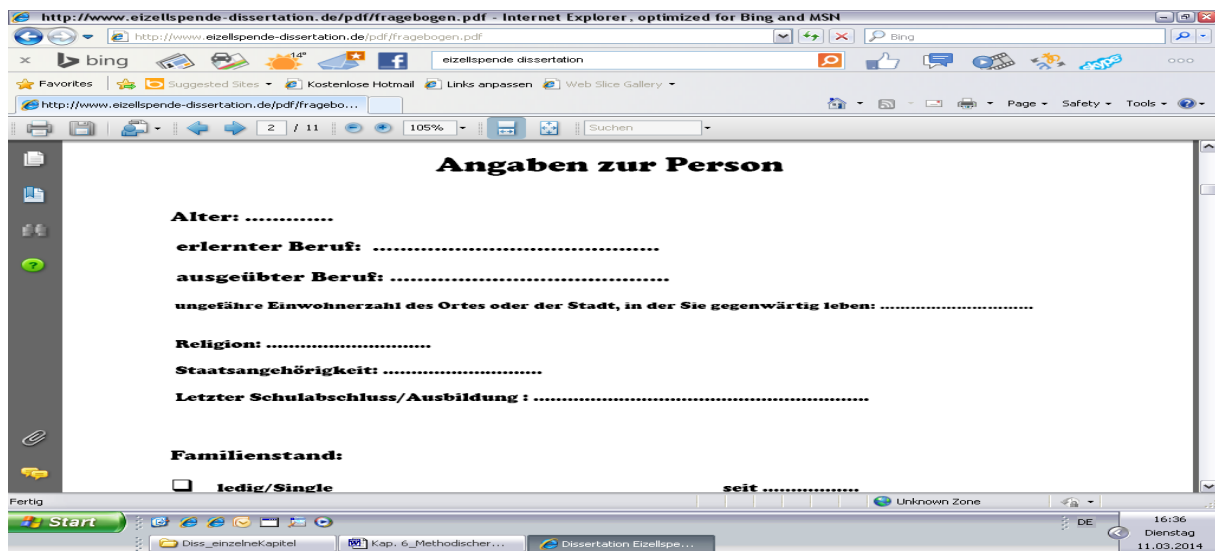


Abbildung 11: Webseite zur Dissertation – PDF_Fragebogen
(www.eizellspende-dissertation.de), [zuletzt aufgerufen am: 11.03.14]

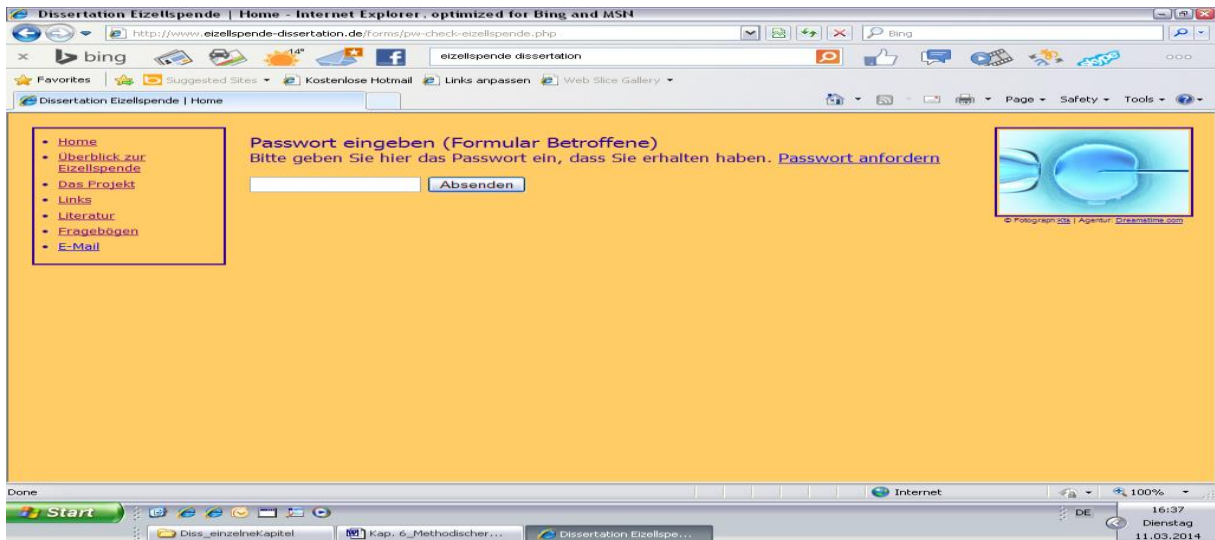


Abbildung 12: Webseite zur Dissertation – Passworteingabe als Zugang zum Fragebogen
(www.eizellspende-dissertation.de), [zuletzt aufgerufen am:11.03.14]

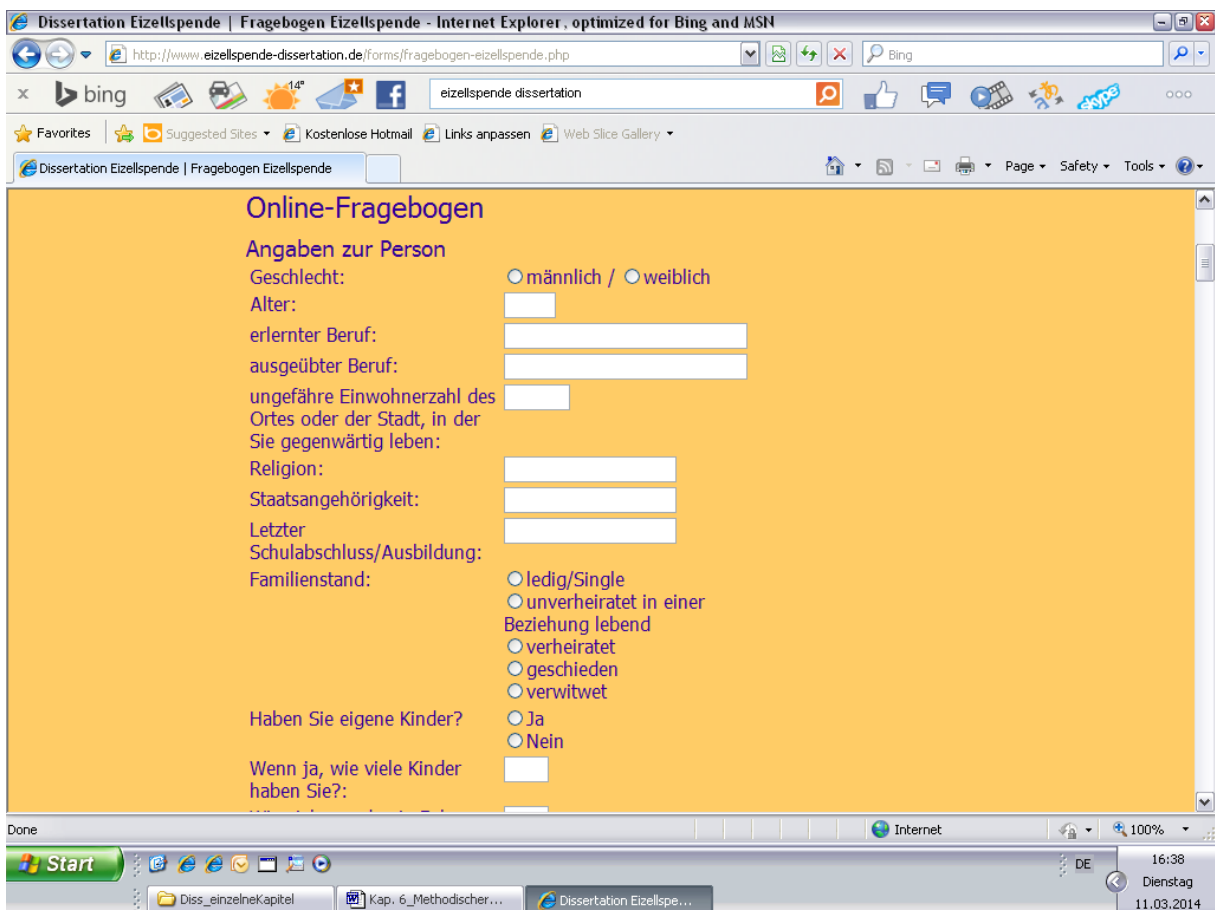


Abbildung 13: Webseite zur Dissertation – Online Fragebogen
(www.eizellspende-dissertation.de), [zuletzt aufgerufen am: 11.03.14]

Ab dem 16.01.2008 wurde auf den Postings in den oben angesprochenen Internetseiten nach Interviewpartnerinnen gesucht und die Webseite samt Online-Fragebogen vorgestellt. Zudem erfolgte eine Anmeldung der Webseite bei den gängigsten Suchmaschinen www.google.de und www.yahoo.de, um es den Betroffenen zu ermöglichen, die Seite leicht zu finden.

Am 08.06.09 wurde das zwölfte und letzte Interview durchgeführt.

Insgesamt meldeten sich nur sehr zögerlich Interessenten zu der Befragung.

Am 02.06.10 wurden an die jeweiligen Leiter/innen von insgesamt 107 in Deutschland ansässigen IVF-Zentren Anschreiben versandt. Diese enthielten jeweils ein Päckchen Handzettel. Ein Handzettel bestand aus einer DIN-A4-Seite, die eine Darstellung der Studie mit der Bitte um Teilnahme enthielt. Die Leiter/innen der IVF-Zentren wurden gebeten, diese Handzettel an potenziell betroffene Patientinnen/Patienten zu verteilen. Zeitgleich wurde Kontakt zur spanischen Klinik „Tahe Fertilidad“⁷¹ aufgenommen, wo die Handzettel ebenfalls an Betroffene verteilt wurden. Die Online-Befragung wurde erst im Februar 2014 eingestellt.

⁷¹ Der Webauftritt der Klinik ist zu finden unter: <http://www.tahefertilidad.es/internacional/persona.php> [Zugriff am 11.03.14]

6.3 Untersuchungsmethode

6.3.1 Wahl und Anwendung der Forschungsmethode/n

Die Wahl des Forschungsansatzes erfolgte nach pragmatischen Kriterien.

Für eine gültige und zuverlässige Beantwortung der Fragestellung/en erscheint es förderlicher, sowohl qualitative als auch quantitative Erhebungs- und Auswertungsmethoden zu verwenden. Die Fragestellung/en zielen in erster Linie auf die Entdeckung neuer Aspekte des Untersuchungsgegenstandes ab. Dies ist insbesondere in Bezug auf die Beweggründe der Fall, die für in Deutschland lebende Paare grundsätzlich noch nie erfasst wurden. Vor jenem Hintergrund bietet sich ein induktives Vorgehen an, für welches die Methoden der qualitativen Forschung sowohl bei der Erhebung als auch bei der Auswertung geeignet erscheinen. Zudem lassen sich individuelle Beweggründe im Rahmen eines Interviews am besten erfassen. Die ersten fünf qualitativen Interviews dienen zunächst der Exploration des Gegenstandsbereiches, auf dessen Grundlage in einem zweiten Schritt ein Fragebogen mit geschlossenen Antwortmöglichkeiten konstruiert wurde. Die qualitative Methode soll jedoch nicht ausschließlich als Zuarbeiterin für quantitative Erhebung und Auswertung fungieren. Nach den ersten fünf Interviews werden weitere Interviews durchgeführt, wobei alle Interviews (inklusive der fünf ersten Interviews) nach Abschluss der Erhebungsphase mittels qualitativer Methodik ausgewertet werden. Die Fragestellung konzentriert sich jedoch zusätzlich auf Häufigkeitsverteilungen. Dies ist insbesondere in Bezug auf das Interesse an soziodemographischen Daten der Fall. Aussagen hinsichtlich jener Aspekte, die repräsentativen Gehalt aufweisen, lassen sich vorteilhafter im Rahmen einer quantitativen Erhebung mit einer größeren Personenzahl gewinnen. Die Erhebung mittels quantitativer Verfahren soll jedoch auch dazu dienen, sämtliche Forschungsfragen (also auch jene nach den Beweggründen) zu beantworten. Nachdem die Homepage hochgeladen wurde, laufen qualitative und quantitative Erhebung parallel. Die Auswertung beider Verfahren erfolgt getrennt, lediglich in der abschließenden Diskussion werden die Ergebnisse, die mittels qualitativer und quantitativer Auswertungsmethoden ermittelt wurden aufeinander bezogen diskutiert.

Forschungsdesigns, in denen Elemente des qualitativen Ansatzes mit denen des quantitativen Ansatzes kombiniert werden, bezeichnet man als „Mixed Methods“ (Schreier & Ödağ, 2010).

Unter dem Begriff „Mixed-Methods“ werden hauptsächlich Kombinationen von qualitativen und quantitativen Methoden innerhalb einer Untersuchung oder mehrerer aufeinander bezogener Untersuchungen diskutiert (Tashakkori & Teddlie, 2003; Creswell, 2003). Im deutschsprachigen Raum ist auch selten die Bezeichnung „gemischtes Modell“ gebräuchlich (Cropley, 2011). Jene Kombination von Elementen eines qualitativen und eines quantitativen Ansatzes kann sich auf jede Phase des Forschungsprozesses erstrecken, wie Datenerhebung, Datenauswertung und Interpretation (Johnson, Onwuegbuzie & Turner, 2007).

Das Verhältnis der qualitativen zur quantitativen Forschungsmethode soll komplementär gestaltet sein. Das bedeutet, jeder Ansatz für sich ist für eine andere Facette der Forschungsfrage/n geeignet. Beide Ansätze gemeinsam sollen jeweils andere Aspekte desselben Gegenstandes erfassen und sich darin ergänzen.

Der Begriff des Paradigmas nach Kuhn wurde in den 1970er Jahren in die sozialwissenschaftliche Debatte um qualitative vs. quantitative Forschungsmethoden (= Forschungsparadigmen) eingeführt. Seit dieser Zeit wird die Frage der Vereinbarkeit beider Paradigmen (bzw. qualitativer und quantitativer Methoden) kontrovers diskutiert (Kelle, 2008). Die Diskussion um und das Verhältnis von qualitativer zu quantitativer Methodik hat mehrere Phasen durchlaufen, die hier nicht alle nachgezeichnet werden können. Im Zuge der Auseinandersetzungen konnten sich die qualitativen Methoden neben dem quantitativen Mainstream etablieren. In den letzten 20 Jahren wurden Ansätze zu einer Verbindung beider Forschungsdesigns populär. Obwohl eine umfangreiche Literatur zu diversen Fragen methodenintegrativer Designs existiert, konnten sich kaum differenzierte Konzepte dazu etablieren, wie sich beide Verfahren zueinander ins Verhältnis setzen lassen (Kelle, 2008).

Das hat zur Folge, dass sich die in der Forschungspraxis immer häufiger verwendete Kombination qualitativer und quantitativer Verfahren zu Mixed Method Designs oft in einer Art methodologischem Niemandsland vollzieht. (Kelle, 2008, S. 25)

Die mangelnde Spezifizierung in Bezug auf Konzepte mit Methodenkombinationen mag auch in der Diskussion darüber begründet sein, ob eine Kombination von qualitativen und quantitativen Elementen überhaupt legitim ist. Hintergrund jener Auseinandersetzung ist die Unvereinbarkeitsthese von Lincoln & Guba (1985), die konstatieren, dass beide Paradigmen im Sinne von Kuhn inkommensurabel sind. Tashakkori & Teddlie (1998) sind hingegen der Ansicht, dass die Zeit der Grabenkämpfe um verschiedene Paradigmen ein Ende genommen

hätte und es Zeit wäre, dem Thema pragmatisch zu begegnen. So beschreiben letztere Autoren, dass qualitative Methoden beispielsweise genutzt werden könnten, um Hypothesen zu formulieren, die daraufhin mittels quantitativer Verfahren geprüft würden.

Eine Funktion der Kombination der qualitativen mit der quantitativen Forschungsmethode ist die Technik der Triangulation als Mittel zur Validierung. Überlegungen zur Triangulation als Mittel der Validierung entstanden in den 1970er Jahren (Denzin, 1978; Denzin, 1989; Flick, 2004) und beinhalten z.B. nach Denzin (1978, 1989) vier Basistypen der Triangulation. Neben der Methoden-Triangulation (als Anwendung verschiedener Methoden auf den Gegenstand) wird die Theorie-Triangulation (als Anwendung mehrerer Theorien und/oder Hypothesen auf einen Gegenstand) sowie die Untersucher-Triangulation (wo mehrere Forscher/innen die Verzerrung durch eine Forschungsperson verhindern sollen) als auch die Daten-Triangulation (als Nutzung verschiedener Datenquellen) diskutiert. Ein Grund, die qualitative mit der quantitativen Methode (Methoden-Triangulation) in diesem Forschungsansatz zu kombinieren dient der Erhöhung der Gültigkeit darüber, dass man durch die Kombination ein umfassenderes Bild des Gegenstandes der vorliegenden Studie erhält. Weitere Ausführungen dazu werden in Kapitel 7.1.5 und Kapitel 7.2.2 gemacht, welche sich den Gütekriterien im Besonderen widmen.

7 Qualitative Untersuchung

7.1 Datenerhebung

7.1.1 Das problemzentrierte Interview nach Witzel

Der im Kapitel 6.1 beschriebenen Forschungsfrage, die subjektive Bedeutungsstrukturen ergründen will, lässt sich am vorteilhaftesten mithilfe des verbalen Instrumentes Interview nachgehen. Die ungewollte Kinderlosigkeit an sich ist, wie auch die Begegnung mit den Methoden der Reproduktionsmedizin, ein sehr sensibles Thema, das dem Intimbereich angehört. Aus diesem Grund wurde zunächst vermutet, dass die Rezipientinnen einer Eizellspende nicht in ausreichendem Maße zu ausführlichen Schilderungen motiviert sein könnten. Diese Annahme bestätigte sich in den fünf durchgeführten Probeinterviews. Die Sensibilität des Themas erfordert daher ein äußerst strukturiertes Vorgehen, das gleichzeitig auf die interviewte Person nicht zu einengend wirken sollte um narrative Sequenzen zu ermöglichen. Diesen Überlegungen folgte die Entscheidung für das problemzentrierte Interview nach Witzel. Besonders ausschlaggebend war der Aspekt, dass diese Interviewform auf einem theoriegenerierenden Verfahren beruht, „*das den vermeintlichen Gegensatz zwischen Theoriegeleitetheit und Offenheit dadurch aufzuheben versucht, dass der Anwender seinen Erkenntnisgewinn als induktiv-deduktives Wechselspiel organisiert*“ (Witzel 2000, S. 1). Da bereits die Fragestellung auf der Basis des Einbezuges induktiver und deduktiver Prozesse formuliert wurde, erschien es notwendig, eine Interviewform zu wählen, die beide Vorgehensweisen miteinander kombiniert. Mithilfe der Fragestellung soll den Beweggründen für das Handeln der Betroffenen nachgegangen werden, welches vermutlich stark mit den entsprechenden biografischen Hintergründen zusammenhängt. Unter diesen Aspekten erschien das von Witzel (2000) konzipierte problemzentrierte Interview als besonders geeignet.

In Anlehnung an das theoriegenerierende Verfahren der „Grounded Theory“ von Glaser und Strauß (Glaser & Strauß, 1998) wurde das problemzentrierte Interview entwickelt. Das von Witzel (2000) konzipierte Verfahren kombiniert mit seiner Vorgehensweise zwei Extrempole. Dies ist auf der einen Seite die hypothetisch-deduktive Vorgehensweise, nach welcher Daten ausschließlich mittels im Vorhinein festgelegter Operationalisierungsschritte aufbereitet und

überprüft werden können. Dem steht auf der anderen Seite die streng induktivistische Position des soziologischen Naturalismus gegenüber, welche die Phase der Datenerfassung als frei von theoretischen Konzepten vorsieht und den/die Wissenschaftler/in damit als „*tabula rasa*“ betrachtet. Das problemzentrierte Interview beinhaltet im Gegensatz zu diesen beiden Konzeptionen sowohl im Erhebungs- als auch im Auswertungsprozess einen Wechsel von induktiver und deduktiver Arbeitsweise vor. Das Vorhandensein von Vorwissen in der Erhebungsphase wird als unvermeidbar betrachtet und sei deshalb offen-zu-legen. Das Offenlegen impliziter Theorien und erworbenen Wissens um Zusammenhänge soll zu Fragen anregen und im Interview als „*heuristisch- analytischer Rahmen*“ (Witzel 2000, S.2) dienen. Die flexible Vorgehensweise zwischen Induktion und Deduktion soll nach Ansicht von Witzel (2000, S.2) gewährleisten, dass die Problemsicht des Interviewers/ Wissenschaftlers nicht diejenige der Befragten überdeckt und den erhobenen Daten nicht im Nachhinein einfach Theorien übergestülpt werden.

Das problemzentrierte Interview verfügt über drei wesentliche Prinzipien:

- 1) Problemzentrierung
- 2) Gegenstandsorientierung
- 3) Prozessorientierung

Die *Problemzentrierung* erfordert die Orientierung des Forschers an einer „*relevanten gesellschaftlichen Problemstellung*“ (Flick 2002, S.105). Der/die Interviewer/in soll das eigene Vorwissen zur Generierung der Interviewfragen nutzen und zur Erhöhung des Verständnisses und der Nachvollziehbarkeit bei den Äußerungen der interviewten Person einsetzen. Der/die Interviewer/in beginnen schon während des Interviews mit der Interpretation der subjektiven Sichtweise der befragten Person. Auf der Basis dieser vorläufigen Interpretation kann die Kommunikation auf die Forschungsfrage gelenkt werden.

Mit der *Gegenstandsorientierung* betont Witzel (2000), dass die Methoden am Gegenstand zu orientieren, entwickeln und modifizieren sind. Das setzt eine gewisse Flexibilität der Methode voraus, weshalb das problemzentrierte Interview als Methodenkombination entwickelt wurde. So schlägt Witzel (2000) vor, dem Interview beispielsweise eine Gruppendiskussion voranzustellen, um einen Überblick der Ansichtsweisen in der zu untersuchenden Stichprobe zu bekommen. Im Anschluss an das Interview ließen sich zudem die gewonnenen Theorien mittels eines standardisierten Fragebogens verbinden. Die

Kommunikationsstrategien sollten ebenfalls flexibel eingesetzt werden, indem im Dialog mit dem Befragten oder der Befragten entweder stärker auf Narration oder auf den Dialog Wert gelegt und häufiger nachgefragt würde, was vom Gesprächsverhalten der befragten Person abhängig zu machen wäre.

Die *Prozessorientierung* sollte im Forschungsprozess selbst, in der Vorinterpretation sowie im Gegenstandsverständnis deutlich werden. Indem die interviewende Person eine akzeptierende Haltung einnehme und sich für die Belange der interviewten Person sensibel zeige, könne ein aufrichtiges Vertrauensverhältnis entstehen. Das Vertrauensverhältnis motiviere (im Idealfall) wiederum zur Selbstreflexion. Im Laufe solch eines Kommunikationsprozesses ergeben sich – infolge der aufrichtigen Äußerungen – Redundanzen und Widersprüchlichkeiten. Diese gelten jedoch als erwünscht und sollten thematisiert und aufgeklärt werden. Hieraus resultierend können Ambivalenzen und Unentschiedenheiten aufgedeckt werden (Witzel 2000, S.3). Unter diesen Voraussetzungen eignet sich das von Witzel (2000) entwickelte problemzentrierte Interview sehr gut, um der oben dargelegten Fragestellung nachzugehen.

7.1.2 Erhebungsinstrumente der Daten

Das Interview selbst umfasst folgende Bestandteile:

- einen Kurzfragebogen
- einen Interviewleitfaden
- das Telefoninterview
- Tonbandaufzeichnung des Interviews
- ein Interviewprotokoll (bzw. Postscriptum)

Der *Kurzfragebogen*, welcher z. B. demografische Daten oder Alter und Beruf der Interviewten sowie deren Partner enthält, dient dazu, Themen, die für die Fragestellung weniger bedeutsam sind, gesondert zu erfassen. Bei Anwendung dieses Kurzfragebogens werden Fragen, die nach einem einfachen Frage-Antwort-Schema aufgebaut sind, aus dem Interview herausgenommen, da in diesem eher zur Narration angeregt werden soll.

Eine sehr hilfreiche Ergänzung zum Interview stellt das *Postscriptum* dar. In diesem kann der/die Interviewer/in seine/ihre Eindrücke von der Kommunikation, besondere Auffälligkeiten sowie den Eindruck von sich selbst und seinem bzw. ihrem Verhalten in der Situation wie auch die äußeren Einflüsse festhalten. Diese Daten können aufschlussreiche Kontextinformationen darstellen, die eine spätere Interpretation der Aussagen des Interviews unterstützen und einen Vergleich verschiedener Interviewsituationen erlauben (Flick 2002, S. 107).

Ein zusätzliches Instrument, welches der Sicherung der Vergleichbarkeit dient, ist der *Leitfaden*. Darin ist eine vorformulierte Frage zum Gesprächsbeginn enthalten. Die restlichen Fragen dienen der Einleitung in einzelne Themenbereiche der Fragestellung (Witzel 2000, S. 4). Nach Scholl (2003, S. 225) eignen sich Leitfadeninterviews besonders für „*Oberschichtsangehörige*“. Diese Zielgruppe bildet in der vorliegenden qualitativen Studie die Mehrheit, da eine Eizellspende eine selbst zu finanzierende, kostenintensive medizinische Behandlung mit hohem organisatorischem Aufwand darstellt.

Witzel (2000) zählt folgende drei zentralen Kommunikationsstrategien zur strukturierenden Interviewführung:

- den Gesprächseinstieg
- allgemeine und spezifische Sondierungen
- Ad-hoc-Fragen

Bei der Gestaltung des Gesprächsanfanges soll die interviewende Person eine aktive Rolle ergreifen und mit einer *Einstiegsfrage* die interviewte Person zum Erzählen auffordern. Witzel gibt folgendes Beispiel für einen Gesprächseinstieg: „*Sie möchten Friseurin werden. Wie sind Sie darauf gekommen (...)?*“ (Witzel 2000, S.5). Mit der Einleitungsfrage soll das Gespräch auf die untersuchte Fragestellung gelenkt werden. Gleichzeitig ist sie so offen gehalten, dass die interviewte Person genug Freiraum zur eigenen Gestaltung hat.

Allgemeine Sondierungen sind Nachfragen im Interview, die den Inhalt besser ergründen und weitere Details liefern sollen. Beispiele für solche Nachfragen wären: „*Was passierte da im Einzelnen?*“ und: „*Woher weißt du das?*“ (Flick 2002, S. 106). Im Regelfall sind solche Fragen im Laufe der Erzählsequenz, die auf die Einleitungsfrage folgt, zu stellen.

Spezifische Sondierungen sollen das Verständnis des Interviewers durch Zurückspiegelung des Gesagten und durch Verständnisfragen vertiefen. Selbst Konfrontationen mit geäußerten

Widersprüchen werden von Witzel (2000, S. 6) bei gegebenem guten Vertrauensverhältnis vorgeschlagen.

Ad-hoc-Fragen werden immer dann gestellt, wenn bestimmte Themen von der interviewten Person nicht angesprochen wurden. Um die Vergleichbarkeit der Interviews zu sichern, werden Fragen, die sich aus dem Leitfaden ergeben, sowie standardisierte Fragen von der interviewenden Person eingebracht. Standardisierte Fragen sollten vorzugsweise am Ende des Gesprächs gestellt werden, da sie einen –Frage-Antwort-Prozess in Gang setzen können, der nach Witzel (2000, S. 6) vermieden werden sollte.

Im Rahmen der Auswertung wurde zur Datengewinnung das von Witzel (2000) entwickelte problemzentrierte Interview angewandt und die vier vorgeschlagenen Erhebungsinstrumente eingesetzt. Vor Beginn des Interviews erhielten die Gesprächspartnerinnen – wie von Bortz und Döring (2002, S. 310) empfohlen – einen von der Interviewerin unterschriebenen Datenschutzvertrag, der ihnen Anonymität zusichert und gegebenenfalls vorhandene Bedenken nehmen soll. Da die Interviewpartnerinnen nicht persönlich aufgesucht wurden, wurde der Datenschutzvertrag mit Unterschrift eingescannt und per E-Mail versandt. Nur zwei Interviewpartnerinnen gaben ihre Postadresse zum Versenden des Vertrages an.

Der Interviewleitfaden selbst wurde vor Durchführung der Interviews auf seine Einsatzfähigkeit geprüft. Betroffene standen für die Interviews nicht so zahlreich zur Verfügung, dass real betroffene Personen zu Probeinterviews gebeten werden konnten, deren Ergebnisse nicht in die Auswertung einfließen sollten. Um dennoch die Qualität des Leitfadens überprüfen zu können, wurde dieser in Rollenspielen mit drei befreundeten Frauen erprobt. Die drei mit der Interviewerin befreundeten Frauen rekrutierten jeweils eine der Interviewerin unbekannte Freundin, sodass die Interviewerin an insgesamt sechs Frauen (von denen drei bekannt und drei unbekannt waren) den Leitfaden auf seine inhaltliche und formale Verständlichkeit überprüfen konnte. Eine Woche vor dem Rollenspiel informierten die Frauen sich über die Thematik, um sich entsprechend auf den Inhalt einzustellen und vorzubereiten. Die Rückmeldungen führten zu mehrfachen inhaltlichen Modifikationen der Fragen selbst sowie zu Formulierungsänderungen. Der unten dargestellte Leitfaden wurde in der vorliegenden Form in allen zwölf Interviews verwandt. Lediglich die Gewichtung der Fragen und deren Reihenfolge wurden der jeweiligen Interviewsituation angepasst.

1. Wie Sie ja wissen, schreibe ich meine Dissertation zum Thema Eizellspende.
In diesem Gespräch würde ich gern von Ihnen etwas darüber erfahren, wie das bei Ihnen war. Vielleicht erzählen Sie mir zuerst, wie bei Ihnen alles angefangen hat.
Wie sind Sie auf die Idee gekommen, eine Eizellspende in Anspruch zu nehmen?
 - 1.1 Hatten Sie Bedenken?
 - 1.1.1 Welche?
 - 1.2 Würden Sie sich heute noch mal für eine Eizellspende entscheiden?
 - 1.2.1 Warum (nicht)?
 - 1.3 Sind für Sie beide damals Alternativen zur Eizellspende infrage gekommen?
 - 1.3.1 Warum (nicht)?
2. Welche Form der Eizellspende haben Sie gewählt?
 - 2.1 Warum haben Sie sich so entschieden?
 - 2.2 (Wie sind Sie an die Spenderin gekommen?)
 - 2.3 Haben Sie sich vonseiten der Klinik ausreichend beraten gefühlt?
3. Welche Informationen haben Sie über die Spenderin?
 - 3.2 Sind Sie damit zufrieden, oder würden Sie gern mehr/ weniger über sie wissen?
 - 3.2.1 Warum?
 - 3.3 Was verbinden Sie mit dieser Frau?
 - 3.4 Möchten Sie, dass ihr Kind erfährt, dass es einer Eizellspende entstammt?
 - 3.4.1 Warum (nicht)?
 - 3.4.2 Was meinen Sie, wie wird ihr Kind reagieren, wenn Sie es ihm sagen?
 - 3.5 Was meinen Sie, sollte ein Kind grundsätzlich das Recht haben, Informationen über seinen genetischen Ursprung zu erhalten?
4. Wie ist das mit Ihrem Umfeld?
Haben Sie jemandem von der medizinischen Behandlung erzählt?
 - 4.1 Wem?
 - 4.2 Wie kam es dazu?
5. Haben Sie jemandem von der Eizellspende selbst erzählt?
 - 5.1 Wem?
 - 5.2 Wie kam es dazu?
6. Haben Sie das Gefühl, dass sich durch die Eizellspende etwas in Ihrer Partnerschaft geändert hat?
 - 6.1 Können Sie diese Veränderungen näher beschreiben?
7. Das wäre es erst einmal von meiner Seite.
Habe ich etwas Wesentliches vergessen, was Sie noch gerne ansprechen würden?

Ein Kurzfragebogen zu den Daten

- Geschlecht
- Alter
- Beruf
- Kinder
- Religion
- Wohnort
- Beziehungsdauer

wurde erstellt und außerhalb des Interviews erfragt. Witzel (2000, S.4) selbst empfiehlt, die Interviewpartner/innen den Kurzfragebogen vor dem eigentlichen Interview ausfüllen zu lassen. Dieser Auffassung widerspricht Flick (2002, S. 107), indem er sagt: *„Entgegen Witzels Vorschlag, diesen Fragebogen vor dem eigentlichen Interview anzuwenden, erscheint es sinnvoller, ihn am Ende zu verwenden, damit sich seine Frage-Antwort-Struktur nicht auf den Dialog im Interview selbst auswirkt.“* Der Vorschlag von Flick erschien für die hier vorliegende Untersuchung vorteilhafter. Bei einer Thematik, die voraussichtlich wegen ihres sensiblen Inhaltes von sich aus zu kürzeren Antworten verleitet, sollte kein Fragebogen vorgeschaltet sein, der mit seiner *„Frage-Antwort-Struktur“* das Interview zusätzlich im Sinne kurzer Antworten beeinflusst. Stattdessen wurde entschieden, den Kurzfragebogen am Ende des Interviews zu verwenden und die Interviewten vor dem Gespräch zu ausführlichen und detailreichen Antworten zu ermuntern. Mit dieser Vorgehensweise wurde der Aufforderung von Witzel (2000), Frage-Antwort-Strukturen zu vermeiden, nachgekommen.

Für das Interview selbst empfiehlt Witzel (2000, S.4) die *Tonträgeraufzeichnung*, weil sie eine authentische und präzise Erfassung des Gesprächsverlaufes erlaubt. Während der Interviews kann sich die interviewende Person vollständig auf das Gespräch selbst konzentrieren. Im Gegensatz zu Gesprächsprotokollen lässt sich so auch nach dem Interview z. B. die Tonlage des Geäußerten berücksichtigen. Bortz und Döring (2002, S. 310) weisen darauf hin, dass ein Nachteil einer expliziten Auseinandersetzung mit der Tatsache, dass aufgezeichnet wird, darin besteht, dass die Aufzeichnung bei manchen Personen Bedenken erzeugt, die vorher nicht vorhanden waren. Die Information, dass eine *Tonträgeraufzeichnung* vorgenommen würde, wurde demzufolge allen zwölf interviewten Frauen erst kurz vor dem Interview mündlich als völlig selbstverständlich mitgeteilt. Nach dem persönlichen Einverständnis wurde jedoch explizit gefragt, was jeweils auf Band festgehalten würde.

7.1.3 Das telefonische Interview als Befragungsverfahren

Die Familienbildung mit Eizellspende ist eine Thematik des Intimbereichs und sozial tabuisiert. Aus diesem Grund muss im Interview selbst und bei der Gestaltung der Rahmenbedingungen besonders auf das Bedürfnis nach Anonymität und emotionalem Schutz geachtet werden. Der überaus nahe und persönliche Kontakt im Face-to-face-Interview könnte die Befragte dazu veranlassen, ausweichend, undifferenziert oder gar unehrlich zu antworten. Im Unterschied zu einer persönlichen Befragung ist ein telefonisches Interview weitaus anonym und kann darüber hinaus der Befragten aufgrund der Distanz zwischen Interviewerin und Befragter größeren Schutz bieten. Da ein telefonisches Interview im Vergleich zu einem Face-to-face-Interview als besser geeignet erschien, fanden die Interviews selber per Telefon statt.

Andere Formen der Befragung sind anonym und ermöglichen den Befragten eine freiere Meinungsäußerung. Dies ist insbesondere bei heiklen Themen (abweichendes Verhalten, Sexualität usw.) problematisch, wenn der Befragte dazu neigt, dem Interviewer gegenüber als sozial erwünscht eingeschätzte Antworten zu geben, um einen guten Eindruck bei ihm zu hinterlassen. (Scholl, 2003, S. 41)

Die Befragungssituation am Telefon ist unpersönlicher als bei einer Face-to-face-Studie. Aus diesem Grund ist vermutlich die Tendenz zu sozial erwünschten Antworten geringer ausgeprägt (Häder, 2006).

Die Gesprächspartnerin kann sich bei einer telefonischen Befragung durch Auflegen des Hörers jederzeit der Befragung entziehen. Dieser Umstand wird von vielen Autoren und Autorinnen als Nachteil dargestellt (Scholl, 2003; Häder, 2006), da auf diese Weise ein wertvolles Gespräch nicht stattfindet, während sich der Interviewte in einer –Face-to-face- Erhebung nicht so einfach entziehen kann. Im Rahmen dieser Untersuchung steht jedoch der Vorteil für die interviewte Person im Vordergrund. Der zu jeder Zeit mögliche Selbstschutz durch Abbruch des Telefonats soll unsicheren Personen zur Teilnahme motivieren und zugleich aufrichtige und von der Interviewerin nicht beeinflusste Antworten ermöglichen.

Eine telefonische Befragung hat auch im Hinblick auf organisatorische und ökonomische Aspekte Vorteile. Bei –Face-to-face-Interviews dauert die Feldphase meist länger als bei anderen Befragungsformen, da die Interviewteilnehmer persönlich aufgesucht werden müssen

(Scholl, 2003). Das persönliche Interview erweist sich gegenüber dem Telefoninterview als empfindlicher und stör anfälliger bei geringfügigen Veränderungen des Instrumentes (Frageformulierungen, Antwortvorgaben) (Noelle – Neumann/ Petersen, 2000, S. 198).

Telefonerhebungen haben jedoch Nachteile, welche die Grenzen des Anwendungsbereiches kennzeichnen. Bei einer –Face-to-face-Befragung können die Ausstattung der Wohnung, der Eindruck, den das Wohngebiet hinterlassen hat, die Kleidung und das Aussehen der interviewten Person sowie deren Mimik und Gestik bei der Erstellung eines Skriptes berücksichtigt und dieses später in die Auswertung mit einbezogen werden. Derartige Informationen entfallen bei einer Telefonerhebung. Infolge der höheren Anonymität hat die Interviewerin nur eingeschränkte Möglichkeiten, eine persönliche Beziehung, auf deren Basis auch sensible und heikle Fragen gestellt werden können, zum Befragten aufzubauen (Scholl, 2003).

Die telefonische Interviewform ist jedoch nicht das einzige Mittel, mit welchem dem Phänomen der sozialen Erwünschtheit begegnet wird.

„Anfällig für Antwortverzerrungen im Sinne der sozialen Erwünschtheit sind insbesondere heikle oder sensible Themen (...)“ (Scholl, 2003, S. 210). Die Verzerrungen beziehen sich auf das, was die Personen nicht zugeben. Aus diesem Grund wurde darauf verzichtet, die Interviewteilnehmerinnen vor Durchführung des Interviews (auch indirekt) über die moralischen Werthaltungen und erzieherischen Idealvorstellungen der Interviewerin in Kenntnis zu setzen. Nach dem Interview war die Interviewerin jedoch für einen diesbezüglichen Austausch offen. Den tatsächlichen Zweck der Erhebung und die eigentliche inhaltliche Fragestellung konnte jedoch jede Person bereits vorab über die Homepage in Erfahrung bringen.

Im Anschluss an das Interview wurden alle als bedeutsam erachteten Informationen auf ein Diktiergerät gesprochen und anschließend im Rahmen eines Postskriptes geordnet niedergeschrieben. Das Postskript enthielt zum Zwecke der besseren Vergleichbarkeit für alle Interviews die gleichen Schwerpunkte. Diese waren das Setting, der zeitliche Rahmen, die Interaktion mit den Befragten vor dem Termin, die Art der Gesprächsführung sowie besondere Auffälligkeiten. Die Postskripte nahmen Einfluss auf die Darstellung der interviewten Personen in der Auswertung.

7.1.4 Transkription nach dem Gesprächsanalytischen Transkriptionssystem (GAT)

Die zwölf Interviews wurden vollständig nach dem Gesprächsanalytischen Transkriptionssystem (GAT) transkribiert. Die Tonaufnahmen wurden gemäß den gängigen Rechtschreibregeln niedergeschrieben, während die Syntax als persönliche Färbung der interviewten Person bestehen blieb. Ortsübliche Dialekte wurden jedoch wegen der besseren Lesbarkeit ins Hochdeutsche übertragen.

Die Entscheidung für das Gesprächsanalytische Transkriptionssystem ist darauf zurückzuführen, dass sich im deutschsprachigen Raum eine Vielzahl an Transkriptionssystemen etabliert hat. „*Dieser Pluralismus behindert jedoch die fachinterne und –übergreifende Rezeption einschlägiger Arbeiten und den Austausch (...)*“ (Selting et al., 1998, S.2). Die potentiellen Leser/innen dieser Arbeit gehören unterschiedlichen Fachbereichen an oder sind Betroffene (mit und) ohne akademischen Hintergrund. Aus diesem Grund wurde ein System favorisiert, das jeder Person gleichermaßen zugänglich ist. Maßgeblich war daher die Wahl eines Transkriptionssystems, das keine theoriegebundenen Vorannahmen macht. Obwohl die Autoren/Autorinnen vorschlugen, dass das GAT bei Bedarf weiter ausdifferenziert werden könne, wurde davon kein Gebrauch gemacht.

Nach Angabe der Autoren/Autorinnen (Selting et al., 1998) wurde das GAT nach folgenden Kriterien entwickelt:

- 1) Lesbarkeit des Transkriptes,
- 2) Ökonomie und Eindeutigkeit (was bedeutet, dass jede Kategorie nur ein einfaches und einziges Transkriptionszeichen enthält),
- 3) Robustheit (weil das Basistranskript ohne Sonderzeichen auskommen soll, um über Texteditoren und Betriebssysteme hinweg verwendbar zu sein),
- 4) Ikonizität (was beinhaltet, dass die Transkriptionszeichen nicht vollständig arbiträr sein sollten, sondern ikonischen Prinzipien folgen) außerdem
- 5) Relevanz,
- 6) Formbezogene Parametrisierung (was bedeutet, dass die Transkription Einzelparameter und deren Kombination zu Merkmalsbündeln erfassen soll. Dazu

müssen neben interpretierenden Kommentaren auch Einzelparameter, die dieser Interpretation zugrunde liegen getrennt erfasst werden) und

7) Kompatibilität mit anderen üblichen Transkriptionssystemen.

Bei der schriftlichen Fixierung und Verarbeitung der Daten galten darüber hinaus die Richtlinien des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) als maßgeblich. So wurden die Daten im Transkript wie in § 40 (2) BDSG gefordert anonymisiert und so aufbereitet, dass personenbezogene Einzelangaben nicht mehr einer „*bestimmten oder bestimmbaren natürlichen Person zugeordnet werden*“ konnten.

Schlussfolgernd kann hervorgehoben werden, dass die Methode des problemzentrierten Interviews gut auf die oben dargestellte Fragestellung angewandt werden konnte. Die offene Einstiegsfrage lässt sich als besonders hilfreich einstufen. Mit ihrer Unterstützung waren die Frauen thematisch nicht allzu sehr eingeeignet und konnten daher frei assoziieren. Mithilfe der von Witzel (2000, S. 6) vorgeschlagenen Ad-hoc-Fragen am Ende eines Gespräches ließ sich das Thema noch einmal konkret auf die Frage nach der Offenlegung der Herkunft der Kinder bringen, wodurch einige Frauen ganz wesentliche Aspekte, die zur Beantwortung der Fragestellung beitrugen, erwähnten.

7.1.5 Gütekriterien qualitativer Datenerhebung

Gütekriterien wie Objektivität, Reliabilität und Validität sind etablierte Maßstäbe, an denen die Qualität der Forschungsergebnisse beurteilt werden kann. Sie entstammen der klassischen Testtheorie und wurden in der quantitativen Forschung bereits stark ausdifferenziert. Die Autorin dieser Dissertation nimmt jedoch die Perspektive jener Anhänger/innen des qualitativen Ansatzes ein, die die klassischen Gütekriterien mit Verweis darauf ablehnen (Mayring, 2002; Steinke, 1999), dass klassische Gütekriterien „*gänzlich ungeeignet für qualitative Forschung*“ (Steinke, 2004, S. 12) seien. Häufig wird diese Perspektive damit begründet, dass sich die erkenntnistheoretischen und methodischen Grundlagen zwischen qualitativer und quantitativer Forschung unterscheiden (Steinke, 1999; Flick, 2004). Würde man die klassischen Gütekriterien im Rahmen qualitativer Forschung zur Bewertung ihrer Güte einsetzen, würde jene Erhebung im Verhältnis zu einer quantitativen Untersuchung schlechter abschneiden (Steinke, 2004). Als Beispiel führt Steinke das Kriterium

Representativität der Ergebnisse an. Die entsprechenden Prüfverfahren der Repräsentativität beinhalten z.B. Zufallsauswahlen aus offenen Populationen oder Variationen von situativen Bedingungen. Jenen Verfahren liege das Prinzip der Variation von abhängiger und unabhängiger Variable zugrunde. Dieser Abstraktionsgrad innerhalb der Forschung erscheint Steinke (2004) jedoch für qualitative Forschung unangemessen, da man sich darüber zu sehr vom Alltag der Beforschten entferne. Auch das Gütekriterium Objektivität im Sinne von intersubjektiver Übereinstimmung mehrerer Untersucher ließe sich nach Steinke (2004) kaum realisieren. Eine Übereinstimmung zwischen unterschiedlichen Forschern sei nicht herstellbar, da die Erhebungssituation im Rahmen qualitativer Forschung nicht standardisierbar sei. Ein zu großes Ausmaß an Standardisierung verstoße sogar eher gegen die Prinzipien qualitativer Forschung. Eine zu hohe Standardisierung würde subjektive Bedeutungen der Untersuchungspartner die sich nicht mit den theoretischen Vorannahmen decken (weshalb sie z.B. nicht in den Interviewfragen enthalten sind) aus der Erhebung ausschließen. Auf die Weise könne gerade das Potential qualitativer Forschung nicht ausgeschöpft werden (Steinke, 2004). Eine Ausnahme bilden Bereiche, wo sich methodische und/oder erkenntnistheoretische Voraussetzungen beider Traditionen überlagern (Steinke, 2004).

Einige Vertreter/innen der qualitativen Forschung lehnen darüber hinaus überhaupt einheitliche Gütekriterien ab. So sind z.B. nach Steinke (1999, S. 205)

(...) keine universellen, allgemein verbindlichen Kriterien für qualitative Forschung formulierbar (...) weil (...) das methodische Vorgehen nicht standardisierbar, sondern gegenstands-, situations- und milieuabhängig ist.

Steinke (2008) vertritt die Sichtweise, dass die Kriterien in Abhängigkeit von Fragestellung, Methode und Untersuchungsgegenstand jeweils individuell zusammen zu stellen und spezifisch zu begründen seien. Dennoch hat Steinke (2005, 2008) zur groben Orientierung und ohne Anspruch auf Vollständigkeit folgende „Kernkriterien“ formuliert:

- Intersubjektive Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses (erfordert z.B. die Dokumentation des Forschungsprozesses. So hat der/die Leser/in die Möglichkeit, die Untersuchung Schritt für Schritt zu verfolgen).
- Indikation des Forschungsprozesses und der Bewertungskriterien (erfasst die Forderung nach der Angemessenheit der Erhebungs- und

Auswertungsmethoden sowie darüber hinausgehende methodische Entscheidungen während des Forschungsprozesses)

- Empirische Verankerung der Theoriebildung und –prüfung
(bedeutet, dass die Bildung von Hypothesen und Theorien in den Daten begründet sein sollte. Die Theoriebildung ist dicht an den Daten und auf Basis systematischer Datenanalyse zu entwickeln)
- Limitation
(soll die Grenzen des Geltungsbereiches einer Theorie herausfinden und überprüfen. Es gilt die Frage zu beantworten, welche Bedingungen erfüllt sein müssen, damit das in den Theorien beschriebene Phänomen auftritt?)
- Kohärenz
(verlangt danach, dass Widersprüche aufgelöst werden sowie ungelöste Fragen und Widersprüche offen gelegt werden)
- Relevanz
(Theorie wird hinsichtlich ihres pragmatischen Nutzens bewertet. Welchen Beitrag leistet die Theorie)
- Reflektierte Subjektivität
(bezieht sich auf die kritische Reflektion der Person des Forschers und seiner Voraussetzungen und Eignung im Forschungsprozess)

Im Folgenden soll jene von Steinke (2005, 2008) oben dargestellte Auswahl speziell auf die qualitative Forschung adaptierter Gütekriterien als Maßstäbe für die Erhebung im Rahmen dieser Dissertation diskutiert werden. Was die Datenerhebung betrifft, so gilt es in dieser Forschungsphase die Güte hinsichtlich des Erhebungsinstrumentes, der Durchführung und Aufzeichnung der erhobenen Daten und der anschließenden Transkription zu diskutieren.

Das Kriterium der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit soll durch eine höchstmögliche Transparenz des Forschungsprozesses hergestellt werden. Das theoretische Vorverständnis und der Fokus auf die Fragestellung bildet sich auch in theoretischen Ausführungen ab, die dem Untersuchungsteil (praktischer Teil) vorangestellt sind. Um dem Leser/ der Leserin diesbezüglich die Möglichkeit einer besseren Einordnung zu bieten, ist der theoretische Teil der Arbeit sehr ausführlich gehalten und geht an einigen Stellen über Implikationen hinaus, die sich ausschließlich aus der konkreten Forschungsfrage ergeben. Im Untersuchungsteil erfolgte die Dokumentation und Begründung der Erhebungsmethoden (Interviewverfahren,

Transkriptionsregeln, Abbildung wörtlicher Äußerungen der Interviewten mit Quellenangabe) sorgfältig nach gängigem wissenschaftlichem Standard. Die Wahl der Methoden wurde ebenfalls begründet und ausgeführt. Für den/die interessierte/n Leser/in sind darüber hinaus gehende Informationen ausgelagert. Jeder gebundenen Ausgabe der Dissertation liegt ein „Auswertungsband“ (wegen seines außerordentlichen Umfanges von 796 Seiten) als CD bei. Jener ist in drei Teile untergliedert und bietet

- A) einen Überblick über sämtliche Dokumente zur Rekrutierung der Studententeilnehmerinnen,
- B) Dokumente um die Interviewdurchführung und Auswertung sowie
- C) Dokumenten zur qualitativen Datenerhebung und Datenauswertung

Zur Nachvollziehbarkeit der Auswertungsergebnisse sind vermutlich die Dokumente im Abschnitt B. am interessantesten, da eine qualitative Erhebung wegen des umfangreichen Datenmaterials (welches naturgemäß anfällt) an vielen Stellen Lücken in der Nachvollziehbarkeit entstehen lassen kann. Neben dem Datenschutzvertrag, dem Interviewleitfaden, einer Übersicht zu allen Interviewten sind auch sämtliche Interviews vollständig transkribiert abgedruckt. Alle weiteren Dokumente betreffen die Datenauswertung und werden daher in Kapitel 7.2.2 unter Gütekriterien qualitativer Datenanalysen diskutiert.

Das Kriterium der Indikation des Forschungsprozesses und der Bewertungskriterien betrifft die Angemessenheit der Erhebungs- und Auswertungsmethoden sowie des gesamten Forschungsprozesses. Die Frage nach der Methodenwahl wurde mit der Wahl eines Mixed Modells beantwortet, deren Ineinandergreifen zuvor systematisch geplant wurde. Ausführungen dazu finden sich im Kapitel 6.3.1 zur Wahl und Anwendung der Forschungsmethode. Diese Kombination zweier Methoden soll dazu dienen, die Gültigkeit der Messinstrumente sowie die Gültigkeit der daraus entstehenden Aussage/n über einen Ableich zu erhöhen.

Wie bereits in Kapitel 6.3.1 ausgeführt, ist die qualitative Forschungsmethode in dieser Erhebung geeignet, weil die Fragestellung auf die Entdeckung neuer Aspekte des Untersuchungsgegenstandes abzielt und eine Bevölkerungsgruppe (bezogen auf Deutschland) zum ersten Mal untersucht wird. Auf die quantitative Forschungsmethode wurde insbesondere deswegen zurückgegriffen, weil sich ein Teil der Fragestellung auf Häufigkeitsverteilungen im Rahmen der Erhebung von soziodemographischen Daten konzentriert. Um abweichenden Äußerungen der Betroffenen Raum zu geben (was nach Steinke, 2008 von Bedeutung ist),

wurde im Online Fragebogen an etlichen Stellen die Möglichkeit eingeräumt, unbegrenzte schriftliche Äußerungen zu machen.

Ein wichtiger Aspekt dieses Kriteriums ist nach Steinke (2008), dass der Forscher längere Zeit im Feld war und das Vertrauen der Befragten hat. Obwohl die Autorin der Dissertation nicht ebenfalls betroffen ist und sich daher emotional nur ansatzweise in die Lage ungewollt kinderloser Frauen versetzen kann, war bereits vor Beginn der Dissertation eine mehrjährige Anwesenheit im Feld gegeben. Diese war ausschließlich fachlich bedingt; z.B. durch die Arbeit an der Diplomarbeit, deren Inhalt sich auch auf ungewollt Kinderlose bezog (die beschlossen, eine Donogene Insemination in Anspruch zu nehmen) und die mehrjährige Tätigkeit als studentische Hilfskraft (u.a. im Rahmen eines BMBF geförderten Projektes, dass sich ebenfalls auf ungewollt Kinderlose bezog). In allen Feldern waren Kontakte zu realen Betroffenen gegeben. Die Interviewpartnerinnen (der vorliegenden Studie) erhielten davon Kenntnis, da alle den Hintergrund der Autorin interessiert erfragten und gelegentlich jene Information/en weiterleiteten. Diese Voraussetzungen ermöglichten es zumindest ein gewisses Grundvertrauen zu sichern. Dennoch positionierte sich die eine oder andere Interviewpartnerin auch kritisch zur Autorin, indem z.B. tendenziöse politische Ansichten oder Interessen vermutet wurden. Das offen zur Sprache gebrachte Misstrauen erschütterte jedoch nicht die Arbeitsbereitschaft. Es spricht gerade für ein konstruktives Arbeitsbündnis, dass dass solche Vermutungen offen diskutiert werden konnten.

Bei der Auswahl der Transkriptionsregeln erschien es wegen der (potentiell) interdisziplinären und aus Betroffenen bestehenden Leser/innenschaft wichtig, ein Transkriptionssystem zu wählen welches jedem gleichermaßen leicht zugänglich ist und keine theoriegebundenen Vorannahmen enthält. Da das Gesprächsanalytische Transkriptionssystem explizit für diesen Zweck konstruiert wurde (Selting et al., 1998) erscheint es als indiziert.

Bei der Erstellung des Untersuchungsdesigns wurde aufgrund zahlreicher Warnungen und Vorbehalte betreuender Personen bezüglich der mangelnden Erreichbarkeit der Zielgruppe ein besonderes Augenmerk auf die Realisierbarkeit des Projektes unter forschungspragmatischer Perspektive gelegt. Die Wahl telefonischer Interviews ist u.a. auf solche Überlegungen zurückzuführen.

Im Kriterium der Reflektierten Subjektivität geht Steinke (2008) davon aus, dass Subjekt und Objekt der Erkenntnis nicht trennbar sind. Zum einen soll der Forschungsprozess durch Selbstbeobachtung begleitet sein zum anderen soll der Forscher seine persönlichen Voraussetzungen für die Erforschung des Untersuchungsgegenstandes reflektieren. Steinke (1999) macht diesbezüglich noch einmal vier Ebenen auf:

- 1) Auf den Forschungsprozess bezogene Reflexivität
- 2) Reflexion der (biografischen) Beziehung des Forschers zum Untersuchungsthema
- 3) Reflexion der Beziehung zwischen Forscher/in und Informant
- 4) Reflexionen während des Einstiegs in das Untersuchungsfeld

Insbesondere während des Feldeinstiegs erfolgten Reflektionen innerhalb eines persönlichen Forschungstagebuches. Gegen Ende der Untersuchung wurden die Abstände zwischen den Einträgen immer größer, da sich zu dem Zeitpunkt bereits eine klare Position zum Forschungsgegenstand herausgebildet hatte. Sämtliche Interviews wurden im Postskript nachreflektiert. Die persönlichen Reflektionen befinden sich nicht im Auswertungsband. Selbstverständlich berücksichtigte die Autorin ihre persönlichen Voraussetzungen bei der Wahl des Forschungsgegenstandes. Da ihr eine zu offene Ausgangsvoraussetzung und wenig Struktur (z.B. narratives Interview, hermeneutische Verfahren) nicht behagen, fiel die Wahl auf systematischere Verfahren wie z.B. die Anwendung des Leitfadeninterviews.

Das Kriterium Empirische Verankerung der Theoriebildung und –prüfung beinhaltet die Aufforderung, dass die Entwicklung der Theorien dicht an den Daten erfolgen sollte. Da sich dieses Kriterium ausschließlich auf die Datenauswertung bezieht, soll es in Kapitel 7.2.2 unter der Überschrift „Gütekriterien qualitativer Datenanalysen“ diskutiert werden. Das Kriterium der Limitation bezieht sich auf den Geltungsbereich der Theorie weswegen es ebenfalls nicht im Abschnitt zur Datenerhebung diskutiert wird. Das Kriterium der Kohärenz und Relevanz bezieht sich ebenfalls auf die Güte der entwickelten Theorien (bzw. im vorliegenden Fall Kategorien) was in der Datenerhebung noch nicht angelegt ist.

7.2 Datenauswertung

7.2.1 Die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring

Die Inhaltsanalyse ist eine in erster Linie kommunikationswissenschaftliche Technik, die zu Beginn des 20. Jahrhunderts entwickelt wurde. Zunächst hat man mit der Inhaltsanalyse systematisch – meist quantitativ – die Massenmedien untersucht, um deren gesellschaftlichen Einfluss zu erfassen (Mayring, 2002). Mit der Zeit wurde jedoch die Forderung nach einer qualitativen Inhaltsanalyse laut. So konstatiert z. B. Ritsert (1972), dass die quantitative Inhaltsanalyse vor allem

- den Kontext von Textbestandteilen,
- latente Sinnstrukturen,
- markante Einzelfälle und
- das, was im Text nicht vorkommt,

vernachlässigt. Aus diesem Grund hat die qualitative Inhaltsanalyse das Ziel, *„die Vorteile dieser systematischen Technik zu nutzen(,) ohne in vorschnelle Quantifizierungen abzurutschen“* (Mayring, 2002, S.114).

Die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring ist eine Methode zum *„regelgeleiteten, intersubjektiv nachvollziehbaren“* Bearbeiten umfangreichen Textmaterials (Borzt & Döring, 2002, S. 332).

Mayring (2003, S. 12/13) unterscheidet die Inhaltsanalyse in folgenden Punkten von anderen Verfahren:

- Die Inhaltsanalyse will **systematisch** vorgehen. Damit grenzt sie sich gegen hermeneutische Verfahren ab.
- Das systematische Vorgehen zeigt sich vor allem darin, dass die Analyse nach expliziten Regeln abläuft. Diese **Regelgeleitetheit** ermöglicht es, dass auch andere die Analyse verstehen, nachvollziehen und überprüfen können. Erst dadurch kann Inhaltsanalyse sozialwissenschaftlichen Methodenstandards (intersubjektive Nachprüfbarkeit) genügen.

- Eine gute Inhaltsanalyse geht *theoriegeleitet* vor. Sie analysiert Material unter einer theoretisch ausgewiesenen Fragestellung.
- Sie will durch Aussagen über das zu analysierende Material *Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation ziehen* und über die Wirkungen beim Empfänger Aussagen über den Sender (z. B. dessen Absichten) ableiten.

Die Stärke der Inhaltsanalyse ist, dass sie „*streng methodisch kontrolliert das Material schrittweise analysiert*“. Das Material wird in Einheiten zerlegt, die nacheinander bearbeitet werden. Das generierte Kategoriensystem ist *theoriegeleitet* und am Material entwickelt (Mayring 2002, 114).

Das Auswertungskonzept von Mayring umfasst drei Schritte, an denen sich auch die Auswertung der zwölf Interviews orientierte:

1) Zusammenfassende Inhaltsanalyse

Der Ausgangstext wird so reduziert, dass er die wichtigsten Inhalte zusammenfasst.

2) Explizierende Inhaltsanalyse

Unklare Textbestandteile werden dadurch verständlich gemacht, dass zusätzliche Materialien herangezogen werden.

3) Strukturierende Inhaltsanalyse

Die zusammengefasste Version wird unter Zuhilfenahme einer theoretischen Kurzversion neu geordnet und gegliedert (Borzt & Döring, 2002).

Die aus der Auswertung der Interviews gewonnenen Ergebnisse werden anschließend vor dem theoretischen Hintergrund aktueller Forschungsergebnisse interpretiert.

7.2.2 Gütekriterien qualitativer Datenanalysen

Nach Mayring (2002, S. 140) sollte auch „*qualitativ orientierte Forschung darauf bedacht sein, sich an Gütekriterien messen zu lassen*“. Für die Einschätzung der Ergebnisse, die im Rahmen einer qualitativen Inhaltsanalyse generiert werden, sind Gütekriterien „*besonders wichtig*“ Mayring (2003, S.45, 46).

Mayring (2003, S. 109, 110) weist darauf hin, dass „*die klassischen Kriterien der Reliabilität und Validität auch oft von Inhaltsanalytikern in Frage gestellt werden*“. Er konstatiert zudem, dass „*an deren Übertragbarkeit auf inhaltsanalytische Forschung*“ oft „*Kritik geübt*“ worden sei. Ein Kritikpunkt ist z.B., dass eine Reliabilitätsbestimmung mittels eines – Paralleltestverfahrens nicht sinnvoll erscheint. Die Äquivalenz zweier Instrumente bei der Analyse sprachlichen Materials ist kaum nachweisbar. Die Split-half-Methode erscheint ebenfalls nicht ratsam. Im Rahmen einer Inhaltsanalyse werden der Umfang des Materials und der Umfang des Instrumentes (der Kategorien) meist so bestimmt, dass in einzelnen Teilen Erkenntnisse zutage treten können, die das Gesamtergebnis völlig verändern. Die inhaltsanalytische Reliabilität wird oft im Rahmen einer Intercoderreliabilität bestimmt, was bedeutet, dass die gesamte Analyse von mehreren Personen, deren Ergebnisse abschließend verglichen werden, durchgeführt wird. Ritsert (1972, S. 70) wendet jedoch dagegen ein, dass nur bei sehr einfachen Analysen eine hohe Übereinstimmung zwischen den Kodierern zu erreichen ist. Lisch und Kriz (1978, S. 90) sind der Ansicht, dass Interpretationsunterschiede zwischen mehreren Analytikern bei sprachlichem Material ganz selbstverständlich vorkommen. Aus diesem Grund stellen die Autoren „*das Konzept der Intercoderreliabilität gänzlich in Frage*“.

Für die Validität gelten dieselben Kritikpunkte wie für die Reliabilität, da die Reliabilität die Voraussetzung für die Validität ist (Mayring 2003, S. 110). Ritsert (1972) kritisiert das Validitätskonzept im Rahmen qualitativer Forschung, indem er auf die Zirkularität von Validierungen hinweist. Wird Material außerhalb der eigenen Untersuchung als Gütemaßstab herangezogen, muss dessen Gültigkeit bereits feststehen. Krippendorff (1980) hat in diesem Zusammenhang den Begriff „*Trilemma*“ geprägt. Oft ist kein direktes Wissen über den Gegenstand der Analyse vorhanden, sodass keine Aussage über die Validität der Ergebnisse getroffen werden kann. Ist Wissen über den Kontext des Materials vorhanden und wird dies zur Entwicklung analytischer Konstrukte genutzt, dann ist dieses Wissen nicht länger unabhängig von der Untersuchung und kann nicht zur Validierung der Ergebnisse genutzt werden. Wird das Wissen über den Untersuchungsgegenstand unabhängig von der eigentlichen Untersuchung bewahrt, dann ist die Anstrengung, jene durch das Material zu erschließen, überflüssig.

Aus den oben dargestellten Gründen werden auch in Bezug auf die Datenanalyse bzw. - die Auswertung die klassischen Gütekriterien abgelehnt und die in Kapitel

7.1.5 aufgezählten alternativen Gütekriterien von Steinke (1999, 2008) als Maßstab gesetzt und bezüglich ihrer Umsetzungsmöglichkeiten im Folgenden diskutiert:

Das Kriterium der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses soll vor allem durch einen sehr transparenten Forschungsprozess gewährleistet werden. Wie im Kapitel 7.1.5 dargelegt, enthält der Auswertungsband neben den Dokumenten zur Datenerhebung auch die Dokumentation der Auswertungsmethoden. So sind in chronologischer Reihenfolge sämtliche Interpretationsschritte mit entsprechenden Belegen aufgeführt. Die einzelnen Auswertungsschritte sind aus Gründen der Übersichtlichkeit nicht komplett lückenlos (d.h. alle Schritte für jeden einzelnen Fall) abgedruckt. Lediglich der erste Auswertungsschritt ist für jeden einzelnen aller Fälle dargestellt. Übersichtsskizzen erleichtern jedoch das Verständnis und ermöglichen ein Nachvollziehen des Auswertungsprozesses aus der Vogelperspektive. Ebenso finden sich Berechnungen und Ergebnisse der quantitativen Erhebung, die nicht in der Ergebnisdarstellung auftauchen. Die Dokumentation und Erläuterung der Auswertungsmethoden, der Informationsquellen und wörtlicher Äußerungen der Interviewpartnerinnen erfolgten konventionell nach wissenschaftlichem Standard in der Dissertation selbst. Was Beobachtungen der Forscherin angeht, die über den vorab festgelegten Rahmen hinausgehen sowie ihre Interpretationen, Deutungen und Hypothesen, so fließen diese in die Diskussion der Ergebnisse ein, sind jedoch explizit als subjektive Deutung kenntlich gemacht.

Aufgrund der Rahmenbedingungen war es nur sehr begrenzt möglich, die intersubjektive Nachvollziehbarkeit diskursiv (z.B. über peer debriefing) herzustellen. Das Projekt wurde nur phasenweise mit Fachkollegen/Fachkolleginnen diskutiert. Die meisten Kontakte zu Kollegen/Kolleginnen wurden über diverse Online – Portale hergestellt.

Das Kriterium Indikation des Forschungsprozesses und der Bewertungskriterien soll darüber erfüllt werden, dass die Erhebungsmethoden adäquat auf die Auswertungsmethoden abgestimmt und die qualitative mit der quantitativen Forschungsmethode passgenau kombiniert wurde. Das Leitfadeninterview ist vorstrukturiert und kommt bei jeder Interviewten in gleicher Weise zum Einsatz, obgleich es von Seiten der Befragten eine individuelle Reaktion ermöglicht. Die darüber erzielte Vergleichbarkeit aller Interviews ist die ideale Voraussetzung für die sehr systematische inhaltsanalytische Auswertung nach Mayring. Da alle Fragen offen gestellt und die Interviews in einer offenen Atmosphäre

gehalten werden, sollte es den Gesprächsteilnehmerinnen stets möglich sein, Vorannahmen zu irritieren. Da die Fragestellung keiner Theorie entlehnt und Vorannahmen nur in rudimentären Ansätzen vorhanden sind, ist diese Vorgabe naturgemäß leicht zu erfüllen. Aufgrund der systematischen Analyse ist jedoch auch die inhaltliche Reichweite der Aussagen durch den Horizont der Fragen begrenzt, liegt also im System selbst begründet.

Zur Realisierbarkeit unter forschungspragmatischer Sicht wurde bereits in Kapitel 7.2.2 Stellung genommen. Die Frage, ob die Qualitätskriterien, die an die Studie angelegt wurden auch dem jeweiligen Gegenstand, der Methode und der Fragestellung angemessen sind, wurde jeweils in der Einleitung zu Kapitel 7.2.2 und 7.1.5 diskutiert.

Das Kriterium *Empirische Verankerung der Theoriebildung und –prüfung* muss unter Einschränkung betrachtet werden, da es im Rahmen der vorliegenden Erhebung ausschließlich Kategorien zu entwickeln gilt und keine Theorien. Kategorien haben nicht den gleichen Abstraktionsgrad wie Theorien. Es soll jedoch auch für die Kategorien eine empirische Verankerung nachgewiesen werden, als alle Kategorien mittels Verweise auf entsprechende Aussagen der Interviewten und Textstellen belegt werden. Die Feststehenden Kategorien wurden in einer nachträglichen Überprüfung auf ihre mögliche Bezugnahme zum Text überprüft. Der Vorschlag von Steinke (2008) explizite Gegenbeispiele zu einer Hypothese zu suchen (analytische Induktion), wurde insofern aufgegriffen, als Argumentationen innerhalb der Diskussion der Ergebnisse mittels Antithese überprüft wurden. Innerhalb der Fragestellung ist jedoch keine explizite Hypothese enthalten, die zu widerlegen möglich ist. Ein weiterer Vorschlag von Steinke (1999) ist der „Member Check“ als Mittel zur Entscheidung darüber, ob Untersuchungsergebnisse durch die Untersuchten bestätigt werden. Im Hinblick auf die vorliegende Studie ist das Kriterium jedoch fraglich, da es nicht Sinn der Inhaltsanalyse ist, dass der einzelne Interviewte sich in den einzelnen Kategorien wiederfinden sollen. Mittels der Inhaltsanalyse werden Aussagen im Hinblick auf bestimmte Kategorien zusammengefasst. Die Tendenz einer einzelnen Person ist daher wenig ausschlaggebend. Schlussfolgernd kann das Kriterium nur eingeschränkt erfüllt werden.

Das Kriterium der *Limitation* soll die Grenzen des Geltungsbereiches einer Theorie herausfinden und überprüfen. Es gilt die Frage zu beantworten, welche Bedingungen erfüllt sein müssen, damit das in den Theorien (bzw. im vorliegenden Fall Kategorien) beschriebene Phänomen auftritt? Zwei Vorschläge von Steinke (1999) zur Überprüfung, ob das Kriteriums

realisiert wurde, sollen Anwendung finden. Bei der Technik der Fallkontrastierung werden im Verhältnis zur Theorie (hier Kategorie) maximal und minimal verschiedene Fälle ausgesucht und analysiert. Anschließend erfolgt ein kontrastierender Vergleich der Fälle. Dies ermöglicht kontrastierendes Beschreiben der Bestimmungselemente, die gleichartige Fälle miteinander teilen. Die Fallkontrastierung soll in der Diskussion der Ergebnisse insofern zur Anwendung kommen, als die Fälle innerhalb einer Kategorie diskutiert werden, die (in Bezug alle Fälle der Kategorie) abweichende oder extreme Fälle darstellen. Darüber hinaus empfiehlt Steinke (1999) grundsätzlich die Suche und Analyse von abweichenden, negativen und extremen Fällen. Es ist nicht möglich, diese zusätzlich ausschließlich zur Überprüfung der Grenzen einer Kategorie heranzuziehen, da die Untersuchung in Deutschland zum ersten Mal stattfindet und daher vor der vorliegenden Untersuchung keine Fälle schriftlich fixiert wurden. Zudem ist die Zielgruppe schwer zugänglich, weswegen die Verwendung einzelner Fälle zu Zwecken der Überprüfung als eine „Verschwendung“ von Ressourcen erscheint.

Das Kriterium der Kohärenz fordert auf, dass wenn möglich keine Widersprüche in den Daten und weiteren Interpretationen auftreten sollten (Steinke, 1999, S. 241). Dieses Kriterium wird abgelehnt, da es nicht zur Generierung von Theorien kommt. In der Zusammenfassung werden Widersprüche explizit als solche benannt. Darüber hinaus sollen Erklärungen für diese entwickelt werden.

Das Kriterium Relevanz bedeutet, dass die generierte Theorie die Möglichkeit zur praktischen Verwertbarkeit enthalten sollte. *„Wissen ist brauchbar, relevant, lebensfähig (...), wenn es der Erfahrungswelt standhält und uns befähigt, Vorhersagen zu machen und gewisse Phänomene (d.h. Erscheinungen, Erlebnisse) zu bewerkstelligen oder zu verhindern.“* (Glaserfeld, 1985, S. 22 zitiert nach Steinke, 1999). Steinke empfiehlt, dass in Bezug auf die Theorie folgende Fragen beantwortet werden sollten:

- 1) Ist die Fragestellung relevant?
- 2) Welchen Beitrag leistet die entwickelte Theorie
 - 2a) Werden durch die Theorie neue Deutungen zur Verfügung gestellt?
 - 2b) Beinhaltet die Theorie Erklärungen für das interessierende Phänomen?
 - 2c) Inwiefern regt die Theorie zur Lösung von Problemen an?
 - 2d) Sind die Ergebnisse verallgemeinerbar?
 - 2e) Ist die Darstellung der Theorie überschaubar?

Die erarbeiteten Kategorien sollen in Bezug auf ihre Implikationen für die psychosoziale Beratung ungewollt Kinderloser diskutiert werden. Insofern können sie für psychosoziale Fachkräfte relevant sein, da sie neben allgemeinen Informationen (z.B. in Form soziodemografischer Daten) zur Zielgruppe ihrer potentiellen Klientinnen und Patientinnen auch Informationen über konkrete Handlungspraxen und deren Beweggründe enthalten. Für Betroffene ist sicher auf theoretischer Ebene interessant, eine Information zu Handlungspraxen ebenfalls Betroffener zu erhalten, ohne dass sich daraus eine konkrete alltagspraktische Relevanz ableiten lassen muss.

Das Kriterium der reflektierten Subjektivität kann in Bezug auf die Auswertungsphase eingeschränkt erfüllt werden. Das Auswertungsverfahren von Mayring ist recht systematisch und bietet für Subjektivität kaum Raum. Erst in der Diskussion der Ergebnisse kann diese wieder einfließen und wird explizit kenntlich gemacht, um eine präzise Unterscheidung zwischen Ergebnis und Meinung zu ermöglichen. Das Forschungstagebuch fand in diesem Prozess keine Anwendung mehr. Einen großen Beitrag zur Reflektion eigener Anteile am Untersuchungsergebnis hat die Diskussion mit den wenigen Betroffenen ermöglicht, die sich in der Endphase der Arbeit aus intrinsischem Interesse an den Ergebnissen bei der Autorin meldeten. Die Vermittlung der vorläufigen Ergebnisse im Gespräch war unter anderem stets mit einer Diskussion der eigenen Rolle im Feld und kritischen Reflektion der Ergebnisse verbunden.

7.3 Ergebnisse

Im vorliegenden Kapitel werden die Ergebnisse der inhaltsanalytischen Auswertung nach Mayring vorgestellt. Die vier Unterkapitel

7.3.1 Die Interviewpartnerinnen – soziodemografischer Hintergrund,

7.3.2 Im Vorfeld der Eizellspende,

7.3.3 Entscheidungen im Rahmen der Behandlung und

7.3.4 Nach der Behandlung

dienen einzig der Strukturierung des Kapitels, entsprechen also nicht jeweils einer Kategorie (nach Mayring). Sie sind chronologisch entsprechend dem Ablauf einer

Eizellspendebehandlung aufgebaut. Das bedeutet, am Anfang steht der unerfüllte

Kinderwunsch, anschließend die Auseinandersetzung mit alternativen Möglichkeiten, die

Elternschaft zu realisieren usw. Zum größten Teil entsprechen die Inhalte auch chronologisch

dem Aufbau des Fragebogens. Die Fragestellung „*Haben Sie das Gefühl, dass sich durch die Eizellspende etwas in Ihrer Partnerschaft geändert hat*“ (Frage 6.) ergab leider keine

Antworten mit neuem Aussagegehalt. Aus diesem Grund wurde die Frage nicht ausgewertet.

Die Interviewten sprachen jedoch von sich aus interessante und neuartige Aspekte an, die

nicht im Fragebogen enthalten waren. Diese Aussagen sind selbstverständlich (in gebündelter Form) alle in den Kategorien enthalten.

7.3.1 Die Interviewpartnerinnen – soziodemografischer Hintergrund und Werthaltungen

Insgesamt wurden zwölf Interviews mit Frauen im Alter von 36-50 Jahren durchgeführt, die bereits seit mehreren Jahren in einer festen Partnerschaft bzw. Ehe lebten. In der folgenden Tabelle sind einige Rahmendaten der betreffenden Frauen enthalten.

Tabelle 3

Vorstellung der zwölf Interviewpartnerinnen im Rahmen der empirischen Untersuchung zur Dissertation „Eizellspende und genealogische Implikationen (...)“

	Alter	Beruf	Kinder	Grund der Eizellspende
Frau A.	46	Ingenieurin	2 Kinder nach reproduktions-medizinischer Behandlung	Frau A. ließ sich nach der Geburt des 2. Kindes sterilisieren. 6 Monate später kam jedoch ein erneuter Kinderwunsch auf. Nach 10 IVF-Behandlungen in Deutschland beschloss sie im Alter von 44 Jahren, aufgrund nachlassender Aktivität eigener Eizellen, eine Eizellspende in Anspruch zu nehmen.
Frau B.	50	Psychotherapeutin / Psychologin	3 Kinder <ul style="list-style-type: none"> → Tochter durch IVF → Zwillinge nach Eizellspende 	Frau B. hatte einen unerfüllten Kinderwunsch zwischen 30-40 Jahren. Die erste IVF erfolgte im Alter von 35. Beim dritten IVF-Versuch wurde sie schwanger. Ein Jahr nach der Geburt setzte sie aufgrund erneuten Kinderwunsches die Behandlungen fort und nahm insgesamt 22 Behandlungen in Anspruch. Die erste Eizellspende verursachte eine Zwillingsschwangerschaft.
Frau C.	36	Leitung eines interkulturellen Frauencafés (studierte Sozialwissenschaftlerin)	kein Kind	Frau C. hat seit dem Alter von 28 Jahren einen unerfüllten Kinderwunsch. Im Rahmen einer ärztlichen Untersuchung wurde beim Mann eine Einschränkung der Zeugungsfähigkeit festgestellt. Nach etlichen erfolglosen Inseminationen und ICSI- Behandlungen wollen sie noch einige Inseminationen vornehmen lassen und bei Misserfolg eine Eizellspende als „letzten Versuch“ unternehmen. Das Erstgespräch fand bereits statt.

Fortsetzung der Tabelle 3

	Alter	Beruf	Kinder	Grund der Eizellspende
Frau D.	37	Studium Kommunikationswissenschaften mit BWL und Psychologie im Nebenfach	2 Kinder <ul style="list-style-type: none"> ➔ leibliche Tochter (10 Jahre) ➔ Tochter nach Eizellspende (2 Jahre) 	Frau D. bekam mit 27 Jahren mittels natürlicher Empfängnis ein Kind. Nach der Geburt stellte sich der Körper aufgrund einer Autoimmunreaktion um. Im Alter von 31 Jahren wurde die Diagnose „vorzeitige Wechseljahre“ gestellt.
Frau E.	44	wissenschaftliche Angestellte in der Politik	kein Kind	Das Paar hat im Alter von ca. 40 Jahren mit der Familienplanung begonnen. Beide hatten sich mit Ende 30 kennengelernt und wollten sich erst Zeit füreinander nehmen. Nach ärztlicher Untersuchung wurden körperliche Einschränkungen festgestellt.
Frau F.	41	Lehrerin	befindet sich in der ersten Schwangerschaftswoche	Das Paar hat im Alter von ca. 40 Jahren mit der Familienplanung begonnen. Als Grund benennt Frau F. das zeitintensive Studium. Nach ärztlicher Untersuchung wurden körperliche Einschränkungen festgestellt.
Frau G.	42	Technische Redakteurin.	2 Kinder <ul style="list-style-type: none"> ➔ leiblichen Sohn (6 Jahre) ➔ Tochter nach Eizellspende (1,5 Jahre) 	Frau G. hat mit 36 Jahren nach Hormonbehandlungen einen Sohn bekommen. Nach der Geburt musste sie krankheitsbedingt mit Chemotherapie behandelt werden. Die Therapie hat ihre Eizellen zerstört.
Frau H.	36	Psychologin	1 Kind <ul style="list-style-type: none"> ➔ Tochter nach Eizellspende (10 Monate) 	Nachdem Frau H. die Diagnose Endometriose gestellt wurde, nahm sie 2x erfolglos eine ICSI in Anspruch. Ihre Ärztin wies darauf hin, dass die Erfolglosigkeit in der Eizellqualität begründet ist.
Frau K.	39	Betriebswirtin	2 Kinder <ul style="list-style-type: none"> ➔ leibliches Kind (16 Jahre) ➔ leibliches Kind (19 Jahre) 	Frau K. hatte sich sterilisieren lassen. Mit einem neuen Lebensgefährten tauchte jedoch ein erneuter Kinderwunsch auf. Das Paar nahm ohne Erfolg zwei IVF-Behandlungen in Anspruch und ließ eine Refertilisierung vornehmen. Nachdem festgestellt wurde, dass sie kurz vor dem Klimakterium steht, empfahl der behandelnde Arzt eine Eizellspende.

Fortsetzung Tabelle 3

	Alter	Beruf	Kinder	Grund der Eizellspende
Frau M.	38	abgeschlossenes Studium der Politikwissenschaften und Erziehungswissenschaften; zurzeit nicht berufstätig	keine Kinder	Aufgrund einer Viruserkrankung im Kindesalter erlitt Frau M. eine Einschränkung ihrer Fruchtbarkeit. Die behandelnde Ärztin empfahl eine Eizellspende.
Frau N.	47	Konferenzdolmetscherin	1 verstorbener Sohn (Totgeburt)	Frau N. hatte mit 45 Jahren (März '06) eine Totgeburt und kam danach in die Menopause. Eine Spezialistin an der Uniklinik empfahl ihr die Eizellspende.
Frau O.	45	Vermessungsingenieurin	2 leibliche Kinder (18 und 21 Jahre)	Hat im mittleren Alter einen neuen Partner kennengelernt und möchte mit ihm ein gemeinsames Kind. Aus Altersgründen hat sie nicht mehr genügend eigene Eizellen.

Die interviewten Frauen waren zumeist verheiratet, lebten in Großstädten oder mittelgroßen Städten und gehörten der Mittelschicht an. Im Durchschnitt betrug ihre Partnerschaftsdauer 7,5 Jahre. Die Hälfte der Interviewten gehörte formal einer Religionsgruppe an, erschien jedoch nicht maßgeblich durch Wertvorgaben der entsprechenden Glaubensrichtung bestimmt. Dies betraf auch das reproduktive Verhalten.

„ja, wir sind beide evangelisch (--), wobei ich ganz ehrlich sagen muss, ich hätte bei meinem kinderwunsch – glaub' ich – keine rücksicht darauf genommen, wenn, äh, wenn das irgendwie von der konfession her, äh, äh, das gibt's jetzt gar net, aber wenn die kirche sich dagegen ausgesprochen hätte. da hätte ich meinen kinderwunsch darüber gestellt, ne.“ (Interview Nr. 01; S. 23; Z. 1004-1009)

Alle Frauen waren Akademikerinnen. Sieben Frauen hatten bereits ein oder mehrere Kind/er, während lediglich eine Befragte zum Zeitpunkt des Interviews schwanger war. Vier der zwölf Frauen waren kinderlos. In der folgenden Tabelle ist das Verhältnis der Mütter zu ihren Kindern differenziert nach Alter und Geschlecht der Kinder, leiblichem Kind oder Eizellspendekind dargestellt.

Tabelle 4

Überblick in Bezug auf die Kinder der zwölf Interviewpartnerinnen im Rahmen der empirischen Untersuchung zur Dissertation „Eizellspende und genealogische Implikationen (...)“

Frau	Anzahl und Alter der Kinder	davon leibliche Kinder	davon Kinder nach Eizellspende
A.	Sohn (10 Jahre) Sohn (8 Jahre)	leiblich leiblich	
B.	Tochter (7 Jahre) Zwillinge (2 Jahre) (Mädchen und Junge)	leiblich nach IVF	nach Eizellspende
D.	Tochter (10 Jahre) Tochter (2 Jahre)	leiblich	nach Eizellspende
G.	Sohn (6 Jahre) Tochter (1,5 Jahre)	leiblich nach Hormonbehandlung	nach Eizellspende
H.	Tochter (10 Monate)		nach Eizellspende
K.	(16 Jahre) (19 Jahre)	leiblich leiblich	
O.	(18 Jahre) (21 Jahre)	leiblich leiblich	

Die oben referierten Indikatoren des soziodemografischen Hintergrundes können eindeutig erfasst werden. Schwieriger gestaltet sich die Beantwortung der Frage, ob und welche Werthaltungen geteilt werden und welchem sozialen Milieu die Interviewpartnerinnen zuzuordnen sind. Tatsächlich gibt es trotz unterschiedlicher Lebenswelten Gemeinsamkeiten in der Mentalität, die den Aussagen indirekt entnommen wurden. Allen Frauen gemeinsam war eine hohe Berufsorientierung und/oder Orientierung an selbstgestalteten gesellschaftlichen Projekten mit einer damit verbundenen hohen Arbeitsmoral. Sie sind tendenziell eher aufstiegsorientiert (im Gegensatz zur genügsamen Zufriedenheit). Wegen ihrer starken Zukunftsorientierung sind diese Frauen bereit, gegenwärtig viel zu leisten, um zukünftig davon zu profitieren. Sie haben damit einhergehend eine ausgeprägte Neigung zum zielorientierten Belohnungsaufschub. Dazu gesellt sich das Vertrauen darauf, dass Situationen stets veränderbar sind. Diese Veränderbarkeit wird unter anderem auch der individuellen Verantwortung zugeschrieben und ist mit der Bereitschaft verknüpft, diese auch zu übernehmen. Dass diese Frauen ihre Umweltbedingungen in dieser Weise einschätzen, mag

daran liegen, dass sie mit den erforderlichen materiellen, sozialen und kulturellen Ressourcen ausgestattet sind, um Veränderung initiieren, Einfluss nehmen und – zumeist – dem Anspruch an Eigenverantwortung und Autonomie gerecht werden zu können. Gegenüber Ärztinnen und Ärzten scheinen sie ihre Interessen überwiegend artikulieren zu können, mit der Tendenz, deren Aufgabenbereiche mitzudenken und Forderungen zu stellen. Die Motivation, am Interview teilzunehmen, entsprang häufig der Absicht, auf die eigene Geschichte und die daraus resultierenden Forderungen (an Rechtsprechung und Gesundheitswesen) aufmerksam zu machen. Die Thematik in Kombination mit der anonymen Interviewsituation polarisierte sehr stark. Entweder begegneten die Befragten der Verfasserin dieser Arbeit sehr freundlich - wertschätzend und betonten beispielsweise, wie sehr sie sich darüber freuten, dass sich endlich jemand aus wissenschaftlicher Perspektive diesem Phänomen widmet und es in die Öffentlichkeit bringt. Oder – und das war das andere Extrem – die Interviewten waren sehr misstrauisch und vermuteten hinter dem Dissertationsprojekt völlig andere Interessen bzw. sahen darin einen heimlichen Vorwand, um dritte Interessen zu bedienen. Aus diesem Argwohn heraus wurde die Interviewerin z. B. kritisch danach befragt, ob sie finanziell davon profitiere, bestimmte Webseiten zu verlinken. Eine andere Vorstellung war, dass die Interviewerin mit Seminarleitern/Seminarleiterinnen und psychosozialen Vereinen in Verbindung stünde und die persönlichen Daten der Befragten ausschließlich zu dem Zweck sammelte, sie an diese weiterzuleiten.

7.3.2 Im Vorfeld der Eizellspende

Im folgenden Unterkapitel soll es darum gehen, welche Ausgangssituationen zur Inanspruchnahme einer Eizellspende führen können und welche Entscheidungen dies mit sich bringt.

Ausgangspunkt der Entscheidung für eine Eizellspende war in jedem untersuchten Fall ein unerfüllter Kinderwunsch, der sich nicht über die natürliche Konzeption erfüllen ließ. Vor Inanspruchnahme der Eizellspende fand bei allen Befragten eine Auseinandersetzung mit Alternativen zur Eizellspende statt, beispielsweise mit anderen reproduktionsmedizinischen Behandlungsverfahren, mit Adoption oder mit der Möglichkeit, ein Pflegekind aufzunehmen. Einige Paare leiteten das Adoptionsverfahren ein, wurden jedoch im Rahmen des Bewerbungsverfahrens für ein Adoptivkind abgelehnt; andere bewarben sich überhaupt nicht,

da sie den Anforderungskriterien (wie z. B. regelmäßigem Einkommen, Altersgrenze) nicht genügten.

Obwohl alle Paare eine Adoption (zumindest theoretisch) in Erwägung gezogen hatten, strebte sie zum Befragungszeitpunkt niemand mehr aktiv an. Vielmehr hatten die Frauen sich von diesem Wunsch distanziert oder völlig damit abgeschlossen. Einige Frauen trauten sich nicht zu, den besonderen emotionalen Ansprüchen eines Adoptivkindes gerecht zu werden. Wenige nannten auch zu hohe bürokratische Hürden, zu lange Wartezeiten, undurchsichtige und viel zu hohe finanzielle Forderungen bei einer Auslandsadoption oder die Befürchtung, dass das Jugendamt im eigenen Familienleben dauerhaft als Kontrollinstanz fungieren würde, als Grund, sich gegen eine Adoption zu entscheiden. Die Begründung derjenigen, die über eine Adoption nachgedacht und sich ohne Auseinandersetzung mit den konkreten Anforderungen des Adoptionsprozesses dagegen entschieden hatten, lautete, dass das eigene Kind mit der Mutter zumindest durch Schwangerschaft und Geburt verbunden und mit dem Partner der Mutter biologisch verwandt sein solle. Zudem hätten Eizellspendekinder – im Gegensatz zu Adoptivkindern – keine belastenden Vorerfahrungen gemacht und keine einschneidenden Trennungserlebnisse erfahren. Darüber hinaus fällt auf, dass bei den Interviewten ein Trend zum Dementieren des Anteils der Gene existiert.

Einige, jedoch nicht alle befragten Frauen waren über einen Zeitraum von mehreren Jahren ungewollt kinderlos. Während dieser Zeit erlebten sie erfolglose reproduktionsmedizinische Behandlungen (die keine Eizellspenden waren), erfolglose Adoptionsversuche und/oder eine langwierige Diagnostik der Ursachen für die ausbleibende Schwangerschaft. Der Kinderwunsch *kann* während einer derart langwierigen Phase eine sich zunehmend verstärkende Eigendynamik entwickeln, bei der sich die emotionale und sachliche Auseinandersetzung mit dem Kinderwunsch ebenso intensiviert wie die Bereitschaft, für ein positives Ergebnis „fast alles“ Erfolgversprechende in Angriff zu nehmen. Diese Eigendynamik kann von der Idee, selbst einen Anteil am mangelnden Reproduktionserfolg zu haben, intensiviert werden oder, in wenigen Fällen, dadurch entstehen, dass einmalige (Teil-)Erfolge⁷² nach reproduktionsmedizinischer Behandlung erneute Erwartungen wecken und Hoffnung nähren, was zur Wiederholung der Behandlung führt. Zu diesem Prozess gehört auch die Annahme, man könne jederzeit damit aufhören, erneute Behandlungen in Anspruch

⁷² Erfolg sei an dieser Stelle definiert als: eine Schwangerschaft ist eingetreten, der jedoch eine Fehlgeburt folgt. Oder ein Kind wird geboren, das erwünschten nachfolgende Geschwisterkind bleibt jedoch trotz zahlreicher Behandlungen aus.

zu nehmen, ohne aber tatsächlich dazu in der Lage zu sein. Die meisten Frauen ziehen aus ihren eigenen Erfahrungen sowie aus denen anderer Patientinnen oder aus theoretischen Überlegungen den Schluss, dass es wichtig sei, sich hinsichtlich der Behandlungshäufigkeit eine strikte Grenze zu setzen. Sie empfehlen, man solle insbesondere darauf achten, dass die Behandlungsmisserfolge die Psyche nicht zu sehr belasteten oder der unerfüllte Kinderwunsch das Leben völlig dominiere. In zwei Fällen entschieden sich Frauen zur Sterilisation, was dem Wunsch entsprang, sich dazu zu zwingen, mit dem Thema abzuschließen. Mitunter gebietet die wiederholte Erfolglosigkeit einer teuren Behandlung aus finanziellen Gründen, mit dem Kinderwunsch abzuschließen. Erfolgt dieser Abschluss fremdbestimmt nach einer langen Zeit der psychischen, finanziellen und körperlichen Belastung, wird er zuweilen als Erleichterung empfunden.

Infolge der wiederholt erfolglosen reproduktionsmedizinischen Behandlungen sowie des über lange Zeit unerfüllten Kinderwunsches können bei den Befragten verschiedenste (psycho-) somatische und seelische Beeinträchtigungen konstatiert werden, wie z. B.

- herabgesetzte Konzentration bei der Arbeit,
- Gereiztheit,
- Stimmungsschwankungen oder gar
- Wut auf den eigenen Körper.

Eine Interviewte macht zu diesen Belastungsfaktoren nähere Ausführungen. Sie beschreibt, dass bereits die Konfrontation mit dem Thema Elternschaft für sie eine hohe emotionale Belastung darstellt. Vor diesem Hintergrund werden Besuche bei befreundeten Eltern, schwangere Passantinnen oder Eltern in Begleitung von Kindern auf der Straße zur Herausforderung.

oder ne freundin sagt ihnen, um himmels willen, .hh, ich dachte diesen monat schon, ich bin schon wieder schwanger. wenn sie so was hören, das ist, das ist, .hh, das ist so, ja, so ein .hh, das ist, dass das so untern kopf geht, oder ja, und das tut SOO WEH. (Interview Nr. 09; S. 8; Z. -279-301)

Der Leidensdruck ist so hoch, dass sie versucht, diese Begegnungen zu vermeiden.

hhh, äh, man, man kann in kein kinderwagen kucken, man schlägt einladungen von Freunden aus, die, die kleine kinder haben. weil man, weil man den anblick einfach nicht erträgt. (Interview Nr. 09; S. 8; Z. -285-288)

In solch einer belasteten Situation neigt sie zu Vergleichen zwischen sich und den ihr im alltäglichen Kontakt begegnenden Müttern und (potenziell) schwangeren Frauen. Vor allem Frauen mit einem das Kindeswohl gefährdenden persönlichen Lebenswandel, die ihr in einer solchen Stimmung als Schwangere oder Mütter jüngerer Kinder im Alltag begegnen, scheinen besonders intensive negative Gefühle auszulösen:

ja, ja, aber es tritt dann dann auch son gefühl, oder man hat dann auch, son gefühl, hier stimmt doch irgendwas nicht. (...) wir sehen hier SEHR sehr viele junge frauen, die .hhh, die noch nicht einmal ne richtige schulausbildung haben. und .hh, die dann (.) schwanger sind, haben noch ein kleines kind an der hand und brüllen die kinder an.(...) .hhh, das tut mir so weh, da sag ich mir immer, ich muss das jetzt mal so ausdrücken, diese assis die, die, die rauchen, die stehen mit der flasche bier irgendwo in der hand oder rauchen und sind SCHWANGER und kriegen ein kind nach dem anderen. und du hast alle voraussetzungen, .hh, die, und du kannst dem kind, du hast lebenserfahrung. du bist mit dir selbst im reinen. du bist gereift. .hhh, hast einen tollen beruf, hast auch einen entsprechenden finanziellen status, und es geht einfach nicht. du könntest dem kind .hh, du bist so mit dir selbst so im reinen und so mit dir selbst so aufgeräumt und so ausgeglichen .hh, und, und würdest dem kind so viel LIEBE und so viel ähm (--) ja, du würdest dich so auf, äh, vielleicht nicht aufopfern, aber du hättest so viel, du hast noch so viel zu GEBEN. .hh, und das geht einfach nicht, das ist ne sache, die einen wirklich umtreibt. (Interview Nr. 09; S. –8-9; Z. –306-328)

Aufgrund der vielschichtigen Belastung/en nehmen einige Frauen aus eigener Initiative heraus eine Psychotherapie in Anspruch. Auf der Internetseite⁷³ der von einer Befragten empfohlenen therapeutischen Unterstützungsmöglichkeit stellt beispielsweise eine autodidaktisch organisierte Gruppe von Frauen verschiedene beratende und therapeutische Angebote vor. Die Angebote umfassen unter anderem die von diesen Frauen selbst entwickelte „*Emotionale Körpertherapie*“ und eine „*systemische Kinderwunschaufstellung*“. Das Konzept der emotionalen Körpertherapie besagt, dass die ungewollte Kinderlosigkeit auf intrapsychische Vorbehalte der betroffenen Person(en) gegenüber leiblichem Nachwuchs zurückzuführen ist.

Weniger bewusst sind wir uns jedoch der Wirkung unserer Gefühle, Sorgen und Ängste auch auf unsere Fortpflanzungshormone und somit auf unsere Empfängnisfähigkeit. Die Emotionale Körpertherapie ist eine Arbeit in tiefer Entspannung. Sie spürt unterbewusste emotionale Vorbehalte gegen eine Empfängnis auf und bringt sie sofort in eine Heilung. (Zart, Zart, Zart & Wischer 2009)

⁷³ www.kinderwunschweg.de [letzter Zugriff am 11.03.14]

Die von den Frauen praktizierte „*systemische Kinderwunschaufstellung*“ verlegt ebenfalls die Ursache einer ungewollten Kinderlosigkeit pauschal in die betroffene Person selbst, die jedoch auf familiäre und die Geschichte der eigenen Familie betreffende Faktoren erweitert wird:

Oft ist eine erschwerte Empfängnisfähigkeit bereits in der Geschichte unserer Familien begründet. So geben beispielsweise 90 % der Patientinnen an, einen Mutterkonflikt mit sich herum zu tragen. Dieser kann entweder im ‚realen‘ Leben gelöst werden, oder aber stellvertretend durch eine systemische Aufstellung.

Mit der systemischen Aufstellung ist uns ein großartiges Werkzeug gegeben, solche Konflikte aufzufinden und zu lösen, uns und unsere Nachkommen davon zu befreien. (Zart, Zart, Zart & Wischer 2009)

Den Gedanken, über tiefes Graben im Problem an die Wurzel allen Leidens zu gelangen und dieses damit abzuschaffen, gibt es auch in der entgegengesetzten Richtung. Das heisst, der Kinderwunsch kann/soll durch Lösen innerer Konflikte nicht nur in einer Schwangerschaft enden, sondern auch umgekehrt könne sich der Wunsch selbst auflösen. Frau A. hatte z. B. das Bedürfnis, sich vom Kinderwunsch zu befreien, da er sich nicht erfüllen ließ, und setzte als Mittel eine Psychotherapie ein.

in dieser psychotherapie könnt‘ ich vielleicht ergründen, wo kommt dieser wunsch auf einmal so stark her. .hhh, und wenn ich dann den grund kenne, könnt‘ ich auch diesen WUnsch wieder abstellen.

(Interview Nr. 01; S. 4; Z. –100-103)

Nach einem Jahr Psychotherapie hatte sich der Wunsch nach einem weiteren Kind jedoch dermaßen intensiviert, dass Frau A. in der Reproduktionsmedizin um Unterstützung ersuchte. In ihrem Fall scheint der Wunsch nach einem Kind mittels eingehender Auseinandersetzung noch kultiviert (statt aufgelöst) worden zu sein.

Manche Frau hatte das Bedürfnis, eine Erklärung dafür zu finden, warum sie den Kinderwunsch so beharrlich mit medizinischer Unterstützung verfolgt. Ein starker Wunsch nach Mutterschaft wurde von einer Betroffenen mit einem von der deutschen Kultur abweichenden kulturellen Hintergrund begründet. Ihr Status als „die Andere“ rief den Wunsch nach Mutterschaft hervor, da sie davon ausging, über die Elternrolle einen Platz in der deutschen Gesellschaft zu finden. Dieser intensive Mutterwunsch kann somit als Bedürfnis nach einer (neuen) Zugehörigkeit betrachtet werden.

„ich will auf jeden fall kinder, weil ich in der deutschen gesellschaft keinen platz finde.“

(Interview Nr. 10; S. 3; Z: 46-49)

Andererseits könne nach Ansicht der Betroffenen allein das Aufwachsen in einer kinderreichen Familie zu einem besonders intensiven Wunsch nach Mutterschaft beitragen.

„aber ich glaub‘ nicht, dass bei irgendeiner frau mutterwerden so stark und so intensiv war als bei mir (...)

ich hab‘ elf geschwister. ich habe mein ganzes leben bis zum 27. lebensjahr mit kindern, mit babys verbracht (...)

ich hab, äh (.) 23 neffen und nichten auf dem arm getragen (...) und, äh, ich hab mein ganzes leben darauf eingerichtet, eine richtige mutter zu sein. deswegen habe ich, äh, erziehungswissenschaften und politikwissenschaften studiert. und hab so viel gelesen und hab mich sooo richtig vorbereitet, äh, für, für <<lachend> für die zukunft-> (Interview Nr. 10; S. 5; Z: 161-172)

Die zwei oben dargestellten Konstellationen veranschaulichen, dass ein besonders ausgeprägter Wunsch nach Mutterschaft entweder auf kulturelle (Nicht-)Zugehörigkeit oder die eigene Familiengeschichte zurückgeführt wird. Damit werden für besonders intensive Mutterwünsche unabänderliche Faktoren des sozialen Umfeldes, zu dem man zugehörig ist/war, verantwortlich gemacht. In diesem sozialen Rahmen entwickle sich der Mutterwunsch in der aktuell/damals vorhandenen Intensität. Intraindividuelle Faktoren, die einen starken Wunsch nach Mutterschaft nähren, werden nicht benannt.

Das genau entgegengesetzte Phänomen zum oben beschriebenen, betrifft einen rasch Erfolg habenden, wenig belasteten Typus Frau. Jener wird recht schnell mit einer Diagnose konfrontiert. Kompetent und gut organisiert orientiert er sich in kurzer Zeit bezüglich seiner Möglichkeiten und setzt seine Pläne um. Die Eizellspende ist daraufhin erfolgreich. Dieser Typus befindet sich in der Rushhour des Lebens⁷⁴, in der innerhalb kurzer Zeit mehrere Lebensaufgaben (Berufseinstieg, Familiengründung) gleichzeitig zu bewältigen sind. Das kann zur Folge haben, dass sich die Frauen/Paare auf die rein praktisch-organisatorische Bewältigung ihres Projektes Eizellspende konzentrieren, die darin besteht, eine Schwangerschaft zu erzielen. Fragen zur Identität der Spenderin und deren Folgen werden im Rahmen dieser Zielsetzung zunächst ausgeblendet.

⁷⁴ nähere Erläuterungen zum Begriff finden sich bei Bittman und Rice, 2000

so, ich wurd‘ dann eben halt alleingelassen und bin dann halt nach haus gefahren, also zu meinen eltern gefahren, und hab‘ mich dort erst mal ausgeheult, und, ähm, hab‘ aber dann, äh, bin dann direkt an den computer ans internet und hab‘ dann halt, ähm, ja, am selben tag noch herausgefunden, wo und wie und überhaupt, und das hab ich dann mit meinem mann dann alles besprochen. .hh, so es war, es nützt ja nix ne, da jetzt zu heulen. und ich mein‘, ich konnte an der situation so wie sie war, jetzt nix ändern. (Interview Nr. 6, S. 3.; Z. –50-57)

das war es gar nicht. also das ist komisch, ähm, so, man denkt erst so im nachhinein erst drüber nach. .hh, ich hatte halt das glück, dass wir am bauen waren, wir hatten also (--) ja, glück, ne, wir hatten sehr viel zu tun, wir hatten sehr viel stress und .hh, wir hatten ganz pragmatisch eigentlich gesagt: ‚wie sollen wir das machen? (Interview Nr. 6, S. 3.; Z. –64-69)

Parallel dazu wird man womöglich mit den Grenzen anderer Systeme (z. B. Adoption nur bis 40 möglich) konfrontiert, wodurch die eigenen Wahlmöglichkeiten eingeschränkt werden und der Erfolgsdruck bezüglich der Eizellspende steigt.

das muss jeder für sich selber, äh, ja, machen. ne, da ja, das war eigentlich klar, es geht nur ne eizellspende. und aufgrund dieses, dieses, äh, hausbaustress hatte ich eigentlich auch gar nicht die möglichkeit, ständig so an mein‘ unterleib zu denken, ja. (Interview Nr. 6, S. 5.; Z. –134-137)

also, normalerweise ist das so, dass sich die frauen da TOTAL, äh, das ist so ein lebensprojekt. ja? (.) das ist so was ganz besonderes. ich mein‘, du musst da nach spanien fliegen, zum erstgespräch, du musst da einiges organisieren, und dann fliegst du nachher noch mal hin und und und .hhh, ja, das ist immer so zwischen tür und angel passiert. mein mann hat dann immer schnell irgendwie den flug organisiert und gebucht und, ähm .hh, ja, das lief eben alles neben diesem dem umzug und dem hausbau lief die eizellspende. (Interview Nr. 6, S. 5; Z. – 142-150)

Die Vorbereitungen zur Realisierung der Eizellspende erfordern im Verhältnis zu in Deutschland erlaubten medizinischen Behandlungen viel Eigeninitiative vonseiten des betroffenen Paares. Die Eigeninitiative bezieht sich auf:

- Informationsbeschaffung,
- Informationsbearbeitung (Diskussion),
 - Diagnostik und
 - psychosoziale Nachsorge.

Die Recherche nach einer passenden Klinik und Organisation der Auslandsreise sind nach Ansicht der Befragten ebenso selbstständig durchzuführen wie die psychosoziale Bewältigung

der Eizellspende, welche vorwiegend ohne ortsnahe – auf den Themenbereich spezialisierte – psychologische Beratung stattfindet. Die finanzielle Belastung infolge der Auslandsreise, medizinischen Behandlung und Lagerung befruchteter Eizellen muss vollständig selbst getragen werden. Ein Paar sah sich gezwungen, wegen der hohen Kosten einen Kredit bei der Bank aufzunehmen, ein anderes lieh sich das Geld bei den eigenen Eltern.

Einige Frauen erwerben mittels Eigeninitiative eine derart umfassende Kenntnis der medizinischen Sachverhalte, dass sie betonen, beim Erstgespräch kaum fachlicher Informationen von ärztlicher Seite bedurft zu haben. In Deutschland praktizierende Ärztinnen und Ärzte dienen im Hinblick auf die Eizellspende trotz der Gesetzeslage als Informationsquelle. Sie sind zudem aus ökonomischen Gründen sehr wichtige Kooperationspartner zur Vorbereitung der Eizellspende, da kaum ein Paar es sich finanziell leisten kann, für jede die Eizellspende vorbereitende Untersuchung ins Ausland zu reisen. Diese Form der (i.d.R. normalen) Abhängigkeit von Leistungen deutscher Ärzte hat vor dem Hintergrund eines gesetzlichen Verbotes und gesellschaftlichen Tabus den Nachteil, dass Paare sich zu einem übervorsichtigen und/oder täuschendem Verhalten veranlasst fühlen. Zwei Frauen berichteten von der Erfahrung, dass in Deutschland praktizierende Frauenärzte/Frauenärztinnen die Eizellspende als Behandlungsform an sich offen ablehnten und kritisierten. Andere unterstellen den Ärztinnen und Ärzten diese Ablehnung. Um Formen von Ablehnung und Kritik von vornherein zu vermeiden, wird die ausländische Spende in manchen Fällen fälschlicherweise als reine IVF-Behandlung ausgegeben, die z. B. ausschließlich aus Kostengründen im Ausland durchgeführt würde. Ärztinnen und Ärzten, die sich akzeptierend und unterstützend verhalten, wird sehr hoch angerechnet, dass sie sich trotz strafrechtlicher Relevanz für die Unterstützung der Behandlung einsetzen und hilfreich zur Verfügung stehen.

Was die eigene Haltung zur Eizellspende angeht, so hatte ein Großteil der Frauen anfangs gar keine Meinung, da zumeist kaum Kenntnisse über die Thematik vorhanden waren. Einige Frauen, denen die Eizellspende als medizinischer Eingriff bekannt war, lehnten diesen anfangs für sich selbst ab. Das Haupthindernis stellte in diesen Fällen die fehlende genetische Mutterschaft dar. Mit zunehmender Auseinandersetzung entschieden sich diese Frauen jedoch entweder dafür, den Eingriff trotz ihrer Bedenken in Anspruch zu nehmen – und änderten ihre Meinung zur Befürwortung unter Einhaltung gewisser Regeln und Grenzen –, oder sie

beschlossen, sich trotz bereits laufender Behandlung erst einmal nicht weiter mit der genetischen Mutter auseinanderzusetzen.

Lediglich drei Frauen trugen konkrete Anlässe/Faktoren vor, die zur Akzeptanz der Eizellspende führten:

- Die bereits erfolgte Auseinandersetzung mit der Donogenen Insemination als Option für das Paar selbst führte zu der Ansicht, dass es letztendlich kein allzu großer Unterschied sei, ob bei einem Paar organisches Material eines fremden Mannes oder das einer fremden Frau von Mediziner/ Medizinerinnen in den Körper der Frau übertragen würde.
- Für ein anderes Paar war die Vorstellung, dass man im hohen Alter – wenn Elternschaft für einen selbst nicht mehr infrage kommt – bereuen könne, diese Möglichkeit nicht ergriffen zu haben, ein Grund für die Inanspruchnahme der Eizellspende.
- In einem Fall konstatierte der aus Indien stammende Ehepartner, dass die deutsche Kultur eben anders sei. Mit einer Vorstellung von Andersartigkeit, die auch impliziere, dass sich deutsche Familien nicht ausschließlich über Blutsverwandte definierten, akzeptiere er die Eizellspende.

7.3.5 Entscheidungen im Rahmen der Behandlung

Ahuja, Mostyn und Simons (1997) differenzieren folgende Formen der Eizellspende:

- altruistische anonyme Spenderinnen, die keine Patientinnen sind,
- kommerzielle anonyme Spenderinnen, die Geld für eine Spende annehmen,
- bekannte anonyme Spenderinnen, wo entsprechende Spenderin und Empfänger einander anonym bleiben, aber die Identität der Spenderin einem nicht zugeordneten Empfänger bekannt ist und
- die unfruchtbar Anonymen. Diese sind die Patientinnen, die freiwillig ihre Eizellen spenden. Es werden ausschließlich Eizellen gespendet, die nach einer IVF-Behandlung vorhanden sind, aber für die die betreffende Patientin selbst keine Verwendung mehr hat.

Auf der Grundlage dieser Differenzierung ist die Autorin davon ausgegangen, dass sich betroffene Paare folgender Gegensätze als einer Entscheidungsoption(en) bewusst sind:

- altruistisch vs. kommerzielle Motivation der Spenderin,
- IVF-Spenderin vs. freie Spenderin sowie
- anonyme Spenderin vs. bekannte Spenderin.

und vor diesem Hintergrund das Für und Wider aller Optionen abwägend eine auf ihre individuelle Situation angepasste Entscheidung treffen. Im Fokus aller Entscheidungsabwägungen wurden die Gegensätze offene vs. anonyme Spende vermutet. Aus diesem Grund enthielt der Leitfaden die Frage (Nr.2), „*Welche Form der Eizellspende haben Sie gewählt*“. Im Gespräch stellte sich heraus, dass die Behandlungsform „offen vs. anonym“ weder für sich betrachtet, noch für die Wahl der Klinik ausschlaggebend war.

„ähm (.) wir haben uns für die klinik entschieden. das war eigentlich jetzt nicht die behandlungsform, sondern wir haben uns für die klinik entschieden.“

Als maßgeblich für die Entscheidung zu einer bestimmten Klinik wurden folgende Gründe angegeben:

- Das Land war den Paaren bereits bekannt und sie fühlten sich diesem emotional näher als anderen Ländern, in denen eine Eizellspende möglich ist. Die emotionale Nähe war beispielsweise dadurch gegeben, dass das Paar oder die betreffende Frau das Land bereits als Urlaubsland bereist hatte/n oder dass die den Menschen zugeschriebene Mentalität als der eigenen ähnlich empfunden wurde.
- Eine gute Erreichbarkeit der Klinik vom eigenen Wohnort avancierte bei vielen Paaren wegen des hohen organisatorischen und finanziellen Aufwandes zum absolut ausschlaggebenden Kriterium.
- Ein anderer ausschlaggebender Punkt war die Professionalität, welche sich in den (von der Klinik selbst angegebenen) hohen Erfolgsraten der Behandlung äußerte. Die recht hoch bezifferten Erfolgsraten schienen jedoch nie kritisch hinterfragt worden zu sein.
- Für eine Frau war entscheidend, dass die Klinik, in welcher sie die Eizellspende plante, mit der Klinik kooperierte, die ihr die Eizellspende als Behandlungsoption nahegelegt hatte.
- Andere Gründe für die Wahl einer bestimmten Klinik waren z.B. der Umstand, dass die jeweilige Klinik vom Arzt/ der Ärztin oder von ebenfalls Betroffenen aus dem Internet empfohlen und/ oder positiv bewertet wurde (ohne dass einzelne Kriterien auf die eigene Person bezogen durchdacht wurden).

- Ferner bestimmte die Entscheidung, dass die Zielklinik im Verhältnis zu anderen Kliniken besonders preiswert war.

Ausnahmslos alle Frauen nahmen eine anonyme Spende in Anspruch oder planten, dies zu tun. Wie bereits ausgeführt, erwähnte keine der Frauen die Form der Spende als ein persönlich besonders relevantes Kriterium. Für manche war es überhaupt kein Kriterium. Manche hatten sich über das Thema gar keine Gedanken gemacht. Zudem konnte niemand die eigenen Beweggründe für die Entscheidung zugunsten einer anonymen Spenderin benennen. Die meisten Rezipientinnen schienen von vornherein anzunehmen, dass es keine Alternative zur anonymen Spende gebe, und/oder zogen eine alternative Möglichkeit nicht in Erwägung. Sie bemühten sich demzufolge (gedanklich oder handlungspraktisch) von vornherein erst gar nicht um eine offene Spende. Jede der Interviewten (außer einer Frau, welche sich im Nachhinein gegen die Eizellspende entschied) vertraute der Klinik hinsichtlich der Auswahl der Spenderin und versuchte nicht, mehr Informationen in Erfahrung zu bringen. Die meisten betonten jedoch ohne Nachfrage explizit, dass man mangels anderer Optionen vertrauen *müsse*.

Es lässt sich konstatieren, dass die Befragten die Behandlung zwar mit engem Fokus auf die pragmatische Umsetzung angingen, was aber nicht bedeutet, dass ihre Überlegungen völlig frei von moralischen Abwägungen waren. Während eine bewusste Entscheidung zwischen anonymer vs. offene Spende nicht getroffen wurde, reflektierte eine Frau die Entscheidung darüber, ob eine Spenderin, die selbst IVF-Patientin ist, oder eine unabhängige Spenderin, die keine Patientin ist, zu bevorzugen sei. Lediglich zwei der interviewten Frauen konnten konkrete Gründe für die Wahl bzw. die Ablehnung einer IVF-Spenderin benennen. Frau A. nahm die Spende einer Frau in Anspruch, die eine IVF-Behandlung an sich vornehmen ließ und einige der Eizellen spendete, die sie für sich selbst nicht mehr benötigte. Die Befragte entschied sich (unter anderem) deshalb bewusst für diese Form, weil eine Frau, die ohnehin eine IVF-Behandlung durchführen ließe, sich nicht ausschließlich ihretwegen dieser recht invasiven Prozedur unterzöge, sondern dies ohnehin getan hätte. Auf diese Weise wollte sie ausschließen, die Eizellen einer Spenderin zu erhalten, welche allein aus finanzieller Not agierte. Der Beweggrund hinter der Entscheidung von Frau A. war demnach Rücksichtnahme auf die Gesundheit der Spenderin.

für mich sprach einmal, äh, die kurze anfahrt, also ich hätte von a- stadt her mit dem auto relativ schnell hinfahren können, ähm, es war ein relativ geringer preis, der war auch so zwischen drei- und viertausend euro. .hh, aber der hauptgrund war eigentlich, dass es keine spenderinnen gibt, die ihre gesundheit auf's spiel setzen, wie manchmal in solchen dokumentationen schon gezeigt, in, äh, rumänien hab ich das schon gesehen, äh, über rumänien. .hhh, wie frauen für möglichst wenig geld ihre gesundheit da auf's spiel gesetzt haben und möglichst viele eizellen da produziert wurden, die da hochstimuliert und so weiter, das wollte ich alles nicht (...). (Interview Nr. 01; S. 10; Z: -413-423)“

Die lange Wartezeit auf eine IVF-Spenderin bewirkte jedoch eine Entscheidung zugunsten einer klassischen Spenderin, da bei dieser die Wartezeit wesentlich geringer ist – zumal in der Wartezeit Hormone einzunehmen sind. Frau B. hingegen lehnte eine IVF-Patientin als Spenderin bewusst von vornherein ab, weil die Erfolgswahrscheinlichkeit ihrer Ansicht nach mit dieser Spenderin im Verhältnis zu der Erfolgsrate einer Spenderin, die selbst keine reproduktionsmedizinische Behandlung in Anspruch nehme, geringer sei. Die Beweggründe für die Entscheidung von Frau B. waren also geprägt von Überlegungen zur Effizienz der eigenen Eizellspendebehandlung.

die nehmen natürlich – und das ist ja logisch – ja, die besten drei eizellen erst mal für sich, und damit sind die eizellen, die also die höchste erfolgchance haben, schon mal weg, ja? und der rest wird halt dann sozusagen, ja, pfff ja, an so eizellspendeempfängerinnen so weiter gegeben. wobei natürlich, ähm, dann die erfolgchancen da nicht mehr so soo doll dann sind. ja, weil wenn man sich das ausrechnet, dann so ja, wenn vielleicht die erfolgsquote INSGESAMT ja? zehn prozent ist, und jemand hat also zehn eizellen, und eine davon wird ein baby, und die hat er ja eh schon selber, ne? (Interview Nr. 02; S. 8; Z: -288-300)

Die meisten Patientinnen scheinen eine Entscheidung zwischen diesen beiden Polen jedoch nicht explizit vorher abzuwägen. Ihr Fokus liegt auf anderen Kriterien, weswegen die Entscheidung zur Art der Spenderin dem Zufall (bzw. Entscheidung/en der Klinik) überlassen bleibt.

Die Entscheidung darüber, ob eine Spenderin, die aus Altruismus handelt, zu bevorzugen sei oder eine, deren Anreiz zum Spenden in der finanziellen Aufwandsentschädigung liegt, wurde in der gegeneinander abwägenden Form nicht getroffen. Keine der Frauen schien davon auszugehen, dass Altruismus generell (unabhängig vom Land) der einzige Grund zum Spenden ist, auch wenn sie den Spenderinnen altruistische Anteile in der Motivation zugestanden. Lediglich Frau A. und Frau B. reflektierten, dass die Spenderin aus einer expliziten finanziellen Notlage heraus handeln könnte. Die meisten Frauen gestanden der Spenderin ein finanzielles Interesse zu und hielten dies für völlig legitim. Sie machten sich

Gedanken um deren Wohlergehen und hofften, dass sie für ihren Aufwand einen möglichst großen Anteil der von ihnen geleisteten Zahlung erhält. Keine der Frauen wusste jedoch, wie hoch genau die Aufwandsentschädigung der Spenderin war.

man macht sich auch gedanken .hh, ob es ihr gut geht, z. b. man macht sich auch gedanken, wie viel sie bezahlt bekommt. ich mein‘ .hh, aus altruistischen gründen macht das mit sicherheit niemand. das glaub‘ ich nicht. kann ich mir nicht vorstellen. (Interview Nr. 09; S. 10; Z: -403-408)

Während die Frauen eventuell vorhandene finanzielle Interessen bei der Spenderin ohne weiteres akzeptierten, sah dies im Hinblick auf die behandelnden Ärzte/ Ärztinnen anders aus. Wenige Frauen betonten, dass die Spende an sich ein *finanzielles Geschäft* sei. Gelegentlich wurde darüber hinaus die Vermutung angesprochen, dass aufseiten der Mediziner/ Medizinerinnen bzw. der Klinik finanzielle Interessen gegenüber dem Bedürfnis zu helfen, dominieren würden.

ja, weil ich .hh traue, äh, die ärzte nicht, weil da geht es nicht um paare zu helfen oder menschlich sein oder jemanden in so einer, äh, traurigen (---) lebenssituation zu begleiten, sondern es geht in erster linie ums geschäft. (Interview Nr. 10; S. 5; Z: -145-148)

Diejenigen, welche ökonomische Interessen im Rahmen der Spende bei behandelnden Ärzten/Ärztinnen kritisch beleuchten, sind aufgrund der Behandlung/en finanziell sehr belastet. Einem Paar sind durch die hohen Behandlungskosten Schulden entstanden, da ein Kredit bei einer Bank aufgenommen wurde, ein anderes hat sich bei den Eltern Geld geliehen. Die Kritik bestand in einem Fall darin, dass finanzielle Transaktionen für solch eine Behandlung grundsätzlich als prekär angesehen wurden; z. B. kam bei jener Frau während des Einzahlens von Geld an der Krankenkasse ein Schamgefühl auf. Eine andere Frau fühlte sich von den Ärzten/Ärztinnen in ihren emotionalen Bedürfnissen nicht ausreichend berücksichtigt, was für sie die finanzielle Transaktion in ein schlechtes Licht rückte.

Die Einschätzung, dass die Spende dem Grunde nach ein Geschäft sei, hat in einem Fall eine besonders diffizile Konnotation. Es wurde im Hinblick auf das Kind der Begriff „*eingekauft*“ verwendet.

ich werde nie meinem kind sagen (.) ähm (--) eigentlich (.) habe ich dich damals in valencia *eingekauft* [lacht], oder so. <lachend> ne, die hälfte von dir hab ich *eingekauft*. (Interview Nr. 06; S.10; Z: -395-397)

Es scheint so, als sei der finanzielle Aspekt bei der Spende zumindest mit ausschlaggebend dafür, dem Kind nicht von seiner Herkunft zu berichten.

Die entgegengesetzte Tendenz bieten nüchtern abwägende Betroffene, welche sogar die im Verhältnis wesentlich teureren Kliniken bevorzugten. Der Grund lag in der Erwartung besserer bzw. höherer medizinischer Qualität, einer höheren Erfolgswahrscheinlichkeit, einer professionelleren Behandlung und – vor allem – eine größere Sorgfalt bei der Auswahl und medizinischen (Vor-)Untersuchung der Spenderin.

gut, dann sind wir also von prag zurückgefahren, und noch im auto haben mein mann und ich gesagt, nee, also das geht gar nicht, auch wenn es noch so billig ist. also das hätte dort, glaub' ich, sechstausend euro gekostet alles in allem ohne medikamente. haben wir gesagt, wir suchen uns eine andere klinik.

(Interview Nr. 05; S. 5; Z: –183-187)

Von fast allen Befragten wurde betont, dass die Klinik, für die sie sich letztendlich entschieden, eine professionelle, schnelle Behandlung mit hohem Servicestandard anbot. Die Mehrheit äußerte Zufriedenheit mit Beratung und Behandlung. Diese Zufriedenheit war jedoch nicht immer frei von kritischen Facetten. Eine zufriedene Gesprächspartnerin wies z.B. kritisch auf den monetären Hintergrund der Klinik hin, den sie an der schönen Fassade von Angestellten und Klinikgebäude erkannte:

die leute, die dort arbeiten, sind alle jung und schön und (...) und alles ist so, ja, so, so, ähm, das sieht nicht aus wie ne klinik. es ist, ähm (.) man merkt halt, dass da von der architektur her, dass da einfach geld drinn steckt. und ja, ich mein' .hhh, gut, es ist halt ein geschäft, ja? (Interview Nr. 06; S. 6/7; Z:–218-224)

Als Kritik an den im Ausland tätigen Ärztinnen und Ärzten wird von wenigen geäußert, dass diese generell nicht die höhere Wahrscheinlichkeit des Misserfolges im Gegensatz zu einer Schwangerschaft direkt ansprechen und von sich aus keine Nachsorge bei erfolgloser Behandlung anbieten. Zusammenfassend sei betont, dass die Attribute „professionell“ im Sinne von *effizient* und Geschäft unter *moralischem* Aspekt“ von mehreren Interviewten als relevante Merkmale im Rahmen der Darstellung der Klinik diskutiert wurden.

Fast alle Frauen betonten – ohne explizit darauf angesprochen zu werden –, dass sie die deutsche Gesetzeslage (die eine Eizellspende nicht erlaubt) als ärgerlich und ungerecht empfänden, und zwar insbesondere deshalb, weil dieses Verbot für die Samenspende nicht

gelte. Die bestehende Rechtslage scheint den Betroffenen ein Ungleichgewicht in der öffentlichen Wertung der Rolle der Mutter im Vergleich zur Rolle des Vaters zu vermitteln. Dieses Ungleichgewicht wird in allen Fällen als nicht zeitgemäß empfunden.

Zur Realisierung des Kinderwunsches nutzen die befragten Frauen eine rechtliche Grauzone und begeben sich zur Behandlung ins Ausland. Da die Behandlung in den Ländern, in denen die Behandlung stattfand bzw. stattfindet, legal ist, hat keine der Frauen juristische Sanktionen zu fürchten. Dennoch entsteht angesichts der deutschen Gesetzeslage ein moralischer Konflikt daraus, dass man sich am Rande der Legalität bewegt und das eigene Verhalten als anrühlich empfinden muss. Bei allen Frauen ruft die bestehende Situation das Gefühl hervor, zu Unrecht kriminalisiert zu werden.

ja, arzt und patientin, ähm, ähm, tuscheln im sprechzimmer über illegales, ja. <<empört> ja, das finde ich einfach IRRE, ja.-> (...) ja, ehrlich, wirklich. (---) also (.) wobei, wobei es wirklich um etwas ganz positives geht, nämlich um, dass man gern ein kind haben möchte und erziehen möchte, .hh, und das ist doch nichts kriminelles. also bitte (Interview Nr. 02; S. 29; Z: 1033-1039)

7.3.4 Nach der Behandlung

Die Herausforderung, sich als Empfängerin einer Eizelle und Betroffene einer in jeder Hinsicht neuen Form der Mutterschaft bezüglich der selbst einzunehmenden Mutterrolle und der Form der Mutterschaft zu positionieren, wird von den Frauen unterschiedlich gelöst. Die Einordnung der eigenen Mutterrolle geschieht entlang der Dichotomien „vollständig“ vs. „unvollständig“ und „richtig“ vs. „nicht richtig“, in einem Fall auch anhand von „natürlich“ vs. „unnatürlich“.

Ein besonders starker Wunsch nach *vollständiger* Mutterschaft (im biologischen Sinne) kann eine Ablehnung der Behandlung durch Eizellspende hervorrufen. So führte in einem Fall die Tatsache, dass die Frau im Gegensatz zum Vater des gemeinsamen Kindes nicht die *vollständige* Elternschaft ausfüllte, zur Ablehnung der Eizellspende als Behandlungsmethode an sich. Der Wunsch nach Gleichberechtigung bezüglich der anteiligen Elternschaft am Kind war in dieser Form nur bei einer Frau (bzw. einem Paar) ausgeprägt.

Lediglich eine Frau erwähnte die Bezeichnung „unnatürlich“ im Zusammenhang mit der Eizellspende, wobei sie betonte, dass die Spende *nichts* Unnatürliches sei, da ihr Mann die Spenderin auch im Urlaub kennenlernen und mit ihr ein Kind hätte zeugen können. Der Verweis auf die Natur diene also der Ausblendung des medizinischen Anteiles.

Alle anderen Frauen thematisierten den Aspekt der Natürlichkeit überhaupt nicht. Die Autorin war davon ausgegangen, dass der Verweis auf die Natur wiederkehrend erfolge, da dies bei einer eigenen Befragung von Paaren, die eine Samenspende in Anspruch nahmen, der Fall war (Janke, 2005). Eine Frau, die mittels Eizellspende Mutter wurde, abstrahierte im Rahmen einer Äußerung von ihrer biologischen Mutterschaft.

ich mein', die menschen, die treffen sich ohnehin auf unterschiedlichstem weg, und diese frau und mein mann wären sich so sicherlich nicht begegnet, sag' ich mal. und, ähm, aber die möglichkeit dazu hätte ja grundsätzlich auch bestanden. und, ähm, wird ja, wird ja nicht seltsames erbmateriale da irgendwie vermischt oder genmateriale, sondern, ja ... (Interview Nr. 04; S. 18; Z: 802-807)

Die Interviewpartnerin verweist darauf, dass der Anteil der Reproduktionsmedizin ausschließlich ein unterstützender ist. Ihrer Ansicht nach werden keine Keimzellen in der Form variiert, wie es in der Natur nicht vorkommt. Gleichzeitig wird der genetische Anteil der Spenderin in die soziale Beziehung mehrerer Eltern(teile) und Kind einbezogen. Die Spenderin nimmt darin als „andere Mammi“ ihren Platz ein.

die .hh sprechen dann davon, ja ich hab noch ne andere mammi. ja, aber das ist jetzt hier meine richtige und so. (Interview Nr. 12; S. 12; Z: 449-450)

Die fehlende genetische Verwandtschaft mit dem Kind führt in manchen Fällen dazu, dass die Mutter die Beziehung zum Kind in Frage stellt. Viele Frauen sind sich unsicher, ob sie das Eizellspendekind, emotional betrachtet, vorbehaltlos annehmen können, da es nicht zu 100% ihr leiblicher Nachkomme ist. Frauen mit Kindern, die einer Eizellspende entstammen, berichten davon, dass sie diese Ängste ebenfalls durchlebt hätten. Nach der Geburt des Eizellspendekindes verflüchtigten sich jedoch jene Ängste, da sie es nach Ablauf von Schwangerschaft, Geburt und Säuglingszeit definitiv als das eigene Kind empfanden. Eltern, die bereits ein leibliches Kind haben, berichten zudem, dass sie von vornherein im Hinblick auf ihre Gefühle und den Umgang mit ihren Kindern keinen Unterschied zwischen Eizellspendekind und leiblichem Kind erleben würden.

(...) aber unsere große tochter eben haben, die auf normalem weg zustande kam und eben, äh, jetzt, äh, die tochter, die auf eizellspendenweg zustande kam, ähm, ich kann einfach nur bestätigen oder oder einfach nur sagen, äh, zu hundert prozent, dass sich das GLEICH anfühlt und das es das GLEICHE gefühl ist.“ (Interview Nr. 04; S. 16; Z: 690-695)

Die Angst vor der Ungewissheit drückte sich bei Frau M. in der Form aus, dass sie die Befürchtung hatte, das Kind würde ihr fremd vorkommen, da es von einer anderen Frau abstammt. Frau D., die bereits Mutter eines leiblichen Kindes war, befürchtete, dass sie emotional zwischen den Kindern einen Unterschied empfinden würde. Nach der Geburt des Kindes stellte sich heraus, dass die Bedenken unbegründet waren:

und, äh, ab dem zeitpunkt der geburt waren diese gedanken eigentlich weg, und, äh, das war da und ja, äh, die gedanken waren alle weg. und äh, ja, das war (--), ja. ja und das war ja, das war, äh, wie weggeblasen alles, die bedenken. (Interview Nr. 04; S. 17; Z: 744-747)

Stattdessen zeigte sich im Gefühl kein Unterschied zu ihrem leiblichen Kind:

jetzt, äh, da merke ich einfach, da ist so eine stärke und auch so eine liebe dem kind gegenüber, da könnte mich nichts erschüttern, weil, ähm, das einzige, was ich sagen könnte, wenn da jemand gegen ist, dann, ähm, würde es unsere dani nicht geben, und das ist so eine tolle kleine person, äh, ich möchte die niemals missen.“ (Interview Nr. 04; S. 17; Z: 771-775)

Die knappe Mehrheit der Frauen (sieben Befragte) begann mit der Familienplanung in einem Alter, in dem der weibliche Körper von Natur aus nicht mehr ausreichend befruchtungsfähige Eizellen produziert. Vier der sieben Frauen hatten bereits Kinder, während eine schwanger war. Zwei Befragte mittleren Alters wünschten sich mit dem neuen Partner weitere Kinder und hatten bereits eine Sterilisation mit anschließender Refertilisierungsbehandlung durchführen lassen.

Die übrigen Frauen waren in einem Alter, in dem die Empfängnisfähigkeit in der Regel noch gegeben ist, jedoch unterschiedliche organische Ursachen (wie beispielsweise vorzeitige Wechseljahre, eine Chemotherapie oder Endometriose) verhinderten, dass der Körper eigene Eizellen bildete. In einem Fall dauerten erfolglose Behandlungsversuche und die Diagnostik der Ursache/n der ausbleibenden Schwangerschaft bis in die Zeit nach der Menopause, in welcher der Frau eine Eizellspende nahegelegt wurde.

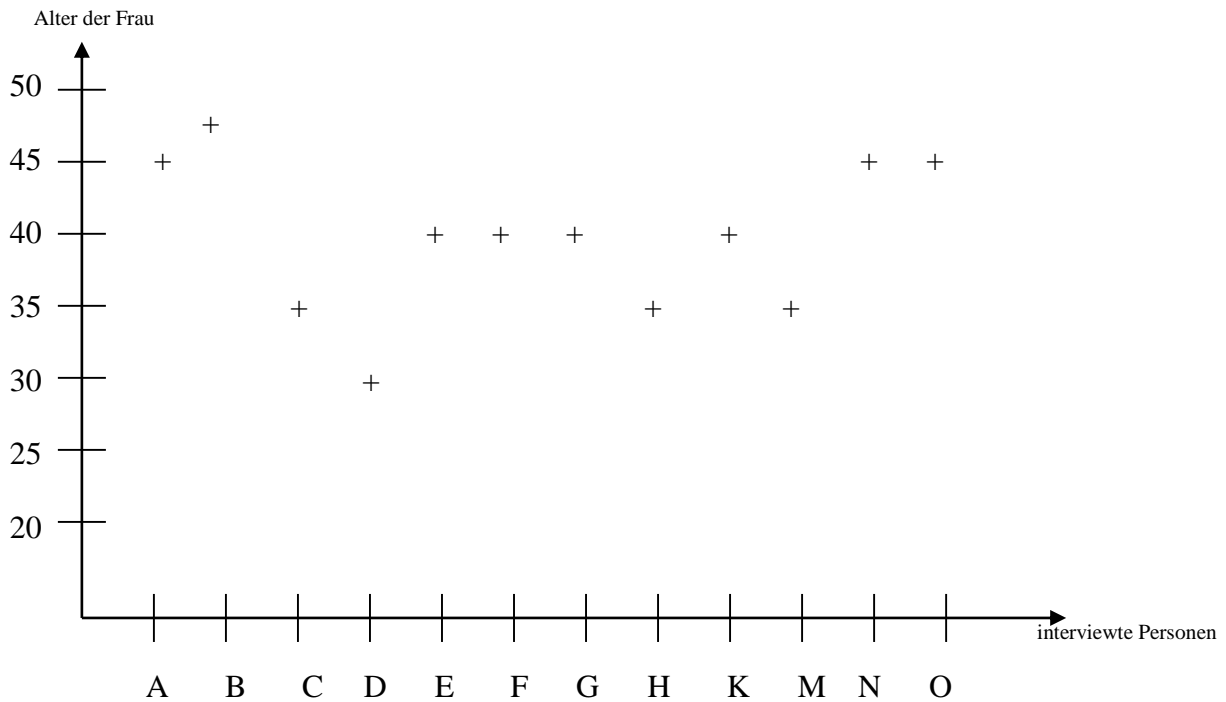


Abbildung 14: Alter der interviewten Frauen bei Inanspruchnahme der Eizellspende (N=12)

Einige der Frauen im mittleren Alter äußerten, dass sie es nicht glauben können bzw. konnten, nicht mehr in der Lage zu sein, leibliche Kinder zu bekommen. Diese Frauen hatten nicht vorausgeahnt bzw. sich nicht darauf eingestellt, dass sich beim Versuch, im mittleren Alter den Kinderwunsch zu erfüllen, Schwierigkeiten einstellen könnten.

ja (--) nun, ähhhh, ich hab mich aufgrund meines studiums halt sehr spät für kinder entschieden. (...) .hh, sodass also quasi mit vierzig, <<lachend> als ich dann endlich bereit war für kinder,-> (...) und auch den richtigen mann hatte, ja, dass es dann quasi zu spät war und ich einfach keinen vorrat an eizellen mehr hatte. (Interview Nr.06; S. 2; Z: 008-015)

(...) und ja, ähm, das war einfach viel zu früh für mich. ich hab einfach nicht glauben wollen, dass die menopause schon so endgültig ist. (Interview Nr.11; S. 3; Z: 060-061)

Die eigene Lebensplanung *dieser* Untergruppe Frauen mittleren Alters sah vor, erst nach erfolgreich absolviertem Berufseinstieg und der Sicherung einer soliden ökonomischen Basis leibliche Kinder zu bekommen. Nachdem sie sich gemäß ihren vernünftigen Plänen beruflich etabliert, ein stabiles Heim geschaffen und den passenden Partner zum Aufbau einer gemeinsamen Familie gefunden hatten, waren sie jedoch bereits im mittleren Alter (40+). Aufgrund der Zeit, die ein Hochschulstudium, ein anschließender Berufseinstieg sowie der

parallele Aufbau einer stabilen Partnerschaft in Anspruch nehmen, war es jenen Frauen aus ihrer Sicht nicht möglich, den Kinderwunsch in einer Lebensphase mit größerer Fruchtbarkeit zu realisieren.

Manch eine Interviewpartnerin hatte jedoch bereits im fruchtbaren Gebäralter erfolglos versucht schwanger zu werden. Das bedeutet, sie schob die Elternschaft nicht bis ins mittlere Alter hinaus. Die späte Elternschaft war in diesen Fällen ausschließlich eine Folge biologischer Einschränkungen, bei denen sich erst nach zahlreichen erfolglosen reproduktionsmedizinischen Behandlungen der Kinderwunsch realisieren lies. Bei derartigen Konstellationen kann vorschnell der falsche Eindruck gewonnen werden, dass sich die betreffende Frau erst mit 40+ um eine Familiengründung bemüht habe, zumal sie es selbst so darstellt und die Mutterschaft erst im vorangeschrittenen Alter (nach langer reproduktionsmedizinischer Behandlung) realisieren konnte

Einige Frauen empfinden im mittleren Alter ein besonders ausgeprägtes Bedürfnis, wiederholt Mutter zu werden. Die Bereitschaft zweier Frauen mittleren Alters, die bei ihnen bereits erfolgte Sterilisation mittels einer Refertilisierungsbehandlung rückgängig zu machen, bringt einen intensiven Wunsch nach (erneuter) Mutterschaft zum Ausdruck. In einem Fall wurde der Wunsch nach einem Kind im mittleren Alter erst durch einen neuen Lebenspartner ausgelöst. Im Rahmen der Interviews konnten somit drei Hauptursachen für die Realisierung einer späten Mutterschaft eruiert und daran drei Typen festgemacht werden:

- 1) die anspruchsvolle berufs- und familienorientierte Frau, welche die Mutterschaft erst nach erfolgreichem Berufseinstieg realisieren möchte;
- 2) die Frau, welche in ihrer fruchtbaren Phase mit der Familienbildung beginnen möchte und durch körperliche Einschränkungen davon abgehalten wird, wobei die wiederholt erfolglose reproduktionsmedizinische Behandlung bis ins mittlere Alter andauert;
- 3) die Frau, die sich im mittleren Alter noch einmal neu orientiert und einen Kinderwunsch realisieren möchte.

Die Mehrheit der (werdenden) Mütter im mittleren Alter sprach offen die späte Mutterschaft an. Selbst Frauen, die noch kein Kind nach einer Eizellspende geboren haben, denken darüber nach, was es für das Kind bedeutet, eine – im Verhältnis zu gleichaltrigen Kindern – ältere Mutter zu haben. Es findet sowohl eine Auseinandersetzung mit den Konsequenzen von

Mutterschaft im mittleren Alter als auch mit den negativen Vorurteilen der Gesellschaft sowie den für die Betroffene selbst plausiblen Kritikpunkten statt.

Aus der konkreten Erfahrung mit Reaktionen aus dem persönlichen Umfeld heraus wissen Frauen, dass zahlreiche ihrer Mitmenschen die späte Mutterschaft an sich kritisch betrachten.

ja, ja gut. hm , wobei, ähm, muss ich noch zum alter so ein bisschen was dazusagen. .hhh, weil manchmal denkt man, oder das, das ist sooo, die, die, äh, ein vorurteil, weil ältere mütter haben vielleicht nicht mehr die nerven für so ein kind und, ähm, die sind vielleicht nicht mehr .hhh, aktiv und fit genug, um ein kind zu erziehen.

(Interview Nr. 02;S. 31; Z:1119 - 1125)

Sie wissen, dass viele insbesondere die absichtliche Herbeiführung einer Schwangerschaft (mit medizinischer Unterstützung) bei einer Frau mittleren Alters ablehnen.

(...) war eher so: mmm ‚bist du des wahnsinns?‘ und: ‚musst du dir das in deinem alter noch antun?‘ und: ‚du hast doch zwei kinder‘ und .hh: ‚das tut doch wirklich nicht not‘ und ‚du bist doch viel zu alt‘ und hh << lachend> na ja > (Interview Nr.12; S. 14; Z: 523-526)

Frauen, die im mittleren Alter eine Eizellspende realisieren, sind zum Teil bereit, die reproduktionsmedizinische Behandlung an sich und damit auch die Eizellspende zu verschweigen. Die Information, dass eine Eizellspende stattgefunden hat, birgt ein Kritikpotenzial des Umfeldes, das man sich angesichts der Tatsache, bereits wegen der späten Mutterschaft kritisiert zu werden, nicht zusätzlich zumuten möchte.

Eine (neben dem Verschweigen) weitere Möglichkeit, der Kritik an später Mutterschaft zu begegnen, ist das Idealisieren der Mutter im mittleren Alter. Eine Interviewpartnerin vertrat die Ansicht, als Frau mittleren Alters aufgrund umfangreicherer Lebenserfahrung und größerer Ausgeglichenheit eine bessere Mutter zu sein, als sie es im jüngeren Alter gewesen wäre.

Die Frage, ob das eigene Kind darüber in Kenntnis gesetzt werde, dass es einer Eizellspende entstammt, bejahte die Mehrheit, während lediglich vier Frauen (25%) eine Aufklärung des Kindes ablehnten.

Der überwiegende Teil derjenigen, welche die Frage mit ‚Ja‘ beantworteten, hatte einen ähnlichen übergeordneten Beweggrund abstrakter und formaler Natur (siehe Abbildung 15).

Nach Ansicht dieser Frauen sollte jedes Kind ein Recht auf die Kenntnis seiner Herkunft haben bzw. sollte es selbstverständlich zur Geschichte eines Menschen dazugehören, dass er wahrheitsgemäß über seine Entstehung informiert wird. Für diese Paare war es eine prinzipielle Entscheidung, das eigene Kind über dessen genetische Herkunft in Kenntnis zu setzen.

Eine kleinere Untergruppe der aufklärungsbereiten Eltern benannte konkreter fassbare Motive für ihre Ansichten. Bei anderen gesellten sich zusätzlich zum übergeordneten Ziel abstrakterer Art konkrete Beweggründe. Manche Eltern unterhielten aus verschiedenen Gründen (zumeist aber, um eine Analogie herzustellen) eine intensive Auseinandersetzung mit dem Adoptionsthema. Die aktuellen wissenschaftlichen und persönlichen Erkenntnisse aus diesem Bereich wurden auf Eizellspendekinder übertragen. Jene Eltern befürworteten die Aufklärung, weil es bei einer Adoptionen nach aktuellem wissenschaftlichen Standard befürwortet wird. Als weitere Analogie wurden Nachkommen einer Samenspende herangezogen, die in den Medien ebenfalls das Bedürfnis äußern, mehr über die eigene Herkunft erfahren zu wollen. Durch eine frühzeitige und unkomplizierte Aufklärung erhoffte man sich eine konfliktlose Bewältigung der unbekanntgen genetischen Herkunft beim Kind. Im Falle einer Verheimlichung der biologischen Wurzeln bestehe (aus Sicht dieser Frauen) hingegen die Gefahr, dass das Kind (ähnlich wie Adoptiv- und Samenspendekinder) durch Zufall von der Spende erführe und dadurch zutiefst verstört würde. Die Ansicht, dass Familiengeheimnisse eine destruktive Wirkung hätten, führt ebenfalls zu der Aufklärung des Kindes. Vertreter/Vertreterinnen dieses Ansatzes gehen davon aus, dass das unaufgeklärte Kind unerschwinglich Gefühle entwickeln würde, die es nicht zuzuordnen vermöge, was bei ihm wiederum starke Verunsicherungen hervorrufen könne. Vor diesem Hintergrund erscheine eine Aufklärung für die kindliche Entwicklung förderlicher. Darüber hinaus sind wenige Frauen der Ansicht, dass sich eine derart bedeutsame Information nicht verschweigen und dauerhaft geheimhalten lasse.

Neben der Absicht, Nachteile für das Kind zu vermeiden und den schwierigeren aber entwicklungsförderlicheren Weg gehen zu wollen, gibt es auch vereinzelt Aufklärungsbestrebungen aufgrund einer positiv antizipierten Reaktion des Kindes. Frau B. möchte ihre Kinder beispielsweise unter anderem deswegen über deren Herkunft informieren, weil sie wissen sollen, wie sehr sie erwünscht waren.

„dass meine Kinder werden stolz drauf sein, dass sie so sind, wie sie sind, auch dass sie so entstanden sind, wie sie sind. meine Kinder sind jedenfalls – woll'n wir mal sagen – nicht so ein Zufallsprodukt irgendwie so einer durchgezählten Nacht oder so, ja?“ (Interview Nr. 02; S. 20; Z: 641-645)

Andere wiederum sind der Ansicht, dass es schlicht und ergreifend keinen Grund gebe, die Eizellspende zu verschweigen.

Was die antizipierte Reaktion des Kindes auf die in Kenntnissetzung der genetischen Herkunft angeht, herrschte keine einheitliche Tendenz vor. Von Interesse über Skepsis bis hin zur Ablehnung waren etliche Schattierungen einer möglichen Reaktion vertreten. Eine Tendenz zu einer bestimmten Richtung zeichnete sich nicht ab. Während einige davon ausgingen, dass es in der Pubertät zu Identitätskrisen kommen kann, sind andere der Ansicht, die Tatsache, dass man die eigenen Kinder mit „*maximalem psychischen, medizinischen und finanziellen Einsatz herbeigekämpft*“ (Interview Nr. 02; S. 20; Z: 647-649) habe, mache sie stolz darauf, etwas Besonderes zu sein. Auch wurde in Bezug auf Eizellspendekinder – im Gegensatz zu Adoptivkindern – der Vorteil hervorgehoben, dass jene von Anfang an besonders intensiv ersehnt seien.

Gedanken darüber, wie das Kind mit seiner Entstehungsgeschichte umgehen könne, stimmten einige Frauen traurig. Deshalb verunsicherten kritische und verurteilende Bemerkungen vor und während der Schwangerschaft besonders stark. Nach der Geburt fiel es leichter, Kritikern/Kritikerinnen die Stirn zu bieten, da es das geliebte Kind ohne die Spende nicht geben würde oder man das Thema ausreichend bewältigt hatte.

Von der Mehrheit wird die Form der Aufklärung bevorzugt, bei der das Kind vom Kleinkindalter an über seine Herkunft in Kenntnis gesetzt wird. Durch die frühzeitige und unkomplizierte Aufklärung erhofft man sich eine konfliktlose Bewältigung der Herkunftsbedingungen. Dadurch werde Normalität vermittelt und das Kind könne sich von vornherein daran gewöhnen. Bei einer einzigen Frau war genau das Gegenteil der Fall. Sie würde ihr Kind erst ab dem 18. Lebensjahr über seine genetische Abstammung in Kenntnis setzen. Jene Rezipientin war der Ansicht, im frühen Kindesalter sei das Kind noch zu sensibel für solch eine Information. Ihr Partner hingegen würde es überhaupt nicht über dessen Herkunft informieren wollen. Andere Eltern befürchteten wiederum, dass der Bruch im Jugendalter zu radikal wäre, sodass es allein wegen dieser überraschenden Aufklärung zu Identitätskonflikten beim Kind kommen könne.

Diejenigen Eltern, welche sich dafür entschieden hatten, das Kind nicht über dessen genetische Herkunft zu informieren, zeigten eher die Tendenz, konkrete, lebenspraktische Argumente anstatt abstrakter moralischer Prinzipien zur Erklärung ihrer Beweggründe heranzuziehen (siehe Abbildung 15.).

In den meisten Fällen war die Befürchtung, das Kind könnte durch die Kenntnis von der Eizellspende einen gravierenden Identitätskonflikt erleben, ein ausschlaggebender Beweggrund, die Spende zu verschweigen. Analogieschlüsse zu den Reaktionen bei adoptierten Kindern können eine die Ablehnung der Aufklärung verursachende Wirkung haben (oder dafür als Argumentationshilfe herangezogen werden). Frau K. hatte sich mit dem Thema Adoption auseinandergesetzt. Eine Familie, die sie persönlich kannte, berichtete große Probleme mit dem eigenen Adoptivkind, das in der Pubertät eine große Identitätskrise durchlebte. Aus Angst, dass es ihrem Kind ebenso ergehen und sie als Mutter abgelehnt werden könnte, wollte sie ihr Kind nicht über dessen genetische Herkunft aufklären. An diesen Beispielen zeigt sich, dass die Thematik adoptierter Kinder sowohl als Argumentationshilfe für die Befürwortung als auch zur Untermauerung der Ablehnung einer Aufklärung herangezogen werden kann. Frau C. hatte (ohne auf die Analogie zur Adoption zurückzugreifen) ebenfalls die Befürchtung, das Kind könnte nach einer Aufklärung Identitätskonflikte entwickeln, weil es sich als den Eltern nicht mehr zugehörig fühlte. Die im Anschluss an die Aufklärung antizipierte Identitätskrise wollte sie vermeiden, indem sie das Kind nicht über seine genetische Herkunft in Kenntnis setzte. Ein weiterer Grund, die Spende dem Kind gegenüber zu verschweigen, besteht in der Befürchtung, dass das Kind nach der Aufklärung eventuell seine Wurzeln kennenlernen wolle, was jedoch aufgrund der Anonymität der Spende nicht möglich wäre. Diese Begründung impliziert die Angst vor einem Identitätskonflikt beim Kind, welcher durch die Unmöglichkeit, an Daten über die Spenderin zu gelangen, ausgelöst werden könne. Das Verschweigen der Spende ist ein Versuch, diesen Konflikt für das Kind selbst zu vermeiden. Darüber hinaus mag es ein Anliegen sein, vermeiden zu wollen, als Elternteil vonseiten des Kindes einer Kritik an der anonymen Spende und deren Konsequenzen ausgesetzt zu sein. Diese Kritik könnte ebenso von Personen des Freundeskreises oder Verwandten geäußert werden.

Frau E. berichtete, dass sie eine offene Spende bevorzugt habe, da im Falle einer anonymen Spende die genetische Mutter nicht ausfindig gemacht werden könne. Unter solchen Umständen wäre eine Identitätskrise beim Kind möglich. Im benachbarten Ausland sei die

offene Eizellspende nicht möglich gewesen, weswegen sich das Paar völlig gegen eine Eizellspende entschieden habe. Das Verschweigen der Eizellspende gegenüber dem Kind erschien dem Paar zu keiner Zeit als annehmbare Option.

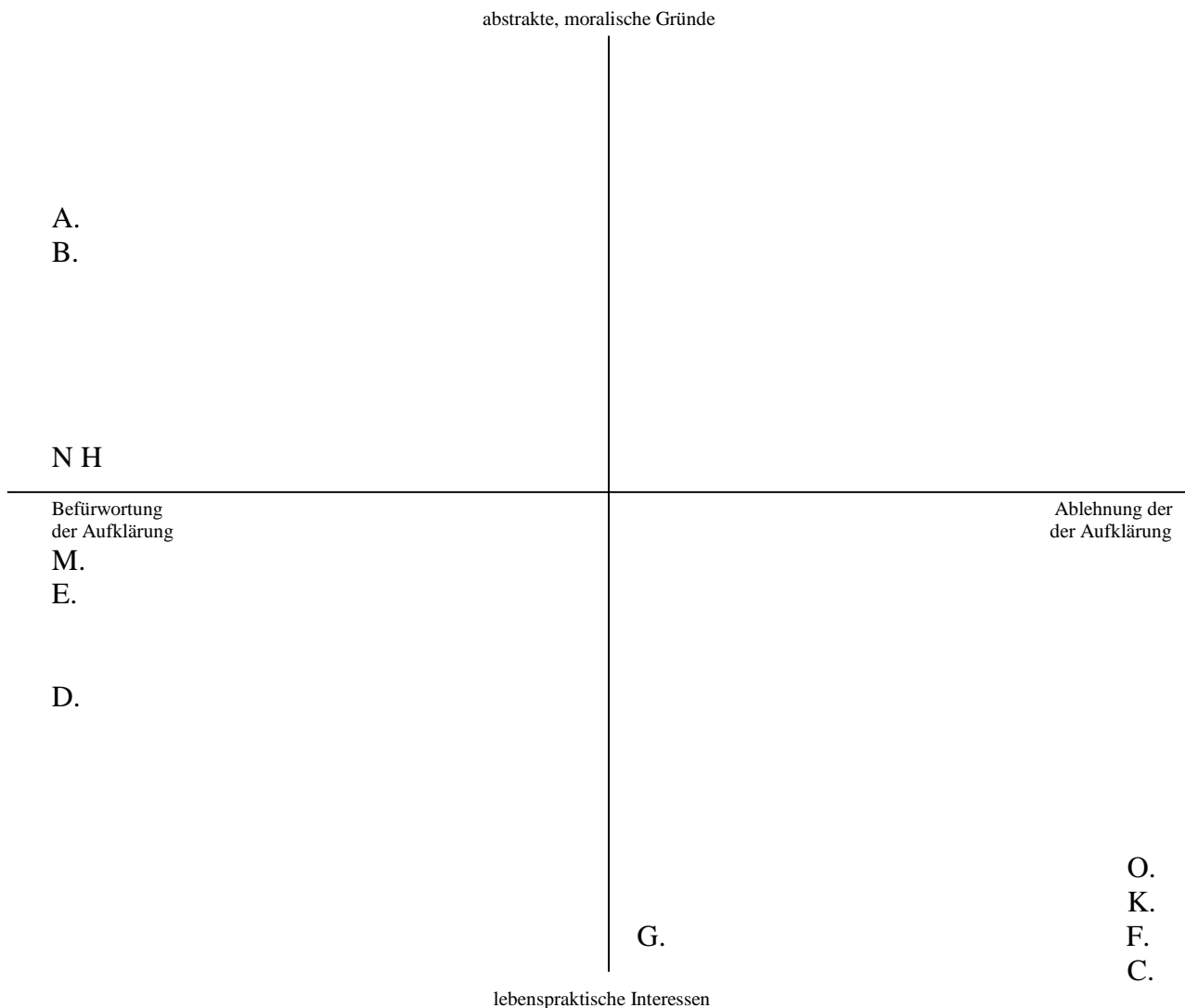


Abbildung 15: Gründe zur Entscheidungsfindung der Aufklärung/Verheimlichung (N=12)

Weitere das Kind betreffende Gründe, eine Aufklärung abzulehnen, können darin bestehen, dass

- die Eltern Angst davor haben, dass das Kind stigmatisiert werde;
- sie der Ansicht sind, dass das Kind keinen Nutzen aus einer Aufklärung ziehe;
- sie vermeiden wollen, dass das Kind denke, es wurde „eingekauft“;

- man – im Falle einer Frau – glaubt, dass man mit einer Aufklärung „*das Problem*“ nur auf das Kind verlagere.

Wie sich an folgenden Beispielen zeigt, ist die Entscheidung, die Eizellspende zu verschweigen, in Einzelfällen zudem dadurch begründet, dass (neben den Gefühlen des Kindes) auch die rechtlichen Bedingungen des Heimatlandes einen Einfluss auf die Entscheidung haben. So kann die Entscheidung darauf zurückgeführt werden, dass die Spende in Deutschland nicht erlaubt ist und Unsicherheiten hinsichtlich möglicher strafrechtlicher Konsequenzen bestehen. In einem Fall riet der behandelnde Frauenarzt von einer Aufklärung ab. In einigen Fällen war die Familie der Ansicht, die betroffene Frau habe bereits ein zu hohes Alter, um eine Mutterschaft zu realisieren. Kommt zu einer solchen kritischen Einstellung noch die Information einer Eizellspende hinzu, führt die wachsende Angst vor Kritik und Ablehnung (wie bereits im Kapitel 8.3.4.5 ausgeführt) zum Verschweigen der Spende. Dies betrifft zunächst die Verwandtschaft und anschließend, aus Gründen der Konsequenz, das Kind.

Manche Eltern greifen zu Vorsichtsmaßnahmen, um eine zufällige Aufdeckung der genetischen Herkunft des Kindes zu verhindern. So stimmen sie beispielsweise die Blutgruppen von biologischer Mutter und Spenderin aufeinander ab. Auf diese Weise kann verhindert werden, dass das Kind durch Zufall erfährt, dass die eigene Mutter genetisch nicht mit ihm verwandt ist. Diese Täuschungsstrategie wird als von der Klinik initiierte Routinehandlung dargestellt und in keiner Weise mit kritischen Assoziationen belegt.

Einigen Eltern scheint es erforderlich, gar niemandem von der Herkunft des Kindes zu erzählen. Diese Eltern neigen auch dazu, grundsätzlich das Bedürfnis nach Kenntnis um die eigene Herkunft kritisch zu hinterfragen. Sie gehen z. B. davon aus, dass der Wunsch nach Wissen um die genetischen Wurzeln im Grunde kein intrinsisches Bedürfnis des Nachkommen sei, sondern von der Gesellschaft eingefordert werde.

Lediglich eine der zwölfbefragten Frauen hatte noch keine Entscheidung bezüglich der Aufklärung ihres Kindes getroffen. Sie wollte ihren Entschluss davon abhängig machen, wie sich die gesellschaftliche Einstellung zum Thema Eizellspende entwickeln würde. Im Moment sei es ihrer Ansicht nach ein derartig großes Tabu, dass sie es nur ihre eigenen Geschwister wissen ließ. Sie sagte, dass sie das starke Bedürfnis habe, ihre Tochter vor

Ungleichbehandlung (die aus der Ablehnung dieser reproduktionsmedizinischen Behandlungsmethode resultiere) zu schützen. Aus diesem Grund müsse sich die Einstellung der Gesellschaft ändern, bevor sie die Tochter sowie die restliche Familie über die Eizellspende informieren würde.

Es wird grundsätzlich bedauert, dass es keine Erfahrungswerte und keine Expertenvorschläge oder Studien zum Thema Aufklärung eines Eizellspendekindes gibt, an denen man sich orientieren könne. Von wissenschaftlichen Veröffentlichungen und Statistiken zum Thema Aufklärung erhofft man sich Orientierung und Beruhigung, mit der Begründung, dass

- diese eine Entscheidung leichter machen;
- diese beurteilen könnten, ob die getroffene Entscheidung adäquat sei;
- man nicht auf sich allein gestellt wäre und
- sich eventuell Hoffnungen auf eine positive kindliche Entwicklung machen könnte.

Lediglich in Bereichen, die sich als Analogie zur Eizellspende heranziehen lassen (wie z. B. bei Adoption und Samenspende), existieren bereits Erfahrungswerte. Eine andere Option, auf die Frauen zurückgreifen, ist, Ärzte/Ärztinnen, Freunde/Freundinnen und Psychologen/Psychologinnen um Rat zu fragen; häufig auch die „Community“ im Internet.

Die befragten Frauen benannten zu keinem Zeitpunkt negative Stereotype, positive Stereotype oder allgemeine Vorannahmen hinsichtlich der Eigenschaften anderer Frauen, die ebenfalls eine Eizellspende in Anspruch nehmen. In den Interviews wurde auch keine besondere Neugier auf diese Frauen oder ein dezidiertes Interesse an ihrer Person deutlich. Außer den anonymen Kontakten im Internet hatte keine der Interviewten näheren Kontakt zu ebenfalls Betroffenen aufgenommen oder im Internet angeboten bekommen. Stellenweise wurden die betroffenen Frauen aus dem Internetforum (die Befragten eingeschlossen) dennoch als eine Art geschlossener Zirkel dargestellt, zu dem Außenstehende (wie z. B. die Interviewerin) nur schwer Zutritt erlangen können. Welche Rolle die jeweilige Befragte innerhalb dieser Kreise spielte oder wer die Gleichgesinnten für sie waren, blieb offen. Dieser Fakt ist insbesondere deshalb erwähnenswert, da die Autorin im Rahmen einer Befragung von Paaren, die eine Donogene Insemination in Anspruch nahmen, feststellte, dass diese die unbekanntes ebenfalls Betroffenen mystifizierten und ihnen vor allem negative Attribute zuschrieben (Janke, 2005).

In einigen Fällen führen fehlendes Verständnis und mangelndes Wissen über die Eizellspende oder deren Kombination auf Dauer zu Einsamkeit im sozialen Umfeld. Die Frauen berichten zudem, sie müssten andauernd darauf achtgeben, wem sie etwas erzählten, und/oder die Informationen inhaltlich auf den Empfänger abstimmen. Für das Bedürfnis nach Austausch ist das Internet oft die einzige Anlaufstelle. Dies gilt insbesondere für Personen, welche die Eizellspende vor ihrer Umwelt nicht offenlegen. In diesen Fällen bieten Online-Foren die einzige und gern angenommene Gelegenheit, die Eizellspende zu thematisieren, was in diesem Zusammenhang zu der Bereitschaft führt, eigene Ansichten zu hinterfragen.

Die Personen des sozialen Umfeldes, welche am häufigsten von der Eizellspende in Kenntnis gesetzt werden, sind:

- enge Freunde,
- Geschwister,
- Eltern
- und enge Verwandte.
- Darüber hinaus vertrauen sich einige der Befragten Experten/Expertinnen aus dem medizinisch-therapeutischen Bereich (Ärzten/Ärztinnen oder Psychologen/Psychologinnen) an oder besprechen Themen in einschlägigen Internetforen.

An den genannten Beispielen wird deutlich, dass jene Personen in Kenntnis gesetzt werden, die entweder in einem sehr engen Verhältnis zur Rezipientin stehen oder zu denen als Fachkräften ihres Spezialgebietes diese eine eher distanziert-sachliche Beziehung unterhält. Vor dem Personenkreis, zu dem man in einem anderen Verhältnis steht (also zu jedem/r, der/die sich zwischen den beiden genannten Extrempolen befindet), wird die Eizellspende oft als IVF-Behandlung oder (ohne nähere Information) als reproduktionsmedizinische Behandlung ausgegeben. Das liegt nach Ansicht der Befragten daran, dass eine reproduktionsmedizinische Behandlung an sich mittlerweile kein Tabuthema mehr sei, die Eizellspende hingegen schon.

Einige Frauen halten gegenüber eigenen Verwandten generell Informationen zurück, weil

- sie aus der eigenen Familie kritische Ansichten kennen und keine Missbilligung erfahren möchten, da die Behandlung selbst bereits sehr belastend erlebt wird;

- die Eizellspende sehr schnell stattfinden konnte, woraus resultiert, dass die Rezipientinnen zunächst das Bedürfnis haben, alles für sich zu behalten und erst nach erfolgter Reflektion Verwandte zu informieren;
- eine Eizellspende im Ausland nach Ansicht weniger Frauen einen anrühenden Anklang habe bzw. ein Tabuthema sei, was daran liegt, dass es gesetzlich nicht erlaubt ist;
- einige den Zeitpunkt verpasst hatten, an dem die Gelegenheit geeignet gewesen wäre, etwas zu sagen, wobei während der Schwangerschaft niemand hinterfragte, wie es hierzu kam. Je mehr Zeit vergeht, desto schwieriger erscheint es offenbar, die genetische Herkunft des Kindes anzusprechen.

Vielen Frauen ist es wichtig, dass verschiedene Personengruppen, insbesondere das Kind und die eigene Familie, in einer bestimmten Reihenfolge und unabhängig voneinander über die genetische Herkunft des Kindes in Kenntnis gesetzt werden. Manche informieren zuerst ihr soziales Umfeld über die Eizellspende und anschließend das Kind bzw. planen, dies zu tun. Die Vertreterinnen dieser Strategie sind der Ansicht, alle Personen, die mit dem Kind Kontakt haben, sollten es wissen, damit dem Kind die Aufgabe der Inkenntnissetzung der Umgebung und die Auseinandersetzung um die Spende an sich erspart bliebe. Diese Frauen sprechen explizit an, dass sie bereit seien, Kritik zu begegnen und die damit einhergehende Auseinandersetzung selbst austragen zu wollen. Andere handhaben die Aufklärung des eigenen Umfeldes konträr zu dieser Strategie. Sobald das Kind von seiner genetischen Herkunft in Kenntnis gesetzt wurde, dürfen es alle anderen wissen. Zuvor jedoch nicht, damit das Kind selbst unter Kontrolle habe, wer und ob überhaupt jemand davon erfährt. Wieder andere legen die Reihenfolge der Aufklärung nicht explizit fest. Sie beziehen die Konfrontation mit der Umwelt ausschließlich auf sich und sagen, dass es wichtig sei, sich wiederholt mit der Art der Zeugung auseinanderzusetzen, und zwar dann, wenn es gerade aufgrund der Umstände erforderlich sei. Andere einzuweihen, sei zudem eine Form, sich selbst zu konfrontieren.

Über die anonyme Spenderin sind den Frauen nur rudimentäre Informationen bekannt, wie z. B. die, dass sie der Empfängerin optisch ähnlich sieht oder über eine ihr entsprechende Blutgruppe verfügt. Das ausschlaggebende Kriterium für die von der Klinik vorgenommene Auswahl der Spenderin für eine bestimmte Empfängerin ist ihr äußeres Erscheinungsbild. Ärztinnen/Ärzte gleichen ein Foto der Spenderin mit dem der Empfängerin auf optische

Ähnlichkeiten ab, um die Wahrscheinlichkeit zu erhöhen, dass das der Eizellspende entstammende Kind seiner biologischen Mutter physiologisch ähnelt. Nur eine Frau wurde außerdem darüber in Kenntnis gesetzt, dass ihre Spenderin zu dem Zeitpunkt exakt 28 Jahre alt war. Die anderen Betroffenen kannten das Alter entweder gar nicht oder hatten lediglich Kenntnis von der Altersspanne, die in der Regel zwischen 25 und 30 Jahren liegt. Zwei der Frauen erwähnten, dass sie die Information erhielten, es handele sich um Studentinnen; eine wurde von ihrem behandelnden Arzt darüber in Kenntnis gesetzt, dass

„es frauen sind, die ne (--) gute berufliche ausbildung haben, irgendwie so was“
(Interview Nr. 11; S. 10; Z: 348-350)

Im Gespräch stellte sich heraus, dass es bezüglich der Informationen über die Spenderin eine hohe Diskrepanz zwischen dem Ist-Zustand und dem Soll-Zustand gibt, d. h. zwischen den tatsächlich (nicht) erhaltenen Informationen und dem von den Frauen erwünschten Informationsstand. Die meisten Frauen hätten gern mehr über das Aussehen, die Persönlichkeit und die Motivation der Spenderin erfahren. Nur drei der elf Frauen betonten nicht explizit, dass sie sich mehr Informationen über die Spenderin gewünscht hätten.

Von den drei Frauen, die hervorhoben, nicht an weiteren Informationen über die Spenderin interessiert zu sein, war jedoch nur Frau F. der Ansicht, dass es vorteilhaft sei, nicht zu wissen, wer die Spenderin sei.

„und ich glaub‘, es ist auch gut, dass ich nicht weiß, wie sie aussieht und wer sie ist. ja, das ist gut so. aber ich hab‘ auch gar nicht den drang, das irgendwie wissen zu wollen.“
(Interview Nr. 06; S. 15; Z: –580-581).

Frau F. hatte sich aus Gründen des Selbstschutzes bewusst dafür entschieden, nicht weiter nachzufragen, wer diese Spenderin sei.

ich mein‘, es bringt mir ja auch nichts. ich WILL ja, dass dieses KIND mein kind ist (...) ich will mir ja nicht ständig sagen, eigentlich ist dieses kind von einer anderen frau. oder die genetischen anlagen sind von einer anderen frau. deshalb will ich eigentlich über die spenderin gar nicht viel nachdenken.
(Interview Nr. 06; S. 9; Z:–348-351)

Frau N. hingegen betont, dass sie grundsätzlich der Ansicht sei, Gene hätten weder einen besonders starken Einfluss auf das Verhalten noch einen auf das Wesen des Menschen. Vor

diesem Hintergrund hielt sie es für nicht besonders wichtig, die Spenderin kennen-zu-lernen. Sie bekräftigte jedoch, dass sie sich mit der Frau getroffen hätte, wenn ihr das von der Klinik angeboten worden wäre.

also, wenn man mir gesagt hätte, (.) ‚das ist die frau x, wollen sie die kennenlernen?‘, hätt‘ ich vermutlich auch gesagt, ‚ja, warum nicht‘. (-- ja, ich glaube, ich bin da relativ offen (--), aber ich halte es (-- nicht für so unendlich wichtig. ich hab‘ ja gesagt, ich hab‘ s nicht so mit den genen. (-- und ich geh auch eigentlich davon aus, (-- wenn kinder irgendwie (-- so verzweifelt auf die suche nach genetischen eltern oder bei adoption oder so gehen, dass es was damit zu tun hat, was sie halt an vorstellungen haben darüber, was den menschen prägt. (Interview Nr. 11; S. 11; Z: 381-393)

Frau D. konstatierte nicht explizit, dass sie sich für einzelne Informationen über die Spenderin interessiere. Wenn ihre Tochter jedoch das Bedürfnis entwickelte, die Spenderin kennenzulernen, würde sie dieses Vorhaben unterstützen. Die Vorstellung, unter diesen Umständen der Spenderin persönlich zu begegnen, empfand sie als eher positiv, da sie ihr gegenüber Dankbarkeit empfand.

Diejenigen, die das Kind aufklären wollten, waren tendenziell mehr daran interessiert, die Spenderin kennenzulernen und dies auch dem Kind zu ermöglichen. Die Frauen, welche explizit ihr Interesse an weiteren Daten über die Spenderin ansprachen, hatten dafür unterschiedliche Beweggründe. Eine Gruppe wollte sich anhand der Informationen über die Spenderin ein genaueres Bild über das eigene Eizellspendekind machen. Frau A. und Frau B. waren an der Persönlichkeit und der Familiengeschichte der Spenderin interessiert. Sie erhofften sich, auf diese Weise mehr über das Wesen des eigenen Kindes in Erfahrung zu bringen. Frau A. ging davon aus, dass in jeder Familie konkrete Familienthemen im Unterbewusstsein von Generation zu Generation weitergegeben würden. Wenn aus ihrer Eizellspende ein Kind entstanden wäre, kämen diese Themen auch bei diesem Kind zum Tragen. Im Zweifelsfall hätte sie gern gewusst, woher bestimmte Eigenheiten des Kindes stammten, also hätte sie gern nähere Informationen über die Spenderin. Sie wäre sogar bereit gewesen, einen regelmäßigen Kontakt zwischen Spenderin und Kind zu ermöglichen. Frau B. hatte infolge der Eizellspende Zwillinge geboren. Während das Mädchen ihrer ersten leiblichen Tochter sowohl vom Wesen als auch vom Aussehen her sehr ähnlich war, glich der Junge im Hinblick auf seine Eigenschaften niemandem aus der Familie. Frau B. würde die Spenderin gern treffen bzw. näher kennenlernen, um zu erfahren, ob besagte Eigenschaften aus der Familie der Spenderin stammten. Auch das Interesse von Frau H. an der Spenderin

war durch ihr Kind begründet. Sie hatte nach der Eizellspende von einem befreundeten lesbischen Paar das sich mit dem Thema Samenspende auseinandersetzte – erfahren, dass dieses die Möglichkeit habe, sich für einen Spender zu entscheiden, der auch Kontakt zum Kind zuließe. Dieser Option war sich Frau H. in Bezug auf die Spenderin nicht bewusst gewesen. Sie hätte gern die gleiche Spendekonstellation in Anspruch genommen, falls die Tochter einmal Interesse am Spender geäußert hätte. Auch hätte sie einen Kontakt zwischen beiden befürwortet. Die einzige Frau, die ein ausschließlich persönliches Interesse an der Spenderin bekundete, war Frau G., der je eine Eizelle von insgesamt zwei Spenderinnen eingesetzt worden war. Sie weiß nicht, welche der beiden Eizellen sich weiterentwickelt hat. Aus einer „*persönlichen Neugier*“ (Interview Nr. 07; S. 6; Z: 199) heraus würde sie gern mehr über die erfolgreiche Spenderin erfahren.

Obwohl sich die Mehrzahl der Frauen nach der Spende an näheren Informationen über die Spenderin interessiert zeigte und betonte, beim Erstgespräch gut informiert worden zu sein, hatte bisher keine Rezipientin zusätzliche Informationen von ärztlicher Seite explizit eingefordert. Nur wenige der Frauen äußerten sich in ihrer Haltung ambivalent. Sie hatten zwar ein großes Kontakt- und Mitteilungsbedürfnis gegenüber der Spenderin, hegten aber die Befürchtung, bezüglich der Kinder Begehrlichkeiten bei ihr zu wecken.

Aus dem oben dargestellten Informationsfluss während des Spendeprozesses wird deutlich, dass für die Empfängerinnen keine Transparenz im Spendeprozess vorgesehen ist. Dies wird zwar vordergründig ohne jeden Widerspruch akzeptiert, führt aber intrapsychisch zu Unbehagen. Frau K. betont in diesem Zusammenhang:

anfänglich (--) .h, ja, hat mich das auch ein bisschen befremdet, weil ich eben auch dachte, ja, ich könnte ja hier ein ei, ich bekomme ja hier ne eizelle von einer frau, die ich nicht kenne. von der ich auch den gesundheitsstatus nicht kenne, auch wenn man überall schreibt, dass die frauen seien gesund und seien wirklich ganz doll untersucht worden, und alles wurde abgeklopft, die, ähm, komplette familienanamnese wurde erhoben, ich weiß nicht, wie viele generationen zurück, .hh, aber irgendwo son gewisser zweifel bleibt erst mal. das ist erst mal son gewisser gedanke .hhh, mit dem man sich erst mal anfreunden muss, das befremdet einen selbst am anfang. (Interview Nr. 09; S. 4; Z: 110-122)

Einige Frauen sprachen an, dass man den Kliniken in dieser Hinsicht vertrauen müsse, da eine Überprüfung ärztlichen Handelns nicht vorgesehen sei. An dieser Stelle ist erwähnenswert,

dass nie explizit betont wurde, dass man der Klinik auch tatsächlich vertraue; es wurde lediglich darauf hingewiesen, dass man dies tun *müsse*.

Frau E. meldete sich für ein Interview, um darüber zu sprechen, warum ihr Partner und sie sich kurz vor einer Spende gegen die Behandlung entschieden hatten.

wir haben es dann letztendlich – wie ich ihnen schon am anfang gesagt hatte – abgesagt, .hh, weil wir einfach ein problem damit haben, dass wir niiiiie erfahren werden, wer die mutter des kindes ist

(Interview Nr. 05; S. 7; Z: 258-261)

Die Unmöglichkeit, dem Kind Informationen jeglicher Art über die Spenderin zugänglich zu machen, hatte das Paar dazu bewogen, von einer Spende Abstand zu nehmen. Frau A. betonte, sich ebenfalls Gedanken darüber gemacht zu haben, dass das Kind keine Gelegenheit haben würde, seine genetische Mutter kennenzulernen. Frau D., die ihr Kind unterstützen wollte, falls dieses nach der genetischen Mutter suchte, wies ebenfalls darauf hin, dass das Kind weitere Informationen würde einklagen müssen.

Die interviewten Frauen haben eine Form der Spende in Anspruch genommen, bei der eine Selektion der Spenderin (nach gewünschten Kriterien) nicht möglich war. Die meisten Frauen akzeptierten dieses Vorgehen mit Selbstverständlichkeit und hatten kein Interesse an einer Partizipation am Selektionsprozess. Sie hatten auch bezüglich der Eigenschaften der Spenderin keine Präferenzen, vielmehr äußerten sie sich kritisch bezüglich solcher Bedürfnisse. Die einzige Ausnahme machten einige Frauen hinsichtlich des Faktors Ähnlichkeit. Sie wünschten sich, dass die optische Ähnlichkeit zwischen Spenderin und Rezipientin gegeben wäre, da sie unter dieser Voraussetzung davon ausgingen, dass der Verwandtschaftszusammenhang zum Kind nicht hinterfragt werde.

Lediglich zwei Frauen zogen eine Vorauswahl der Spenderin in Erwägung oder hätten zumindest gern im Nachhinein Informationen darüber, ob die Spenderin über bestimmte von ihnen bevorzugte Merkmale verfügte. Frau K. würde gern über den Bildungsgrad der Spenderin informiert werden. Dieser interessiere sie besonders, weil ihr Partner und sie Akademiker seien und es gern sähen, wenn das Kind die gleiche Bildungslaufbahn einschläge. Diesem Umstand halten sie für wahrscheinlicher, wenn die Spenderin ebenfalls Akademikerin ist. Frau M. hingegen wünschte sich nähere Informationen zum

Gesundheitszustand der Spenderin, um eine eventuelle Behinderung des Kindes auszuschließen.

Das soziale Umfeld der Frauen drängt (zumeist, ohne dass dieses sich dessen gewahr wird) latent zu einer Auseinandersetzung mit der (fehlenden) genetischen Mutterschaft. Indem optische Ähnlichkeiten oder Unterschiede zwischen Mutter und Kind von der Umgebung thematisiert werden, werden Eltern wiederholt indirekt auf die Spende hingewiesen. Was die Emotionen in Bezug auf die Spenderin betrifft, teilen sich die Interviewpartnerinnen in zwei entgegengesetzte Lager. Eine Gruppe betont explizit, der Spenderin gegenüber keine Gefühle zu hegen, da diese unbekannt und für den eigenen Lebensalltag von geringer Bedeutung sei. Die Frauen sprechen offen die Schwierigkeit an, sich als vollständige Mutter zu fühlen, sobald man mehr über die Spenderin wisse; andere berichten dies indirekt. Dabei wird betont, dass die Spenderin von geringer Bedeutung sei, weil das Kind durch Schwangerschaft, Geburt, das soziale Familienleben und die Familienzugehörigkeit als das eigene empfunden werde. Wieder andere geben an zu verdrängen, dass das Kind genetisch nicht mit ihnen verwandt ist, und bekräftigen gleichzeitig, dass es ja durch die Schwangerschaft definitiv das eigene sei. Alle Empfängerinnen betonen fortwährend, das Kind wie ein leibliches Kind zu lieben. Die Frauen der anderen Gruppe sprechen von sich aus an, wie dankbar sie den jeweiligen Spenderinnen für deren Unterstützung seien. Diese Dankbarkeit würden sie auch gern persönlich zum Ausdruck bringen. Eine Frau macht die Beziehung der (von ihr sehr wertgeschätzten) Spenderin zu den Mitgliedern ihrer Kernfamilie dadurch deutlich, dass sie plant, sich vier Playmobil-Figuren ins Regal zu stellen, die je einem Familienmitglied entsprechen. Während Mutter, Vater und Kind durch die üblichen bunten Figuren dargestellt werden sollen, soll die Figur, welche die Spenderin verkörpert, weiß sein. Die weiße Farbe stellt für sie symbolisch den „weißen Fleck“, das nicht vorhandene Wissen über die Person der Spenderin dar.

8 Quantitative Untersuchung

8.1 Datenerhebung

8.1.1 Fragestellung/en und Auswertungsmethoden

Wie bereits in Kapitel 6.1 hergeleitet ist die zentrale Fragestellung folgende:

Welchen Umgang zeigen Eltern bezüglich der Information über die genetische Herkunft ihres Kindes? Die Einstellung der befragten Frauen wird hinsichtlich drei Personen (-gruppen) erfasst:

- zum einen hinsichtlich des aus einer Eizellspende entstandenen/entstehenden oder des potenziellen bzw. geplanten Kindes,
- zum anderen in Bezug auf die Spenderin
- sowie gegenüber der eigenen Familie und dem weiteren sozialen Umfeld.

Im Hinblick auf das Kind soll erfasst werden, ob die Empfänger/innen geplant haben, ihr Kind von dessen Art der Entstehung in Kenntnis zu setzen. Darüber hinaus wird erfragt, welche Beweggründe für die getroffene Entscheidung eine Rolle spiel(t)en.

In Bezug auf die Eizellspenderin ist von Interesse, ob es ein Kontaktbedürfnis (bzw. dessen Ablehnung) der biologischen Mutter gegenüber der Spenderin gibt. Hat die Rezipientin (Des-) Interesse an Informationen über die Spenderin?

Was die Familie sowie das weitere soziale Umfeld betrifft, soll festgehalten werden, welche Person/en von der Eizellspende in Kenntnis gesetzt werden und welche Beweggründe dafür ausschlaggebend waren.

Die Untersuchung dieser Fragestellung/en wurde zunächst in drei Schritte (und formal in entsprechende Unterkapitel) unterteilt, in denen jeweils verschiedene statistische Analyseverfahren zum Einsatz kamen, um entweder alle oben dargestellten Fragen oder Teilfragen zu bearbeiten.

Im ersten Schritt (Kapitel 8.2.2.1) werden ausschließlich Häufigkeitsauszählungen aufbereitet und diskutiert. Diese sind wie folgt analog zu den einzelnen Teilfragen in vier Einheiten (und entsprechende Unterkapitel) unterteilt:

- „Kapitel 8.2.2.1.1 Soziodemografische Variablen und Rahmenbedingungen der Spende“
- „Kapitel 8.2.2.2 Das soziale Umfeld“
- „Kapitel 8.2.2.3 Die Spenderin“
- „Kapitel 8.2.2.4 Nachkommen einer Eizellspende“

Zunächst werden unter Kapitel 8.2.2.1.1

soziodemografische Variablen und Rahmenbedingungen der Spende mittels Häufigkeitsverteilungen untersucht. Bei diesen Variablen handelt es sich um:

- Alter
- Religion
- Schulabschluss
- Familienstand
- Haben Sie Kinder?
- Sind Sie derzeit schwanger?
- Wie hoch ist das Nettoeinkommen Ihres gesamten Haushaltes im Monat?
- Aus welchem Grund haben Sie die Eizellspende in Anspruch genommen?
- Welche Form der Spende haben Sie in Anspruch genommen?
- Sind Sie mit Ihrer Entscheidung zur Eizellspende zufrieden?
- Würden Sie sich heute noch einmal für eine Eizellspende entscheiden?
- Haben Sie sich von Seiten der Klinik gut beraten und ausreichend informiert gefühlt?
- Sind im Rahmen der medizinischen Behandlung bei Ihnen gesundheitliche Schwierigkeiten entstanden?

Anschließend wird im Kapitel 8.2.2.2 hinsichtlich des sozialen Umfeldes erfasst, ob nahestehende Personen von einer reproduktionsmedizinischen Behandlung oder der Eizellspende in Kenntnis gesetzt wurden. Wenn ja, welche Personen waren das? Mit welcher Häufigkeit wurden einzelne Personengruppen (wie z.B. Freunde oder Arbeitskollegen) in Kenntnis gesetzt? Die konkreten Fragen lauten:

- Haben Sie jemandem von der medizinischen Behandlung erzählt?

- Wenn ja, wem haben Sie davon berichtet?
- Haben Sie jemandem von der Eizellspende erzählt?
- Wenn ja, wem haben Sie davon berichtet?

Im Kapitel 8.2.2.2.3 wird hinsichtlich der Spenderin im Rahmen von Häufigkeitsberechnungen erfragt, ob es bei der Rezipientin ein Kontaktbedürfnis hinsichtlich jener Person gibt. Die Fragen wurden konkret wie folgt artikuliert:

- Welche Information haben Sie über die Spenderin?
- Sind Sie mit diesem Informationsstand zufrieden?
- Stellen Sie sich manchmal vor, die Spenderin unverbindlich kennenzulernen?
- Wären Sie dazu bereit, die Spenderin zu treffen?
- Stellen Sie sich bitte vor, Sie wären selbst infolge einer Eizellspende geboren worden. Würden Sie die Spenderin gern kennen lernen?

Anschließend werden im Kapitel 8.2.2.2.4 bezüglich der Nachkommen einer Eizellspende Häufigkeitsverteilungen im Hinblick auf die Frage/n nach der Entscheidung zur Offenheit oder Geheimhaltung der Herkunft des Kindes und den Beweggründen für die jeweilige Entscheidung aufgestellt. Die expliziten Fragen sehen wie folgt aus:

- Was ist Ihre Meinung? Sollte ein durch Eizellspende entstandenes Kind grundsätzlich das Recht haben, seine genetische Herkunft zu kennen?
- Wurden Sie von jemandem in dieser Auffassung bestärkt?
- Möchten Sie, dass Ihr Kind erfährt, dass es einer Eizellspende entstammt?
- Wie sicher sind Sie sich bei dieser Entscheidung?
- Weiß Ihr Kind derzeit über seine Entstehung Bescheid?
- Warum haben Sie sich dazu entschieden, Ihr Kind (nicht) aufzuklären?
- Was ist Ihre Meinung? Wie wird Ihr Kind reagieren, wenn Sie es aufklären?

Im zweiten Schritt (Kapitel 8.2.2.2) wurde eine deskriptive Analyse des Typus der Rezipientinnen erstellt, indem gefragt wurde, ob bezüglich der erhobenen Daten die Versuchspersonen zu Gruppen zusammengefasst werden können, die in sich homogen, zwischen den resultierenden Gruppen jedoch heterogen sind. Die Homo- bzw. Heterogenität bezieht sich hierbei auf sämtliche Variablen, die mittels Fragebogen für die Teilnehmerinnen

dieser Studie erhoben worden sind. Für diese deskriptive Analyse bietet sich die Clusteranalyse an (Backhaus et al., 2003, S. 479–542), weshalb sie auch zur Anwendung kam.

Der dritte Schritt (Kapitel 8.2.2.3) widmet sich der Fragestellung, ob die teilnehmenden Frauen ihre Kinder über die Eizellspende informieren und wie sich, bezüglich des Antwortverhaltens zu dieser Frage, das Antwortverhalten zu allen anderen Fragen verhält. Gesucht wurde also nach signifikantem Zusammenhängen zwischen der konkreten Frage: *„Möchten Sie, dass Ihr Kind erfährt, dass es einer Eizellspende entstammt?“* und allen anderen erhobenen Variablen. Zu diesem Zweck wurden die metrischen Merkmale mit t-Tests (zwei unabhängige Stichproben) und die kategorial abgefragten Merkmale mit dem χ^2 -Test untersucht, falls deren Voraussetzungen bezüglich der Merkmale erfüllt sind (Genschel und Becker, 2005, S. 245–250; Hartung et al., 2005, S. 412 und Büning und Trenkler, 1994, S. 6–12). Bezüglich des t-Tests wird ein Stichprobenumfang von größer 30 verlangt (Nachtigall & Wirtz, 1998, S. 123). Bezüglich des χ^2 -Tests ist die zentrale Voraussetzung, dass die sogenannten erwarteten Häufigkeiten in jeder Zelle der Kontingenztafel größer 5 ist (Bühl & Zöfel, 2002).

8.1.2 Diagnostisches Verfahren – Konstruktion des Fragebogens

Der Prozess der Fragebogenerstellung erfolgte mittels Methodentriangulation. Wie bereits in Kapitel 6.2 dargestellt, wurden bis zum 31.08.2007 fünf Interviews durchgeführt. Auf der Grundlage der Antworten dieser fünf Interviews und dem schriftlichen Austausch zum Thema *„Aufklärung des Kindes“* im Internetforum www.eizellspende.de⁷⁵ wurde ein Fragebogen mit Ankreuzoption⁷⁶ erstellt. Der Fragebogen umfasst elf Seiten mit insgesamt 29 Fragen. Die Antworten aus dem Internetforum dienten vor allem dazu, die Antwortvorgaben auf die Frage 23.: *„Warum haben Sie sich dazu entschieden, Ihr Kind (nicht) aufzuklären?“* zu erstellen. Sämtliche Antworten der Forumsteilnehmer/innen gingen in die Konstruktion von Antwortalternativen ein. Die Antwortalternativen zur Frage 4.: *„Welche Form der Spende haben Sie in Anspruch genommen“* wurden der Differenzierung in vier unterschiedliche

⁷⁵ Unter <http://www.eizellspende.de/forum/index.php?board=63.0> befindet sich ein Ordner mit der Aufschrift *„Pro und Contra“*, der mehrere Diskussionsstränge und Beiträge zur Frage enthält, ob man das eigene Kind bezüglich seiner Herkunft aufklären solle oder nicht. [letzter Zugriff am 11.03.2014]

⁷⁶ Der gesamte Fragebogen befindet sich im Anhang C, welcher sich auf der CD befindet, die dieser Dissertation beiliegt.

Formen nach Ahuja, Mostyn & Simons (1997) entnommen. Diese vier Alternativen wurden als Antwortoption übernommen, um die Option einer verwandten/bekanntem/befreundeten Spenderin ergänzt sowie um die Spendeform, in der sich Paare selbstständig eine (ihnen zuvor fremde) Spenderin suchen. Alle anderen Fragen und Antwortvorgaben sind Fragen nach soziodemografischen Daten und Variationen der drei Forschungsfragen, (welche in Kapitel 6.1 und 8.1.1.1 skizziert sind). Ergänzt sind diese zentralen Fragen um Fragen nach der Zufriedenheit mit der medizinischen Behandlung sowie Beratung und Information als auch etwaigen gesundheitlichen Schwierigkeiten im Rahmen des Eizellspendeprozesses. Letzterer Fragenkomplex betrifft zwar nicht direkt die Forschungsfragen, könnte aber möglicherweise mit Antworttendenzen bei den Forschungsfragen korrelieren. So erscheint es z.B. möglich, dass gravierende somatische, psychosomatische oder psychische Folgen oder Nebenwirkungen der Eizellspende für die soziale Umgebung sichtbar werden und zur Aufklärung über die Ursache dieser Beschwerden motivieren. Umgekehrt können auch eine besonders hohe Zufriedenheit und die Vermittlung von Normalität der medizinischen Prozedur zu einem offenen Umgang mit der Thematik beitragen. Bei der Formulierung der Items galten die Richtlinien von Bortz & Döring (2006, S. 254).

Der Fragebogen enthält sowohl offene als auch geschlossene Fragen und die Mischform. In der offenen Form aufbereitet waren einige Fragen zu soziodemografischen Daten (wie Alter, Beruf, Religion, Staatsangehörigkeit, Schulabschluss und alle Antwortoptionen, die in Zahlen zu leisten sind, z.B. Einkommen, Anzahl eigener Kinder) sowie folgende Fragen:

- Frage 12. Wenn ja, wem (haben Sie von der medizinischen Behandlung erzählt)?
- Frage 14. Wenn ja, wem (haben Sie von der Eizellspende erzählt)?
- Frage 19 b. Wenn ja, von wem (wurden Sie in Ihrer Auffassung bestärkt⁷⁷)?

Im Online-Fragebogen gab es für die Textlänge in keiner Frage eine Begrenzung. Bei sämtlichen Fragen, die Personengruppen enthielten (wie z.B. beste Freundin, Mutter) wurden die Antworten im ersten Schritt systematisiert und anschließend kategorisiert. Das neue Kategoriensystem bildete in der SPSS-Datenmaske eine neue Variable, hinsichtlich derer die freien Antworten eingeordnet wurden. Die Mischformen existierten für den Fall, dass es Antwortalternativen gab, die der Verfasserin der Arbeit noch nicht bekannt waren. So waren für die Frage 1. „Aus welchem Grund haben Sie eine Eizellspende in Anspruch genommen?“

⁷⁷ Die Frage bezieht sich auf Frage 19., in der danach gefragt wird, ob man der Meinung sei, ein Kind habe das Recht, von seiner Herkunft zu wissen.

sieben Antwortalternativen vorgegeben, während die Antwortalternative acht aus einer freien Spalte bestand, die mit einer weiteren Antwortalternative gefüllt werden konnte. Auf die gleiche Art wurde bei folgenden Fragen verfahren:

- Frage 15. Welche Informationen haben Sie über die Spenderin?
- Frage 26. Wie ist Ihre Meinung? Wie wird Ihr Kind reagieren, wenn Sie es aufklären?
- Frage 29. Um welche Art von gesundheitlichen Schwierigkeiten handelt es sich?

Der Fragebogen enthielt auf der ersten Seite ein motivierendes Anschreiben sowie die Information zum Fachbereich, in dem die Arbeit stattfindet, eine Darstellung der Fragestellung, die Zusicherung von Anonymität und einen Dank für die Bearbeitung.

Sicherheitseinschätzungen (z.B. „Wie sicher sind Sie sich bei dieser Einschätzung?“) und Zufriedenheitseinschätzungen (z.B. „Sind Sie mit Ihrer Entscheidung zur Eizellspende zufrieden?“) wurden als fünfstufige Ratingskala aufbereitet (z.B. sehr zufrieden – zufrieden – mittelmäßig zufrieden – unzufrieden – sehr unzufrieden) und grafisch als Querbalken dargestellt, um das Abstufungssystem zu verdeutlichen. Die Verfasserin hat sich an die gängige Lehrmeinung (Raab, Steiner & Bench, 2008) gehalten, nach der Ratingskalen auf fünf bis sieben Abstufungen begrenzt werden sollten, um niemanden zu überfordern oder die Tendenz zu extremen Antworten zu vermeiden, die sich bei einer größeren Alternativenauswahl eher einstellt als bei einer kleineren Auswahl. Nach Fertigstellung des Fragebogens erfolgte zunächst ein Probedurchlauf nach einem Konzept von Raab, Steiner & Bench (2008), in der mit einer Instruktion des lauten Denkens gearbeitet wird. Zehn Testpersonen, die aus dem Bekanntenkreis der Verfasserin rekrutiert wurden, bearbeiteten jeweils einzeln den Fragebogen und äußerten spontan laut alles, was ihnen bei der Bearbeitung ein- und auffiel. Die Verfasserin machte sich währenddessen Notizen, die der Überarbeitung des Fragebogens dienten.

Ein Nachteil der Online-Befragung ist, dass die Erhebungssituation unbeobachtet abläuft. Somit kann nicht gewährleistet werden, ob die Frauen wirklich allein vor dem Rechner/Fragebogen sitzen oder ob sie die Antwortalternativen während der Bearbeitung mit weiteren Personen diskutierten (und sich dadurch ggf. in ihrem Antwortverhalten beeinflussen ließen). Ein Vorteil dieser uneinsichtigen Situation ist jedoch, dass aufgrund der Anonymität keinerlei Schwierigkeiten mit sozial erwünschten Antworten zu erwarten sind. Ebenso können motivationale Schwierigkeiten ausgeschlossen werden, da die Frauen aus eigenem Antrieb

heraus auf die Webseite und den Fragebogen zugegriffen und unter keinerlei Erwartungsdruck standen.

8.2 Auswertung

8.2.1 Stichprobe

Im Zeitraum zwischen dem 22.01.2008 bis zum 09.02.2014 füllten 120 Personen einen vollständigen Fragebogen aus⁷⁸. Obwohl sich der Fragebogen an Männer und Frauen gleichermaßen richtete und dies auch auf der Homepage explizit benannt wurde, war nur ein einziger Mann zur Teilnahme bereit. Aus Gründen der Einheitlichkeit wurde dieser aus der Untersuchung entfernt, sodass die Studie ausschließlich aus insgesamt 119 Frauen besteht. Die meisten Teilnehmerinnen füllten den anonymen Online-Fragebogen aus. Lediglich vier Frauen entschieden sich dazu, den online zugänglichen Fragebogen im pdf.-Format auszudrucken und die Papierform auszufüllen. Zwei dieser Frauen sandten den Fragebogen anschließend anonym an das Sekretariat des Arbeitsbereiches „Public Health: Prävention und

⁷⁸ Vermutlich irritiert die verhältnismäßig geringe Teilnehmer/innenzahl über einen Zeitraum von sechs Jahren. Diese ist unter anderem auf sehr engagierte Sabotageaktivitäten zurückzuführen, die sich im Herbst 2009 einstellten (als bereits 80 Fragebögen ausgefüllt waren) und kontinuierlich bis zum Abschluss der Dissertation anhielten. Die Initiative ging zunächst von einer Frau aus dem Internetforum www.Eizellspende.de aus, weitete sich jedoch aufgrund der umfangreichen Kritik auf mehrere Personen aus. Sobald in einem Onlineforum ein Posting mit der Studiendarstellung und der Bitte um Teilnahme eingestellt wurde, erschien (zum Teil neben Kritik und unsachlichen Unterstellungen) stets der Hinweis, dass die Homepage (auf der sich der Fragebogen und die Studiendarstellung befinden) mit einem Virus infiziert sei. Tatsächlich meldete der Virens scanner der Verfasserin stets in zeitlicher Nähe zur Warnung einen Virus. Aufgrund der Infektion musste die Webseite stets wiederholt offline genommen und vom Virus bereinigt werden, was Zeit in Anspruch nahm und sicher auch potenziell interessierte Teilnehmer/innen verunsicherte. Was die Motivationslage der Akteurin/nen angeht, tauchten in der online recht breit geführten Diskussion ausschließlich von der Initiatorin ausgehend zumeist zwei Argumente wiederkehrend auf. Diese bestanden zum einen in der Befürchtung, dass mit der Dissertation auf wissenschaftlicher Ebene versucht werde, die Bemühungen von Reproduktionsmedizinern/Reproduktionsmedizinerinnen und Betroffenen für eine Änderung des Embryonenschutzgesetzes zu untergraben. Zum anderen war treibende Kraft die Angst davor, dass über ungewollt kinderlose Menschen Aussagen getätigt werden, die wissenschaftlich legitimiert sind, jedoch dazu beitragen, diese als Gruppe zu diskreditieren. Der eigene Anteil der Verfasserin bestand darin, dass sie sich vor dem Hintergrund wissenschaftlicher Wertfreiheit und einer ergebnisoffenen Haltung nicht politisch, ethisch und persönlich bezüglich aktueller sozial-politischer Fragestellungen rund um die Eizellspende positionierte. Die Homepage der Verfasserin bot ein breites Themenspektrum mit Argumenten aus konträren politischen Richtungen. Dies machte es für Betroffene schwer, eine Einordnung der Verfasserin als Person und der Arbeit an sich vorzunehmen und schürte (vermutlich aus dieser Unsicherheit heraus) massive Aggressionen, die sich in Gestalt von Postings, Viren, E-Mails und wenigen Anrufen entluden.

Psychosoziale Gesundheitsforschung“ der Freien Universität Berlin, eine weitere Frau sandte den Fragebogen an das Fertility Center Berlin das (über Herrn Prof. Dr. med. Kentenich) auf der Homepage und den Handzetteln mit der Studiendarstellung als Unterstützer der Studie benannt wurde. In einem Fall wurde der ausgefüllte Fragebogen eingescannt und der Verfasserin der Arbeit per E-Mail zugesandt.

8.2.2 Ergebnisse

8.2.2.1 Häufigkeitsberechnungen

8.2.2.1.1 Soziodemografische Variablen und Rahmenbedingungen der Spende

Die medizinische Behandlung derer, die den Fragebogen ausfüllten, lag mindestens eine Woche zurück, während die am längsten zurückliegende Behandlung vor sieben Jahre erfolgte. Im Durchschnitt war die Eizellspende ca. elf Monate her, sodass die zum Erhebungszeitpunkt getätigten Altersangaben und das Alter bei der Eizellspende selbst nicht allzu weit auseinanderliegen. Wie in der Abbildung 10 zu sehen ist, ist die Altersgruppe der 41- bis 45-Jährigen mit 36 % die größte Gruppe. 12,6 % der Frauen waren 46 bis 50 Jahre alt. Die jüngsten Frauen (mit 25 bis 30 Jahren) machen die kleinste Gruppe aus. Die im Verhältnis größte Frauengruppe (41 bis 45 Jahre) befindet sich in einem Alter mit verminderter Fruchtbarkeit und kann aus medizinischer Sicht als Spätgebärende bezeichnet werden (Zeh, 2011) oder befindet sich bereits (ab dem 45 Lebensjahr) im beginnenden Klimakterium (Gruber, 2009).

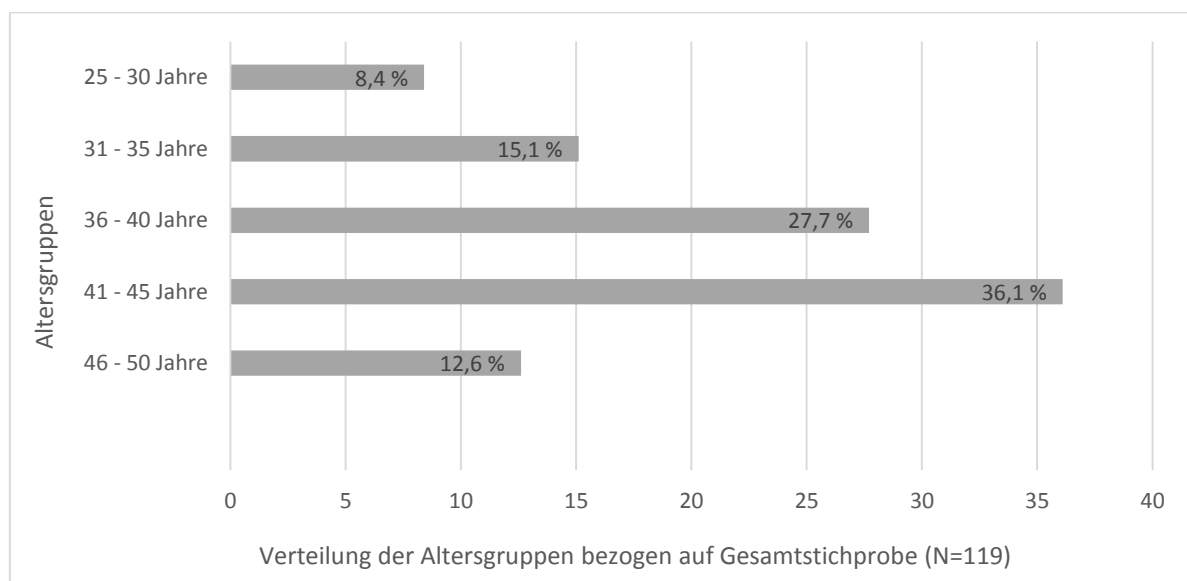


Abbildung 16: Altersgruppen

Bei Betrachtung der Häufigkeitsverteilung der Gründe für die Inanspruchnahme einer Eizellspende wird deutlich, dass ausschließlich 14,7 % der befragten Frauen ein zu hohes Alter bei Beginn der Familienplanung angeben. Die größte Gruppe umfasst die offene Frage nach anderen Gründen, welche neben der Ankreuzoption „andere Gründe“ ein freies Feld für die freie Angabe jener Gründe enthielt. Leider nutzte nur eine einzige Frau diese Möglichkeit und gab eine „Immununverträglichkeit“ als anderen Grund an. Bei allen anderen Teilnehmerinnen blieb leider offen, worum es sich handelt. Der am häufigsten angegebene Grund waren vorzeitige Wechseljahre (17,2 %), gefolgt von einem zu hohen Alter bei Beginn der Familienplanung (14,7 %) und multipler Operationen im Bereich der Ovarien (11,2 %). Eher seltene Gründe waren Frauen ohne Ovarien (4,3 %), Frauen, deren Körper nach Krebstherapie keine Eizellen bildete (4,3 %) und genetische Erkrankungen (3,4 %). Zwei Frauen (1,7 %) hatten sich sterilisieren lassen und benötigten eine Eizellspende, um diese Operation zu umgehen.

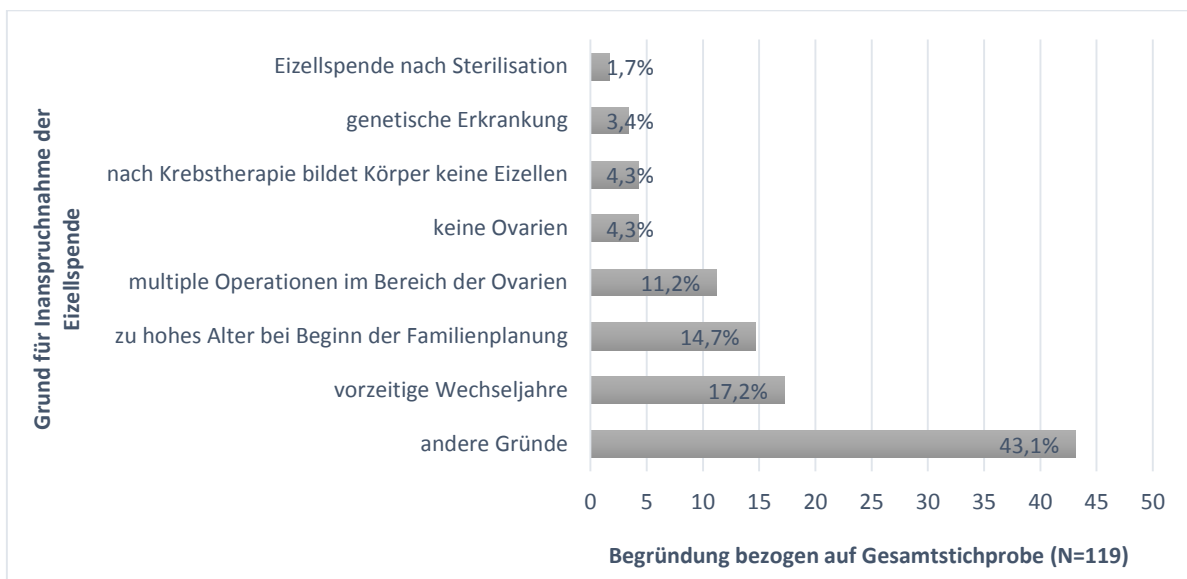


Abbildung 17: Grund für die Inanspruchnahme der Eizellspende (N=119)

Was die Bildungstheze angeht, zeigt sich, dass die vorliegende Stichprobe verglichen mit den durchschnittlichen Bildungsabschlüssen aller Bundesbürgerinnen im Jahr 2013 (Statistisches Bundesamt, 2013)⁷⁹ mit 3,4 % sehr viel weniger Hauptschulabschlüsse beinhaltet als der Bundesdurchschnitt (35,6 %), annähernd gleich viele Realschulabschlüsse (26,7 % vs. 24,2

⁷⁹ Der Vergleich mit den Zahlen des Statistischen Bundesamtes bezieht die gesamte weibliche Bevölkerung mit ein, das bedeutet, in die Stichprobe des Statistischen Bundesamtes gehen Frauen bis 65 Jahre ein.

%), mehr Fachhochschulabgängerinnen (12,9 %) als im Bevölkerungsdurchschnitt (3,6 %) und mehr Promovierte als in der weiblichen Durchschnittsbevölkerung (0,7 %).

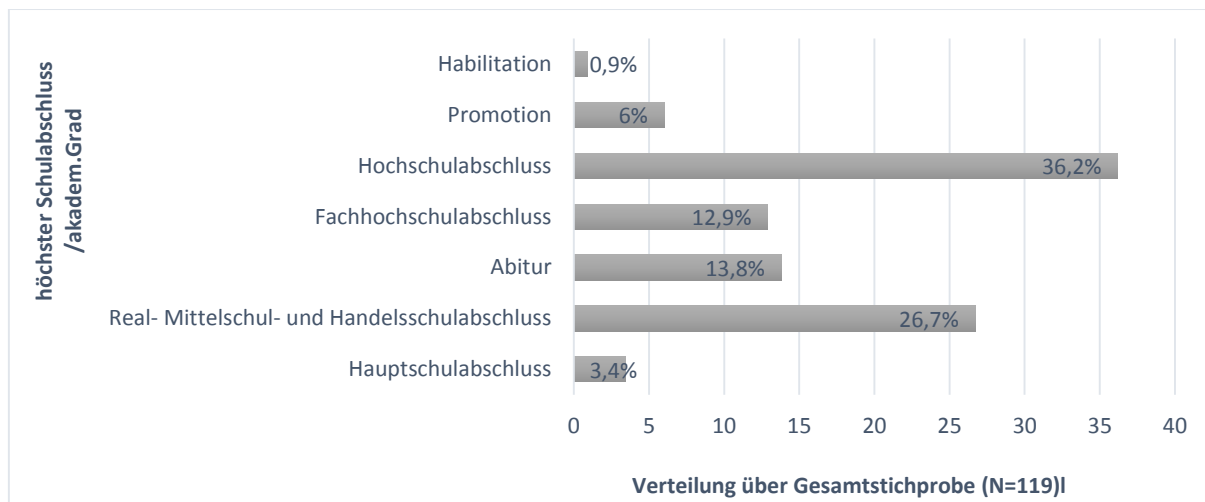


Abbildung 18: höchster Schulabschluss/ höchster akademischer Grad (N=119)

Mit einem durchschnittlichen Netto Haushaltseinkommen von 6167, 3 Euro würden die Teilnehmerinnen der Stichprobe zur „Einkommensstarken Mitte“ zählen (IW Köln, 2012)⁸⁰. Das niedrigste Netto Monatseinkommen betrug 500 Euro, das höchste 150000 Euro (was von ausschließlich einer Person angegeben wurde). Die Frau, deren Netto - Haushaltseinkommen 150000 Euro beträgt, wurde aus den folgenden Berechnungen als Ausreißerwert entfernt. 11,9% der Stichprobe haben ein Einkommen zwischen 8501 und 15000 Euro im Monat. Aufgrund dieses Anteils an Frauen mit einem sehr hohen Haushaltseinkommen wird der Durchschnitt stark nach oben gedrückt. Wie der Abbildung 13 zu entnehmen ist, hat die größte Gruppe ein Einkommen zwischen 2501 – 3500 Euro und gehören damit der Mittelschicht an (IW Köln, 2012).

⁸⁰ Die Einteilung ist einer verschriftlichten Form einer Pressekonferenz in Berlin vom 27.08.2012 des Institutes der deutschen Wirtschaft Köln entnommen.

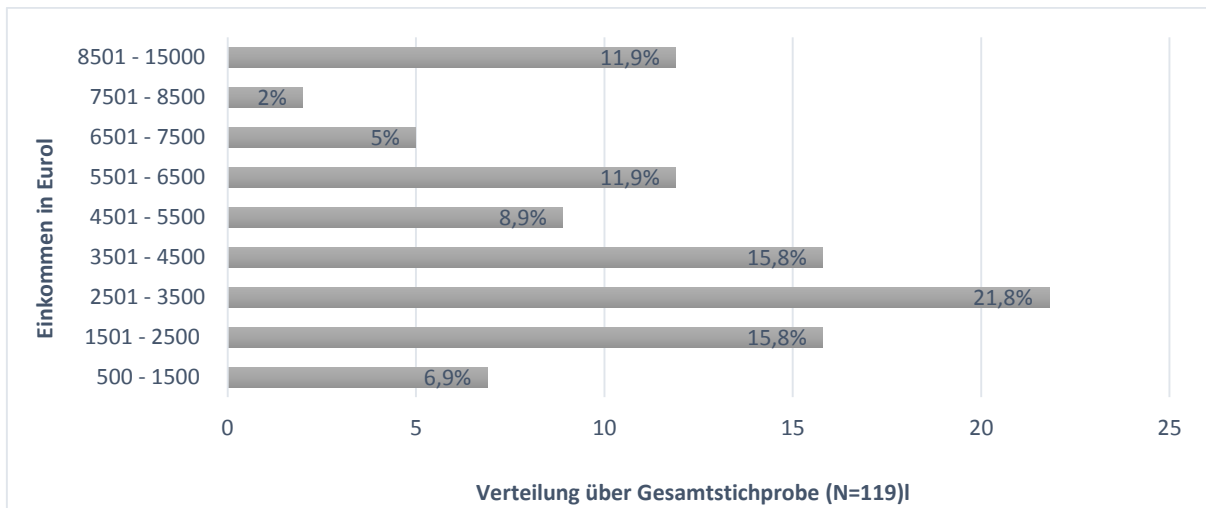


Abbildung 19: Netto Einkommen des gesamten Haushaltes (N=119)

Wie die Befragung zur Religion in Abbildung 14 zeigt, gehören die meisten Frauen einer Religionsgemeinschaft an. Angeführt mit 37,6 % Frauen evangelischen Glaubens, gefolgt von 22,2 % katholischen Frauen, sind mehr als die Hälfte der Teilnehmerinnen christlich geprägt. Eine Minderheit von 1,7 % ist muslimischen Glaubens und 0,9 % sind buddhistisch orientiert. Insgesamt 37,6 % der befragten Frauen gehören keiner Glaubensgemeinschaft an.

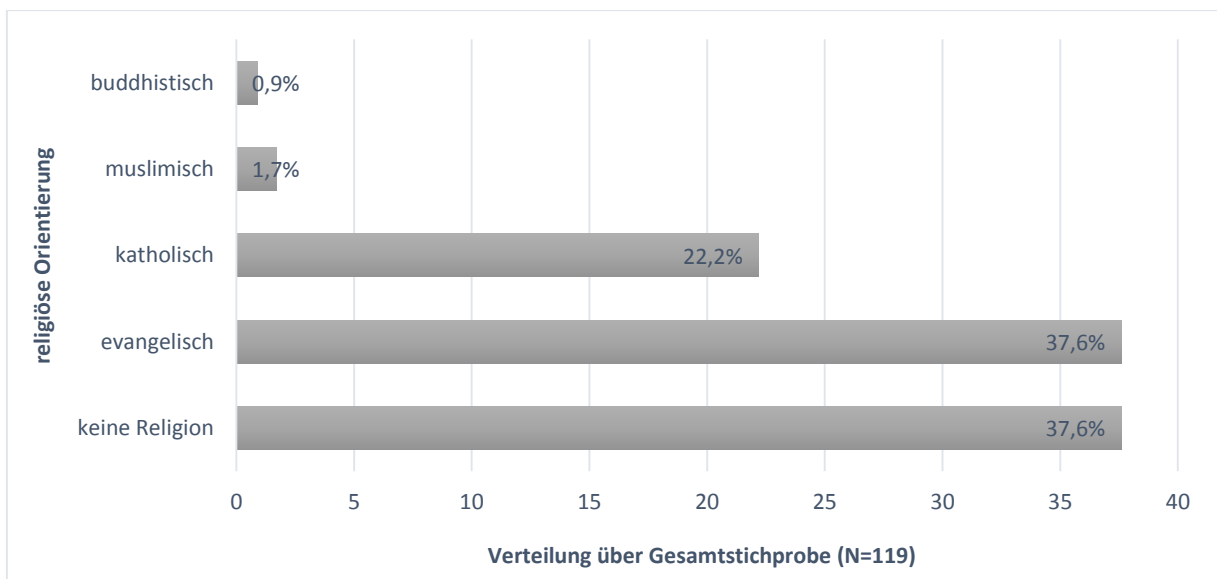


Abbildung 20: Religionszugehörigkeit (N=119)

Der Anteil verheirateter Frauen war mit 77,3 % höher als der Anteil derer, die unverheiratet in einer Beziehung lebten (22,7 %).

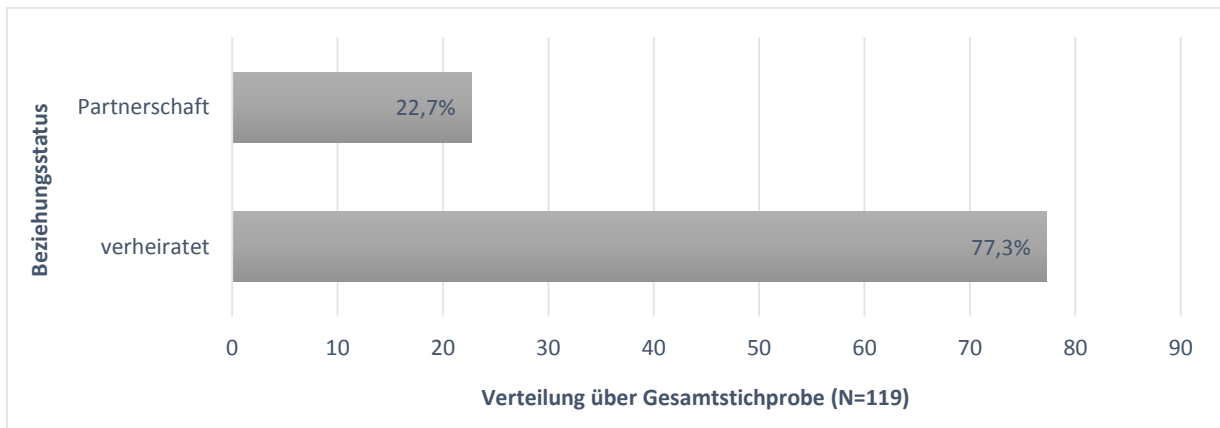


Abbildung 21: Familienstand (N=119)

Etwas mehr als ein Viertel (26,1 %) der Stichproben-Teilnehmerinnen war zum Zeitpunkt der Erhebung schwanger.

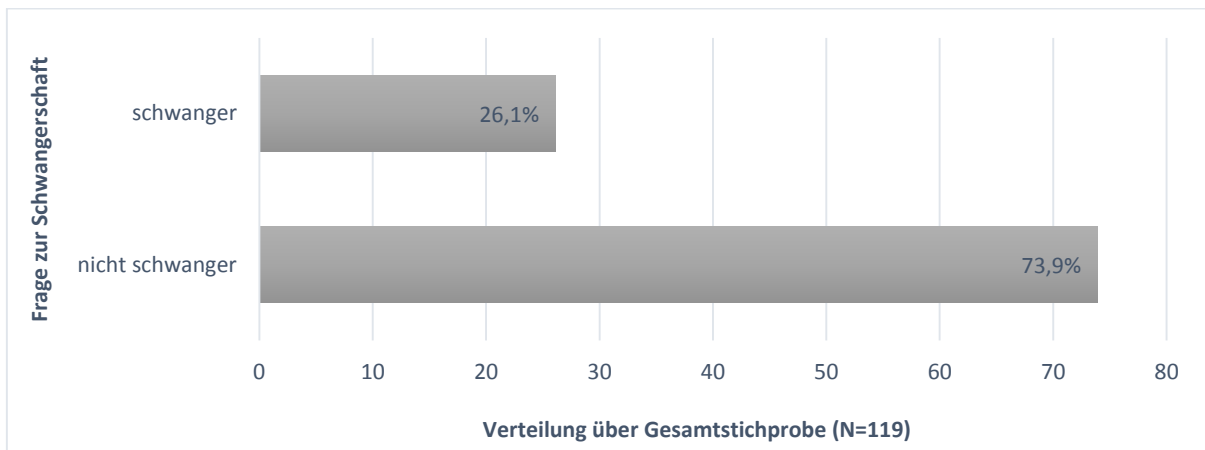


Abbildung 22: Frage danach, ob aktuell eine Schwangerschaft besteht (N=119)

Mehr als die Hälfte der Frauen waren bereits Mütter (53,8 %), während 31,8 % aller Mütter ein Kind durch Eizellspende hatten, 8,4 % hatten zwei Kinder durch Eizellspende und 1,9 % der Frauen hatte die Eizellspende zu drei Kindern verholfen.

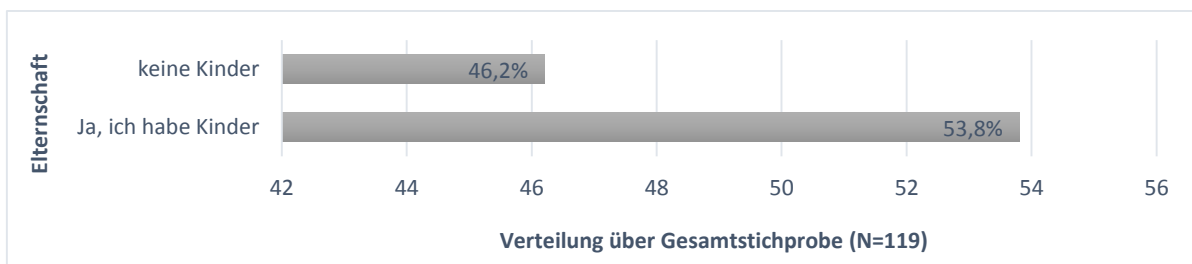


Abbildung 23: Frage danach, ob eine Elternschaft besteht (N=119)

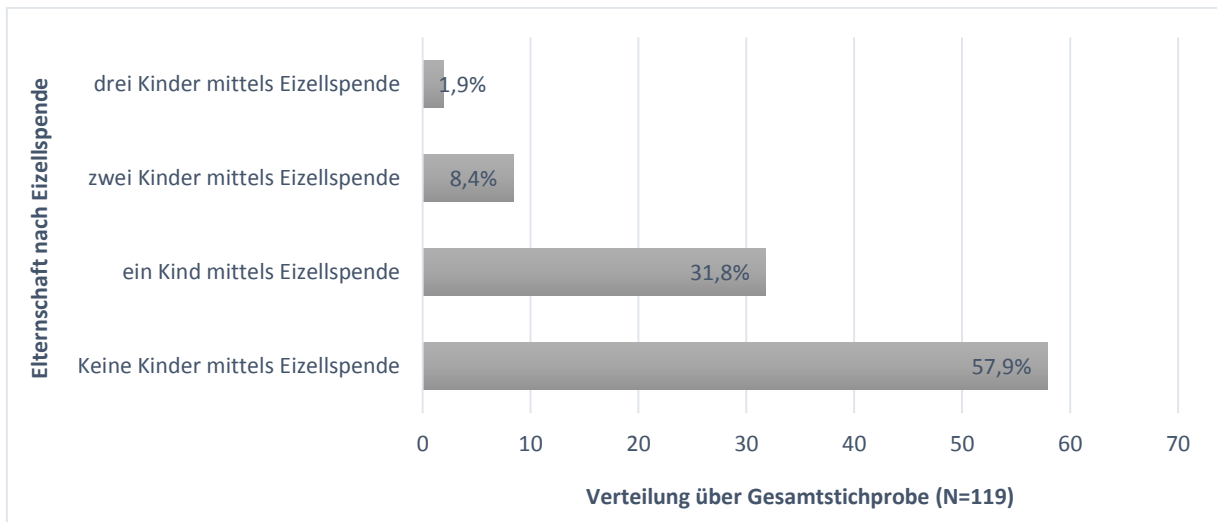


Abbildung 24: Frage danach, ob der Eizellspende Kinder entstammen und wenn ja, wie viele

Die mit Abstand am häufigsten in Anspruch genommene Form der Eizellspende war anonym. In 78 % der Fälle erhielt die anonyme Spenderin eine Aufwandsentschädigung. Bei 11,9 % der anonymen Spenderinnen war dies nicht der Fall. 5,9 % der Rezipientinnen praktizierten das egg-sharing, während 2,5 % selbst eine fremde Spenderin rekrutierten. 1,7 % erhielten aus den Verwandten- und Bekanntenkreis eine Spende.

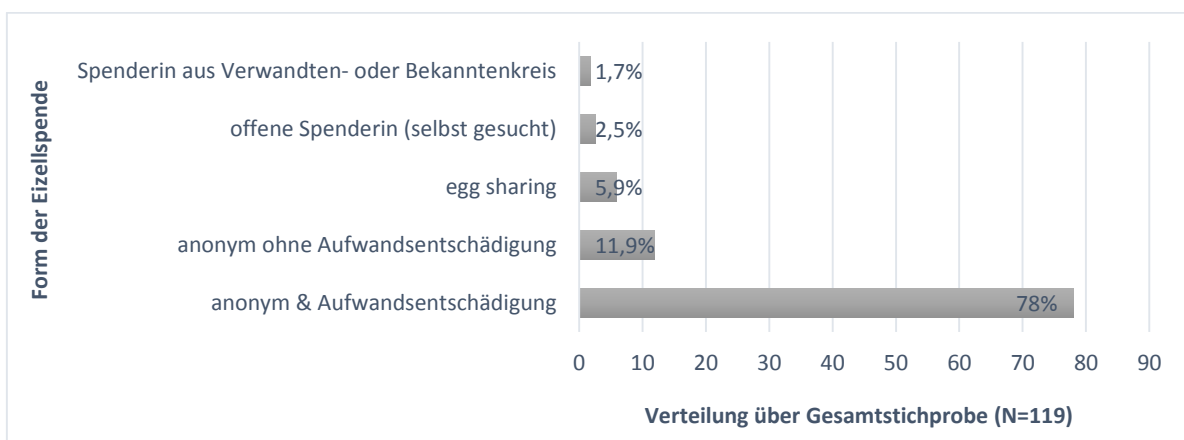


Abbildung 25: Form der Eizellspende

Nach Inanspruchnahme der Eizellspende waren die meisten (70,6 %) sehr zufrieden mit ihrer Entscheidung, während 24,4 % zufrieden waren. Eine Minderheit äußerte sich mit 3,4 % mittelmäßig zufrieden. 1,7 % der Studienteilnehmerinnen waren sehr unzufrieden. Die von der Klinik geleistete „Beratungsqualität“ wurde ebenfalls von der Mehrheit als positiv eingestuft. 53,8 % der Frauen empfanden diese als sehr gut. 35,9 % befanden die Qualität als gut. 6,8 % der Frauen entschieden sich für die Kategorie mittelmäßig. Insgesamt waren

ausschließlich 2,6 % der Frauen unzufrieden und 0,9 % sehr unzufrieden. Inhaltlich passend würde sich auch die Mehrheit (94 %) erneut für eine Eizellspende entscheiden.

Lediglich 0,9 % sagen Nein und 0,9 weitere Prozent äußerten Vielleicht.

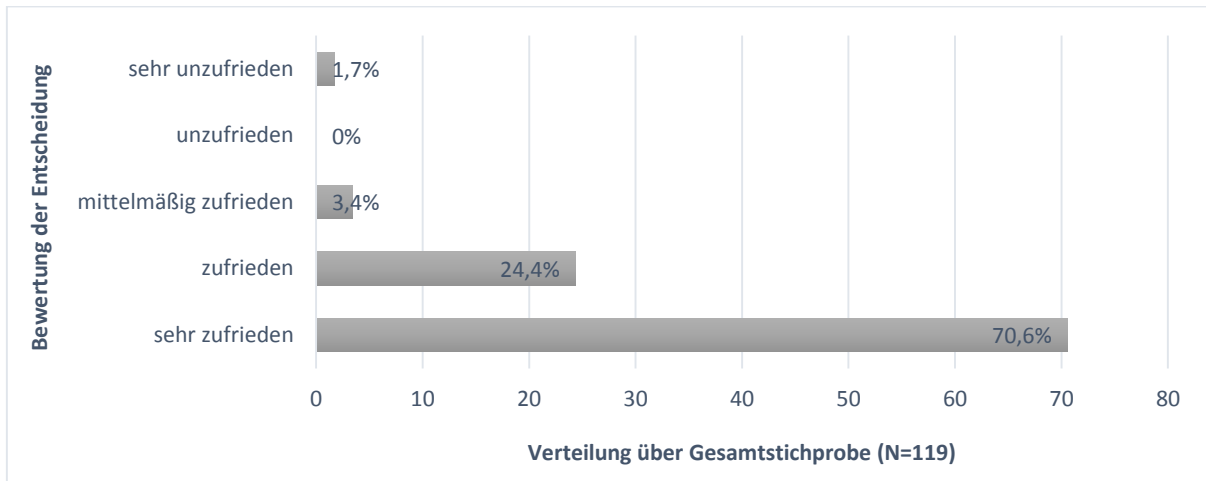


Abbildung 26: Bewertung der Entscheidung zur Eizellspende

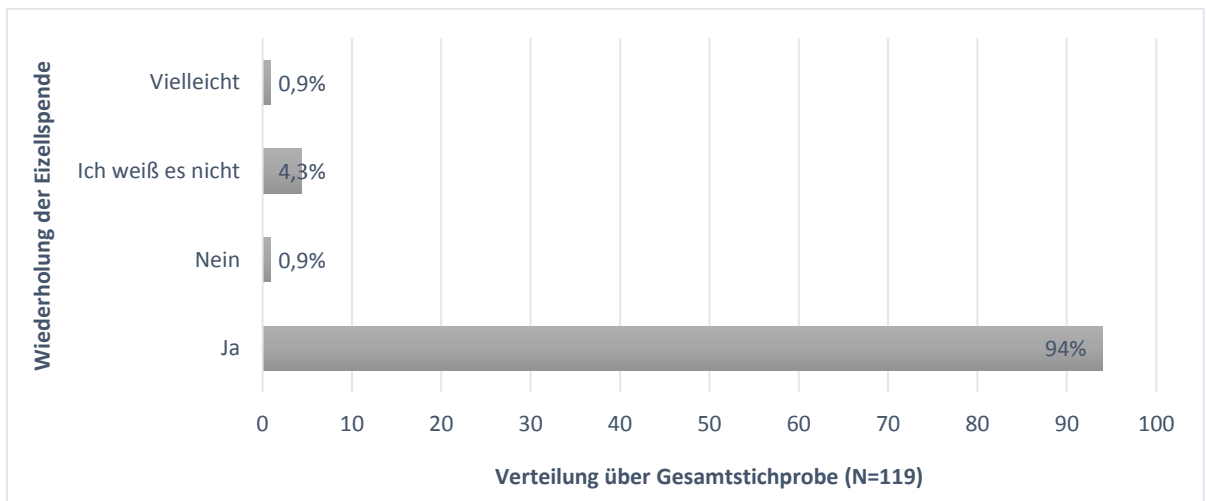


Abbildung 27: Frage danach, ob man sich erneut für die Eizellspende entscheiden würde

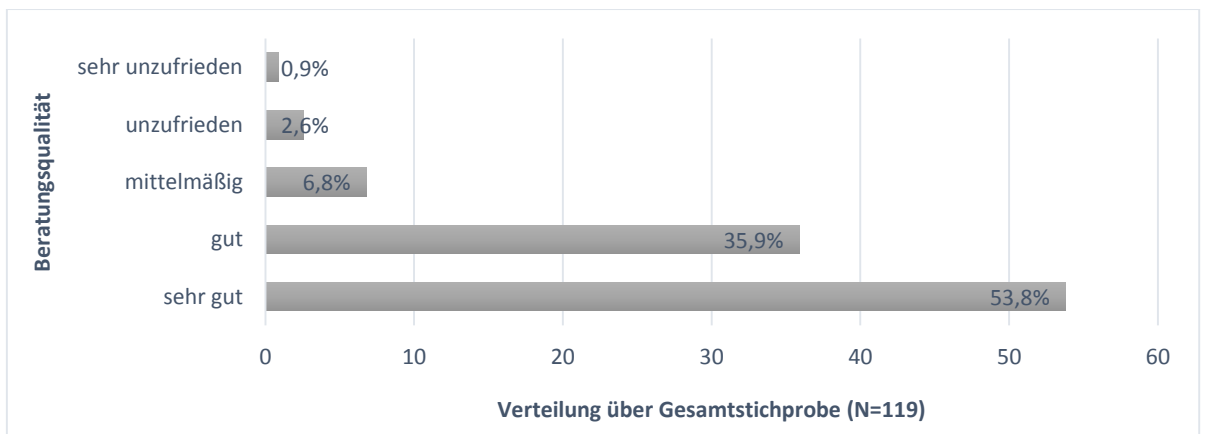


Abbildung 28: Einschätzung zur Qualität der Beratung im Rahmen der Eizellspende

Die letzte Frage des Fragebogens bezog sich auf eventuelle gesundheitliche Schwierigkeiten, Nebenwirkungen und/oder Komplikationen, die im Rahmen der Eizellspende entstehen können. Die Mehrheit der Rezipientinnen (92,9 %) antwortete mit Nein. Im Rahmen der Eizellspende hätten sich bei ihnen keinerlei Komplikationen eingestellt. Bei einer kleinen Gruppe von 7,1 % (das sind insgesamt acht Frauen) stellten sich Schwierigkeiten ein. Von diesen acht Frauen benannten drei Frauen Komplikationen aufgrund der Hormoneinnahme. In einen Fall beklagte eine Frau massive Gewichtszunahme, eine äußerte, dass die ständigen Hormoneinnahmen den Körperrhythmus durcheinandergebracht hätten und eine Rezipientin beklagte eine Überstimulation. Drei weitere Frauen benannten einzelne körperliche Nebenwirkungen wie Schwangerschaftsgestose, Bluthochdruck, starke Wassereinlagerungen, Schwangerschaftsdiabetes oder massive Schlaflosigkeit. Eine weitere Frau bemängelte, dass die Eizellspende trotz mehrerer Versuche nicht zum Erfolg in Form einer Schwangerschaft führte. Eine weitere Frau wies darauf hin: „Der psychische Druck ist auch für starke Frauen, die mit beiden Beinen im Leben stehen und viele Freunde haben unberechenbar!!!“.

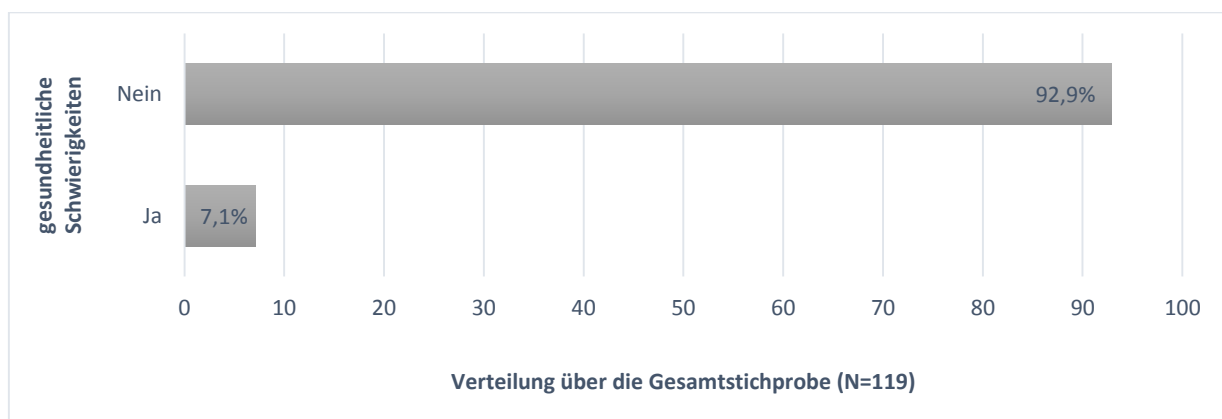


Abbildung 29: Frage danach, der Behandlung gesundheitliche Schwierigkeiten folgten (N=119)

8.2.2.1.2 Das soziale Umfeld

Aus den Vorabinterviews ist bekannt, dass einige Rezipientinnen zwar nicht von der Eizellspende berichteten, aber aufgrund von z.B. Fehlzeiten bei der Arbeit und Auslandsaufenthalten „genötigt“ waren, zumindest gegenüber dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin und dem Arbeitgeber/der Arbeitgeberin Auskunft über diese Phänomene zu geben, die jedoch auch Freunde/Freundinnen und Verwandte interessierten. Manche entschieden sich an Stelle völliger Offenheit oder völliger Leugnung für einen Mittelweg und

gaben die Eizellspende als medizinische Behandlung, vorzugsweise als normale IVF aus. Aus diesem Grund wurden die Frauen danach gefragt, ob sie der Umgebung zumindest von einer medizinischen Behandlung berichteten. Tatsächlich setzten mit 84,9 % die Mehrheit der Rezipientinnen ihre Umgebung von einer reproduktionsmedizinischen Behandlung in Kenntnis. Auf die Frage, wer diesbezüglich die erste Vertrauensperson war, benannten die Betroffenen zumeist die eigenen Eltern (27,8 %) sowie die weitere Familie (27,8 %). Danach folgten in der Rangliste die engsten Freunde/Freundinnen (12,4 %), anschließend Freunde/Freundinnen (9,3 %). 8,2 % der Rezipientinnen vertrauten sich zuerst einem Arzt/einer Ärztin an. Lediglich 1 % berichtete einer Therapeutin/einem Therapeuten von einer medizinischen Behandlung.

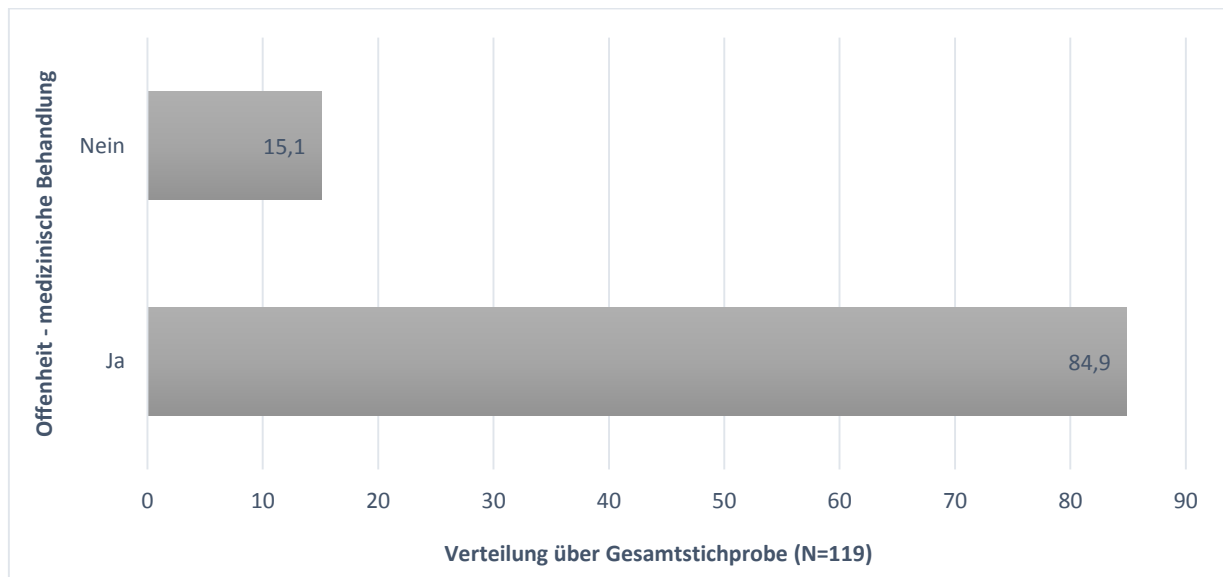


Abbildung 30: Frage zur Offenheit gegenüber dem sozialen Umfeld hinsichtlich der medizinischen Behandlung (N=119)

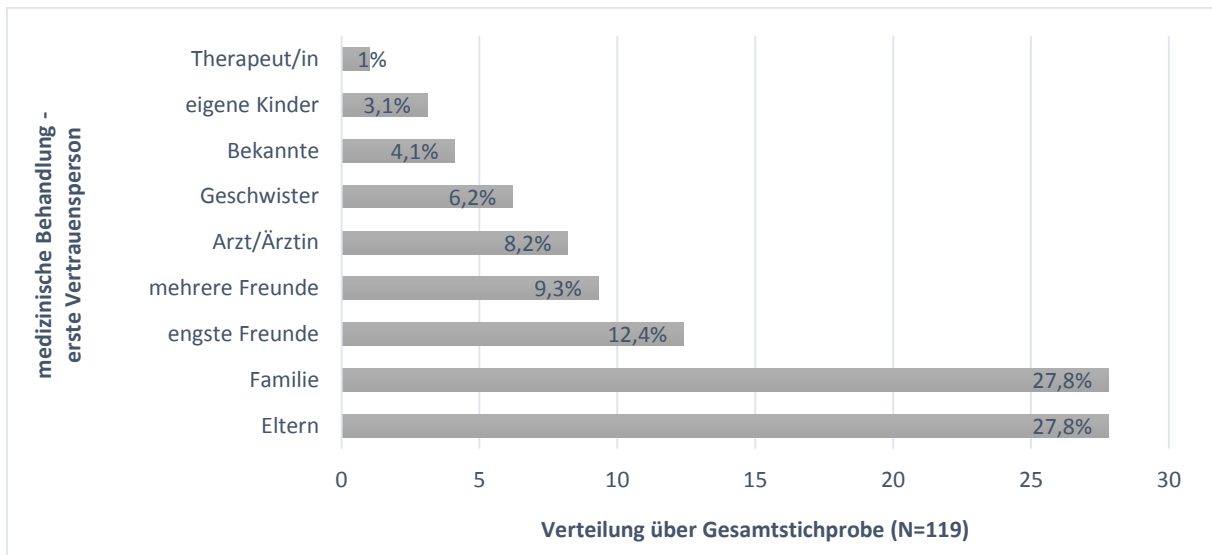


Abbildung 31: Frage danach, welche Person als erstes bezüglich der medizinischen Behandlung ins Vertrauen gezogen wurde (N=119)

Die gleichen beiden Fragestellungen (wie in Bezug auf die medizinische Behandlung) wurden anschließend bezogen auf die Eizellspende gestellt. Hier kann eine vergleichbar hohe Offenheit konstatiert werden. 75,7 % der befragten Frauen geben an, ihrem Umfeld von der Eizellspende berichtet zu haben. Zur Personengruppe, die als Erstes ins Vertrauen gezogen wurde, gehörten die eigenen Eltern (31 %), gefolgt von den engsten Freunden (19 %) und der weiteren Familie (15,5 %). Nach den Freunden (10,7 %) folgten sofort die Ärzte/Ärztinnen (9,5 %), die fast doppelt so häufig benannt wurden wie eigene Geschwister (4,8 %) oder eigene Kinder (4,8 %). Letzteres könnte auch damit zusammenhängen, dass nicht jede Frau Geschwister und/oder eigene Kinder hat, jedoch bei einem Arzt/einer Ärztin in Behandlung ist.

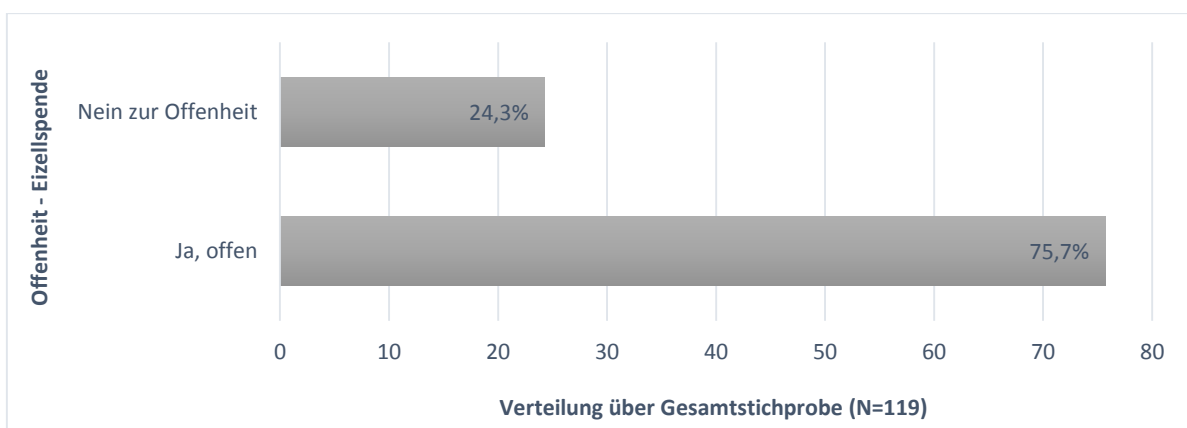


Abbildung 32: Frage zur Offenheit gegenüber dem sozialen Umfeld hinsichtlich der Eizellspende (N=119)

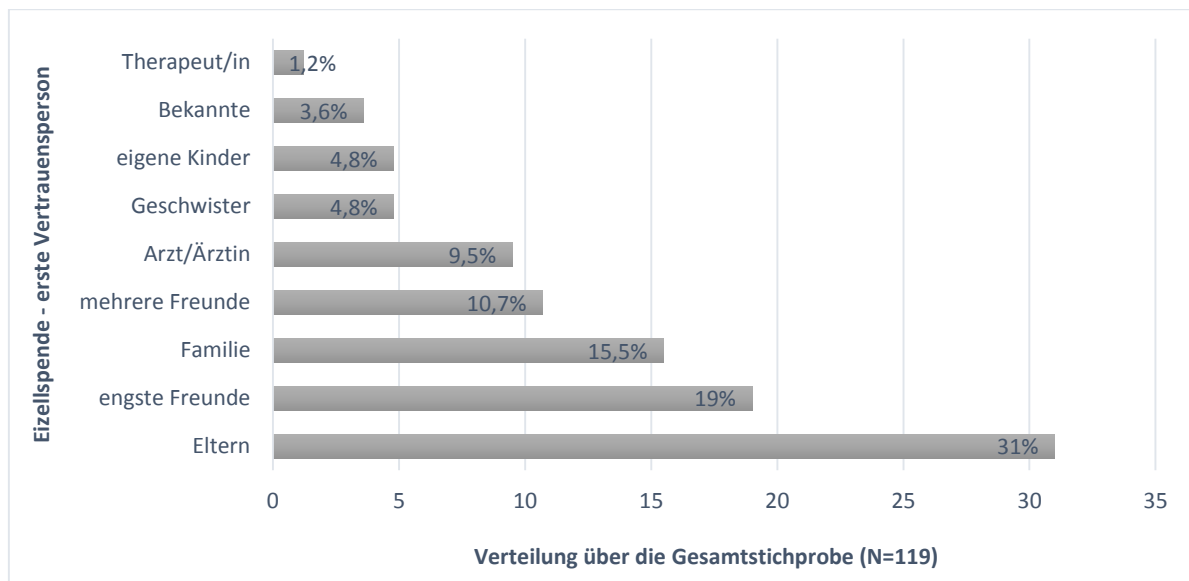


Abbildung 33: Frage danach, welche Person als erstes bezüglich der Eizellspende ins Vertrauen gezogen wurde (N=119)

Kapitel 8.2.2.1.3 Die Spenderin

In oben beschriebener Fragestellung wurde ausschließlich danach gefragt, ob von der medizinischen Behandlung und/oder der Eizellspende berichtet wurde. Wollen Rezipientinnen ausführlicheres berichten, sind über die Behandlungserfahrung hinausgehende Informationen sehr wichtig. Spätestens das eigene Kind könnte Interesse daran haben, zu wissen, wer genau z.B. die Spenderin ist. Für die Beantwortung dieser Fragestellung kann es auch von Bedeutung sein, Informationen zur Spenderin zu haben, die über eine Beschreibung ihres Phänotypes hinausgehen. Die Mehrheit der Rezipientinnen hat Informationen zum äußeren Erscheinungsbild (Haarfarbe 70,1 %, Augenfarbe 59,8 %) sowie Alter (79,4 %) und Blutgruppe (79,4 %). Informationen, welche die Person der Spenderin betreffen, jedoch nicht zu einer Identifizierung führen können, wie z.B. Beruf (28 %), Staatsangehörigkeit (23,4 %), ethnische Zugehörigkeit (15 %), Familienstand (13,1 %), Hobbys (11,2 %) und Religion (5,6 %) sind weitaus seltener bekannt. 5,6 % der Rezipientinnen sahen ein Foto der Spenderin. Unter den Antwortoptionen befand sich ein offenes Feld für weitere Informationen, das von

19 Personen kommentiert wurde. Einige dieser Personen gaben an, noch weitere Einzelheiten zu kennen wie z.B. das Ausbildungsniveau und den Schulabschluss, familiäre Erkrankungen, durchgeführte Untersuchungen, Informationen bezüglich der Familie und dass die Spenderin Nichtraucherin sei. Zwei Frauen gaben an zu wissen, dass die Spenderin zuvor bereits erfolgreich spendete. Drei Frauen äußerten, gar nichts über die Spenderin zu wissen. Die Klinik habe jedoch Informationen zu ihrem äußeren Erscheinungsbild und suche die Spenderin nach dem Kriterium optischer Ähnlichkeit aus. Insgesamt fünf weitere Frauen nutzten das freie Feld, welches eigentlich nach zusätzlichen Informationen fragt, um anzugeben, dass sie gar keine Information zur Spenderin hätten. Eine Frau äußerte, dass sie selbst überhaupt keine Informationen zur Spenderin wollte, diese aber hätte bekommen könne. Eine Frau schrieb, dass es sich bei der Spenderin um ihre Cousine handele.

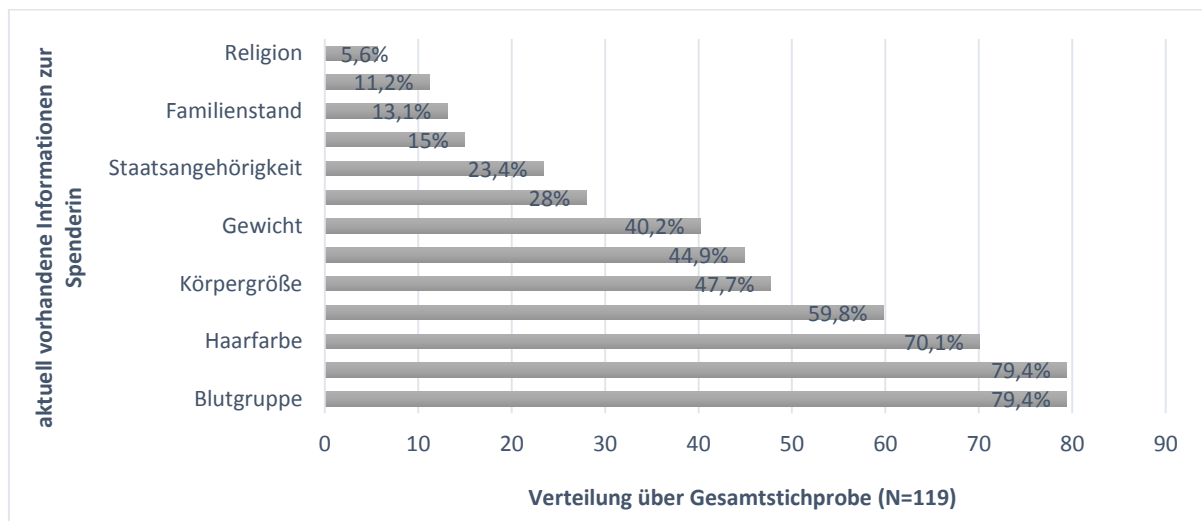


Abbildung 34: Frage danach, welche Informationen über die Spenderin aktuell zur Verfügung stehen (N=119)

Anhand der oben beschriebenen Daten lässt sich konstatieren, dass die Rezipientinnen sehr wenig über die Spenderin wissen, mit Ausnahme der 1,7 %, deren Spenderin aus dem Verwandtenkreis stammt. Nach der Zufriedenheit mit ihrem Wissensstand gefragt, äußerte jedoch die Mehrheit (55,8 %), zufrieden zu sein. Für 9,7 % der Empfänger ist die vorhandene Information ohne Bedeutung. Nur 33,6 % hätten gerne mehr Informationen und 0,9 % hätten gerne andere Informationen. Vereinfachend lässt sich sagen, dass die Rezipientinnen wenig wissen, sich damit jedoch zufriedengeben.

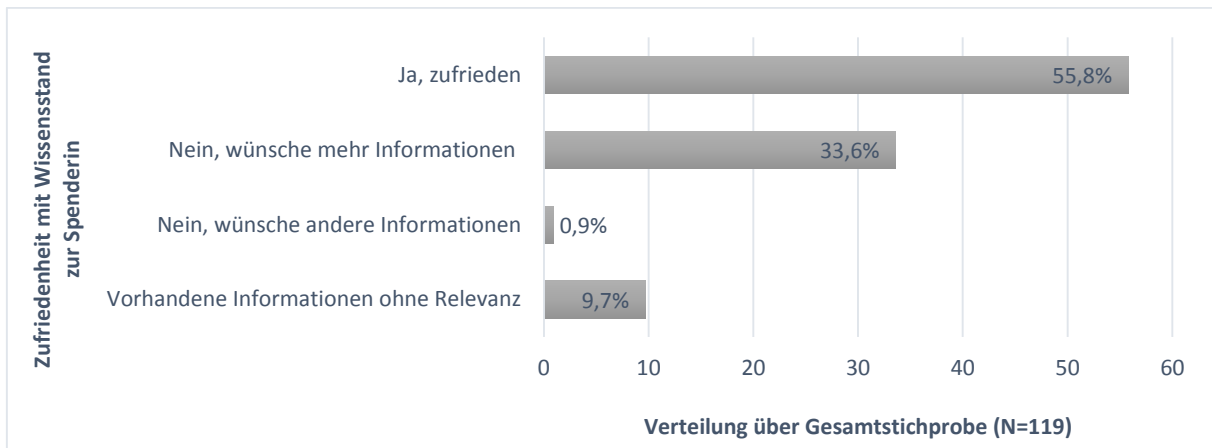


Abbildung 35: Frage nach der Zufriedenheit mit dem aktuellen Wissensstand zur Spenderin (N=119)

Auf die reine Fantasie angesprochen, ob sich die Rezipientinnen gelegentlich vorstellen, die Spenderin unverbindlich kennen zu lernen, reagierten die meisten ebenfalls mit Ablehnung. So antworteten 59,3 % mit nein und 4,2 % äußerten, sich darüber nie Gedanken zu machen. 22 % der Frauen waren bezüglich dieser Fantasie ambivalent (mal ja, mal nein) und lediglich 13,6 % stellten sich gelegentlich vor, die Spenderin zu treffen.

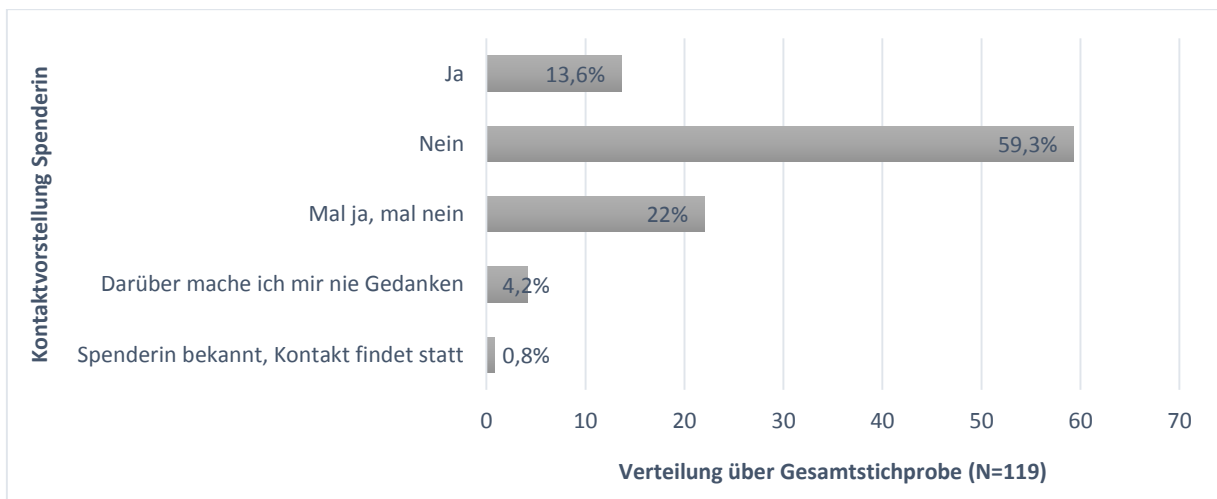


Abbildung 36: Frage, ob eine Kontaktvorstellung bezüglich der Spenderin existiert (N=119)

Auf den Kontakt in der Realität bezogen und danach gefragt, ob die Rezipientinnen bereit wären, die Spenderin zu treffen, äußerten sich mit 28 % etwas mehr Frauen zustimmend. Mit 45,8 % war jedoch fast die Hälfte immer noch dagegen eingestellt, einen Kontakt zur Spenderin aufzunehmen. Nahezu ein Viertel (26,3 %) zeigte sich bezüglich der Frage ambivalent.

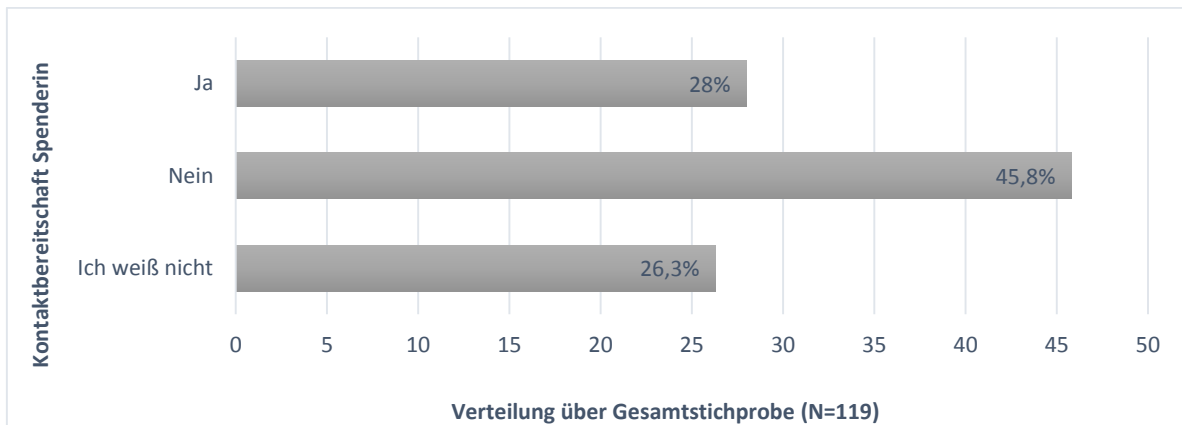


Abbildung 37: Frage zur Kontaktbereitschaft bezüglich der Spenderin (N=119)

Diese mangelnde Kontaktbereitschaft mag auch sehr vom eigenen Wunsch getragen sein, sich vor eventuellen Ansprüchen der Spenderin bezüglich der eigenen Kinder zu schützen. Was geschieht jedoch in dem hypothetischen Fall, in welchem die Rezipientin selber einer Eizellspende entstammt? Die Fragestellung: „*Stellen Sie sich bitte vor, Sie wären selbst infolge einer Eizellspende geboren worden. Würden Sie die Spenderin gern kennenlernen?*“ versetzte die Rezipientinnen in solch eine Lage. Wie aus der Abbildung 31 deutlich wird, entzog sich die Mehrheit einer Positionierung. Mit 52 % wurde die Antwortalternative „Ich weiß nicht“ am häufigsten benannt. Im weiteren Vergleich wurde die Antwortalternative „Nein“ mit 27,4 % öfter benannt als die Zusage, die Spenderin zu treffen (20,4 %).

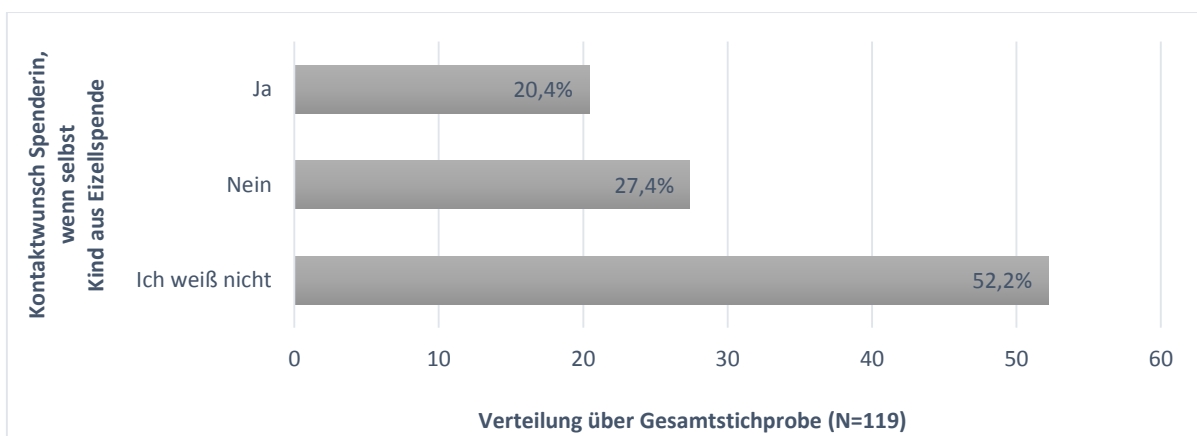


Abbildung 38: Frage zum Kontaktwunsch bezüglich der Spenderin, wenn man selbst einer Eizellspende entstammen würde (N=119)

8.2.2.1.4 Nachkommen einer Eizellspende

Das Bedürfnis der Rezipientinnen nach einmaligem Kontakt zur Spenderin war in Wunsch und Vorstellung also eher nicht besonders stark ausgeprägt. Doch wie sieht es mit der

persönlichen Meinung dieser Frauen bezüglich des eigenen Kindes aus? Sollte ihrer Ansicht nach ein durch Eizellspende entstandenes Kind grundsätzlich das Recht haben, seine genetische Herkunft zu kennen? Das Recht auf Kenntnis der Abstammung (Herkunft) ist in Deutschland verfassungsrechtlich verankert. 1989 entschied das Bundesverfassungsgericht (1 BvL 17/87), dass dieses Recht dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht (aus Art. 2 I iVm Art. 1 I Grundgesetz) zuzuordnen ist. Demzufolge ist der Sachverhalt formal-juristisch unumstritten. Das persönliche Rechtsempfinden stellt sich aus Sicht der Rezipientinnen etwas heterogener dar. Nur 31,1 % der Frauen meinen, das Kind habe per se ein Recht auf Kenntnis seiner genetischen Herkunft. 15,1 % sprechen sich explizit gegen solch ein Recht aus und 7,6 % sind ambivalent („Ich weiß nicht“). Mit 46,2 % spricht sich die Mehrheit dafür aus, dass dies eine Entscheidung sei, die man den Eltern überlassen sollte.

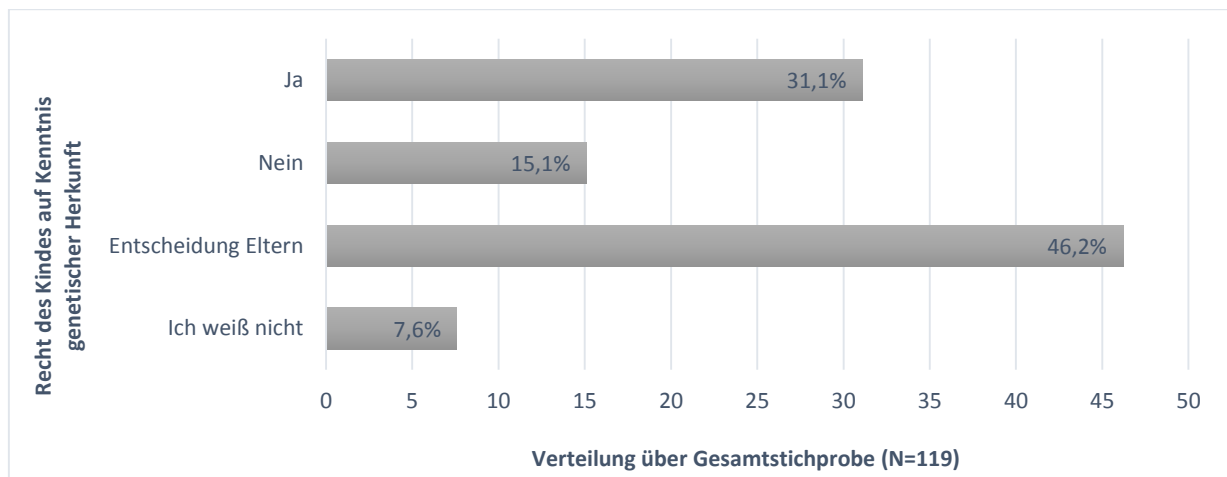


Abbildung 39: Frage zur Einstellung bezüglich des Rechtes eines Kindes auf Kenntnis seiner genetischen Herkunft (N=119)

Daraufhin wurden die Frauen gefragt, ob sie planen, dass ihr eigenes (potenzielles) Kind erfahre, dass es einer Eizellspende entstamme. Bezüglich dieser Frage waren die meisten (38,7 %) unentschieden. 36,1 % der Rezipientinnen sprachen sich dafür aus und 25,1 % äußerten, dass sie ihr Kind nicht aufklären wollen.

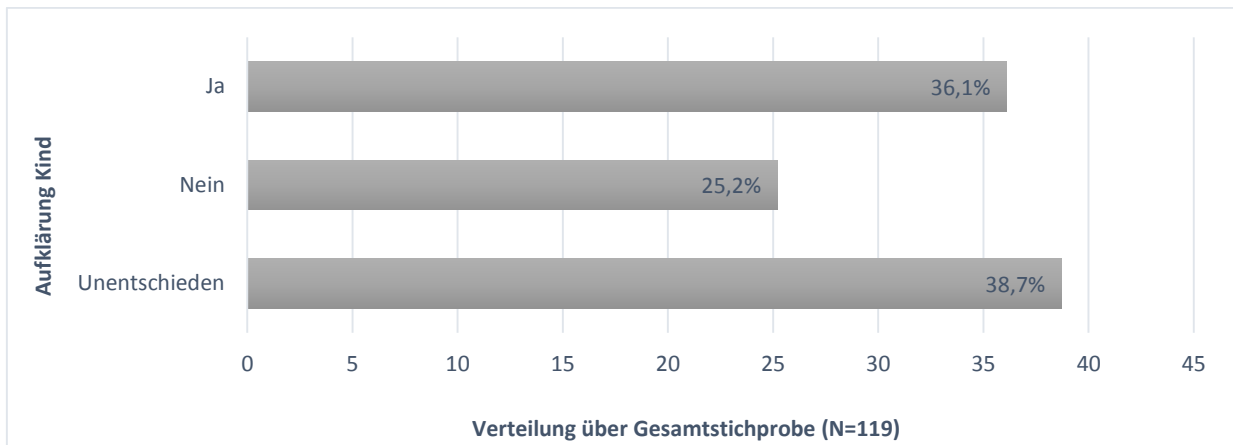


Abbildung 40: Frage zur Aufklärungsbereitschaft im Hinblick auf das eigene Kind (N=119)

Danach gefragt, wie sicher sie sich bei ihrer Entscheidung seien, äußerten die meisten Frauen, sich sehr sicher zu sein. Nur 1,7% waren sich sehr unsicher.

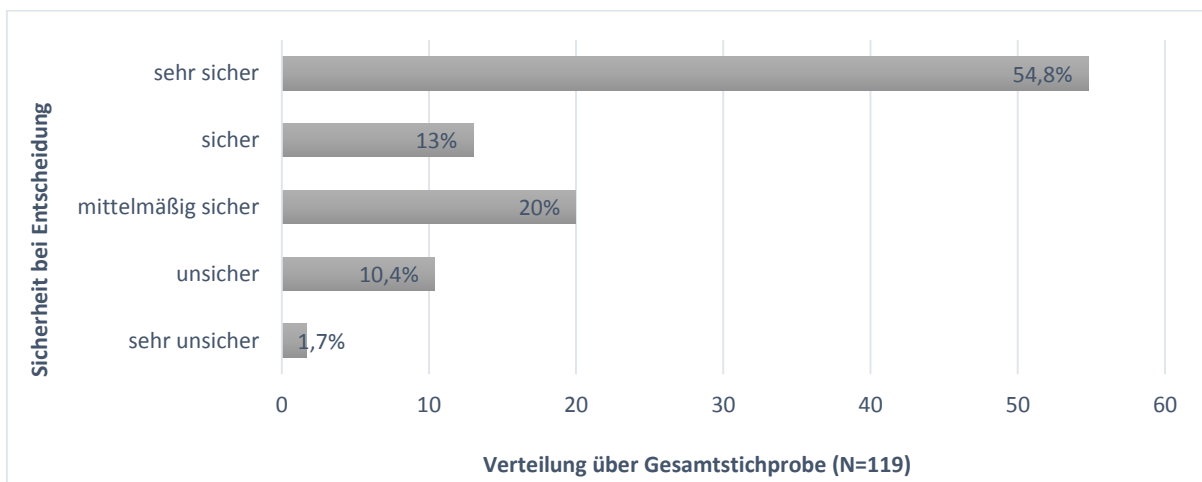


Abbildung 41: Frage zur subjektiven Sicherheit hinsichtlich der Entscheidung zur Aufklärung/ Geheimhaltung (N=119)

Zum Befragungszeitpunkt wussten nur 1,7 % der Kinder, also insgesamt ein einziges Kind, über seine Abstammung Bescheid. Allen anderen fehlte diese Information. Die Eizellspenderkinder sind jedoch insgesamt noch recht jung. Das jüngste Kind ist eine Woche alt und das älteste sieben Jahre, sodass die geringe Aufklärungsquote zum Teil auch durch das geringe Kindesalter bedingt sein kann. Bezieht man auch die Kinder in die Auswertung mit ein, die nicht einer Eizellspende entstammen, ergibt sich eine sehr hohe Spannweite, bei der das jüngste Kind eine Woche alt ist und das älteste 28 Jahre.

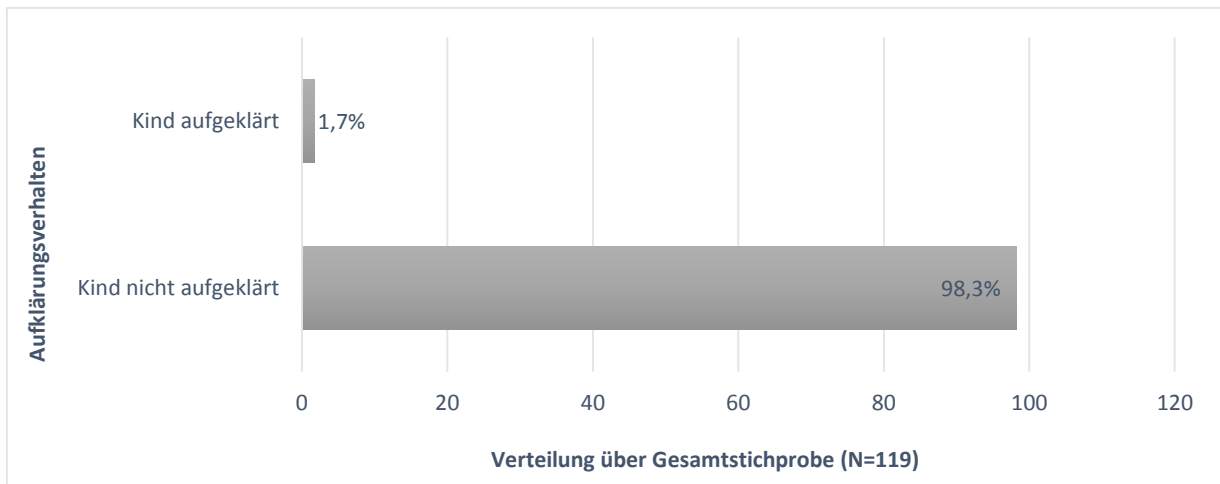


Abbildung 42: Frage zum realen Aufklärungsverhalten (N=119)

Was die Einstellung der Teilnehmerinnen zum adäquaten Alter einer Aufklärung angeht, sind die meisten (42 %) jedoch der Ansicht, dass das Alter von drei bis fünf Jahren ideal ist. Ein (im Vergleich zu den anderen Antworthäufigkeiten) sehr hoher Prozentsatz der Eltern (34 %) ist der Ansicht, dass es so etwas wie einen richtigen Zeitpunkt gar nicht geben würde.

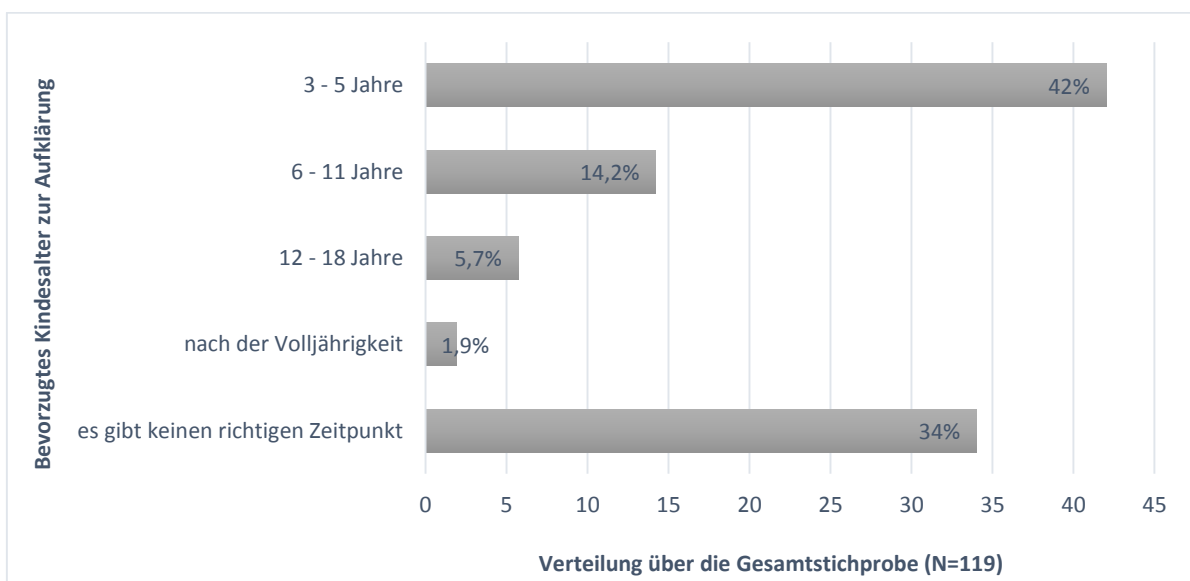


Abbildung 43: Frage zur Einstellung nach dem adäquaten Kindesalter bei einer Aufklärung (N=119)

Alle Eltern ließen sich bezüglich der Aufklärung in zwei Gruppen teilen. Zum einen in die Gruppe derer, die eine Aufklärung befürworteten und zum anderen in die Gruppe derer, die eine ablehnende Haltung zur Aufklärung ihres Kindes haben. Mütter, die sich gegen eine Aufklärung entschieden, argumentierten am häufigsten (39,6 %) damit, dass die Identität der

Spenderin unbekannt sei. Im Falle einer Aufklärung wären jene Frauen in einer Situation, in der das Kind sich seiner Herkunft bewusst, eventuell mehr zur Identität der Spenderin erfahren möchte, ihm dieser Wunsch jedoch aufgrund der Anonymität der Spende verwehrt bleibt. Diesem Konflikt entgehen die Rezipientinnen mittels Geheimhaltung. Am zweithäufigsten bis sechsthäufigsten wurden Aspekte des Kindeswohls, insbesondere die Gefahr einer emotionaler Belastung benannt wie z.B.: „Das Kind soll nicht das Gefühl haben, anders zu sein“ (34,4 %) oder: „Das Kind soll nicht unsensibel darauf angesprochen werden“ (27,1 %) und: „Dem Kind wird die Sicherheit genommen, dazuzugehören“ (24 %). Gründe, die eher einem Bedarf seine eigenen Interessen als Elternteil zu schützen, entsprechen, sind sehr selten bzw. am wenigsten benannt. Aussagen wie: „Ich will die medizinische Behandlung vergessen“ (5,2 %), „Andere sollen nichts von der medizinischen Unterstützung wissen“ (4,2 %), „Das Kind soll es nicht weiter sagen“ (4,2 %) oder „Die Eizellspende ist mir peinlich“ (1 %) werden (mit Ausnahme des Arguments „Ich will die medizinische Behandlung vergessen“) von weniger als 5 % der Stichprobe als Begründung ihrer Entscheidung vertreten.

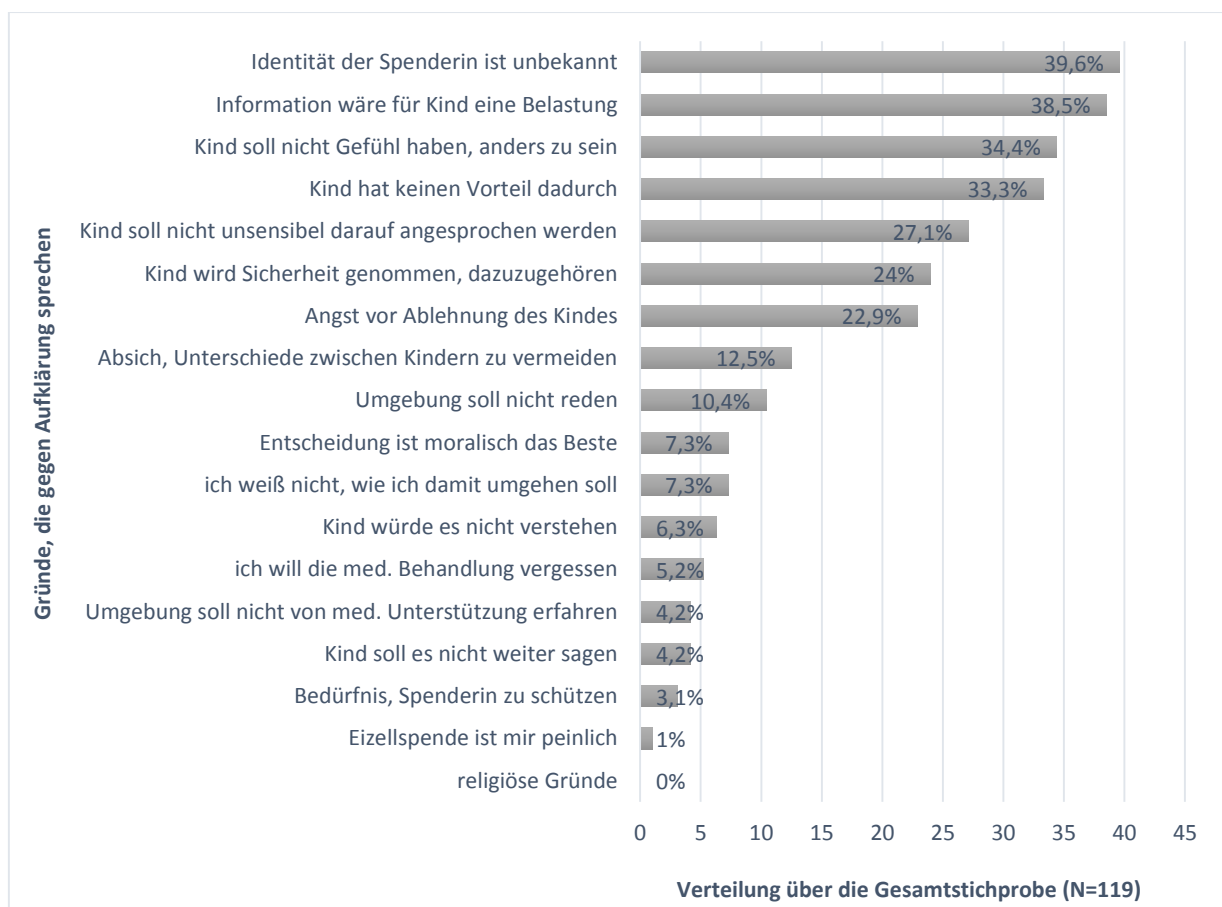


Abbildung 44: Frage nach den Gründen, die gegen eine Aufklärung des Kindes sprechen (N=119)

Eltern, die sich dazu entschieden haben, ihr Kind aufzuklären, verwenden am häufigsten (52 %) das Argument, dass das Kind nicht durch Zufall von seiner Identität erfahren solle. Mittels dieser Argumentation erscheint die Entscheidung zur Aufklärung als eine Art Notwehr, durch die es lediglich gelte, Schlimmeres zu verhindern. An zweiter und dritter Stelle stehen jedoch abstrakt moralische Normen wie: „Ich kann so etwas Wesentliches nicht verschweigen“ (41,7 %) oder: „Das Kind hat ein Recht auf Kenntnis der Abstammung“. Die in der Häufigkeitsplatzierung nachfolgenden Argumente wechseln ebenfalls zwischen der Befürwortung abstrakt moralischer Normen (wie z.B.: „Die Wahrheit zu sagen ist mir wichtig“) und der Sorge, dass das Kind durch Zufälle (wie z.B. „Aufklärungsgefahr durch Unfall oder Krankheit“/„Kenntnis über Dritte“) von seiner genetischen Abstammung erfährt. Das Zufallsargument „Der Biologieunterricht birgt Aufklärungsgefahr“ wurde mit 16,7 % Zustimmungen (im Verhältnis zu den anderen Häufigkeiten) von wenigen Frauen als Grund benannt. Das mag jedoch daran liegen, dass die Spenderinnen den Empfängerinnen vom Phänotyp (Haarfarbe, Augenfarbe usw.) und biologischen Markern wie z.B. der Blutgruppe angeglichen werden, sodass über biologische/phänotypische Abweichungen eher nicht die mangelnde genetische Abstammung in Erfahrung gebracht werden kann. Das zu verhindern ist auch Absicht des Angleichungsprozesses bei der Spenderinnenauswahl (siehe Kapitel 5.).

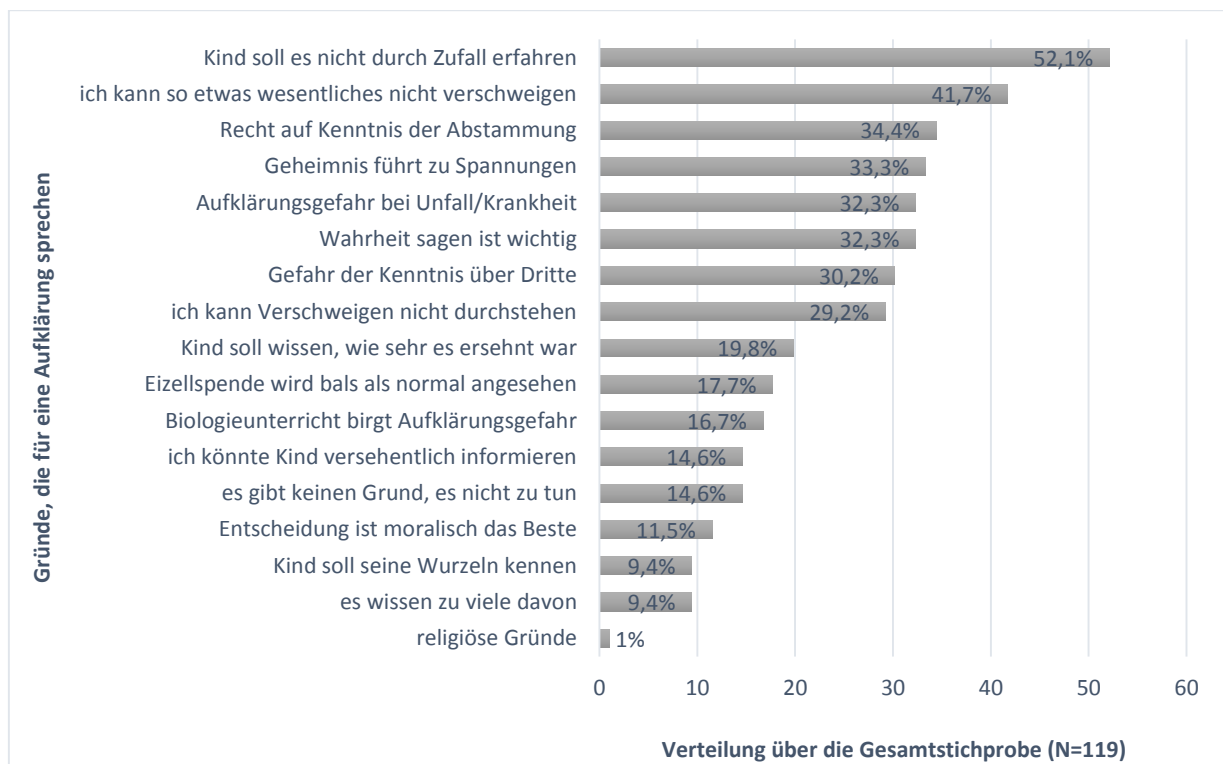


Abbildung 45: Frage nach den Gründen für Aufklärung des Kindes (N=119)

Die Entscheidung für oder gegen eine Aufklärung des Kindes ist auch durch die Antizipation der Reaktion des Kindes beeinflusst. Auf die Frage: „Was ist Ihre Meinung? Wie wird Ihr Kind reagieren, wenn Sie es aufklären?“ antworteten über die Hälfte der Befragten mit „Unverständnis“ oder „das Wissen ist ihm eine Belastung“. Diese beiden Antworten sind auch die am häufigsten benannten, wodurch deutlich wird, dass die Eizellspende zumeist als ein Belastungsfaktor für das Kind betrachtet wird. Seltener benannt, aber in der Rangreihe nachfolgend sind die beiden Aussagen: „Das Kind würde interessiert nachfragen“ (42,7 %) und: „Freude, dass seine Eltern so viel auf sich genommen haben“ (18,3 %). Diese Form der Freude wurde jedoch mit 18,3 % genauso häufig benannt wie das Erleben von Traurigkeit.

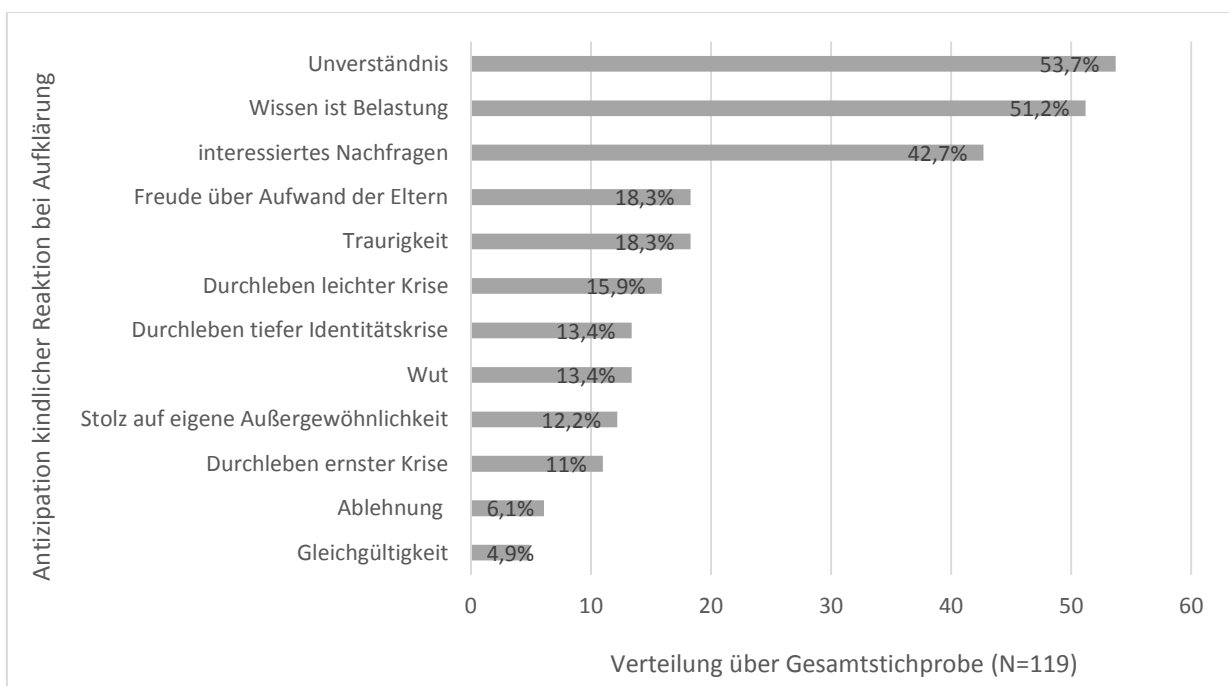


Abbildung 46: Frage zur antizipierten kindlichen Reaktion bei erfolgter Aufklärung (N=119)

8.2.2.2 Die Clusteranalyse zur Typenbildung

Bevor die Clusteranalyse als Analyseverfahren zum Einsatz kommen kann, ist es notwendig, sich mit der Beschaffenheit der vorliegenden Daten auseinanderzusetzen. Die gewöhnlichen clusteranalytischen Verfahren können ausschließlich metrische oder binäre Merkmale untersuchen. Dies hängt mit der Bestimmung der Ähnlichkeiten zwischen den Fällen zusammen. Die Ähnlichkeiten werden mittels Distanzmaßen bestimmt. Diese Distanzmaße existieren nur für metrische oder dichotome Merkmale. Für kategoriale Merkmale mit mehr

als zwei Ausprägungen existieren keine Distanzmaße. Dennoch existiert (auch in SPSS) eine sogenannte „Two Step-Clusteranalyse“, die mit beliebig skalierten Merkmalen operieren kann. Hier wird programmintern das Skalenniveau an die übrigen Merkmale angepasst. Auf diese Weise könnte dem Anwender/der Anwenderin suggeriert werden, dass doch Distanzmaße existieren, die verschiedene Datensituationen verarbeiten können (Bühl, 2012, S. 658–688). Weiterhin wird diese Methodik der Clusteranalyse für hohe Fallzahlen empfohlen. Da in der vorliegenden Untersuchung insgesamt 119 Frauen teilgenommen haben und vereinzelt fehlende Werte vorliegen, werden hier nur die metrisch skalierten soziodemografischen Merkmale (mit Ausnahme der Einwohnerzahl des Wohnortes, da diese Variable mit vielen Ausreißern behaftet ist) zur Clusterbildung verwendet. Nach erfolgter Clusteranalyse werden die so gruppierten Fälle bezüglich der nichtverwendeten Merkmale untersucht. Dies hat den Zweck, Gruppen von Teilnehmerinnen zu finden, die sich bezüglich ihrer soziodemografischen Merkmale und dem Antwortverhalten kategorialer Fragen ähneln.

Vor Durchführung einer Clusteranalyse müssen die verwendeten Merkmale auf Ausreißer und Korrelationen überprüft werden. Durch Ausreißer kann die Gruppierung stark verzerrt werden. Merkmale, die korrelieren, beinhalten die gleiche Information und sind somit kein Mehrwert für die Gruppierung von Fällen. Ebenso sind konstante Merkmale bzw. nahezu konstante Merkmale auszuschließen, da diese keine bzw. marginale Informationen liefern. Korrelationen größer 0,9 werden, wie in Backhaus et al. (2003, S. 538) empfohlen, als Ausschlusskriterium betrachtet. In der folgenden Tabelle 5. finden sich die Korrelationen der verwendeten Merkmale. Hier übersteigt keine Korrelation den Wert 0,9.

Tabelle 5:

Korrelationsüberprüfung vor Durchführung der Clusteranalyse (N=119)

		Alter	Einwohnerzahl des eigenen Wohnortes	Anzahl eigener Kinder	Kinder in Folge von Eizellspende	Monatliches Nettoeinkommen	Dauer der Entscheidung für Eizellspende	Wie lange ist Eizellspende her?
Alter	Pearson-Korrelation	1	-,061	,294**	,223*	,090	,123	,056
	Sig. (zweiseitig)		,531	,001	,021	,370	,186	,571
	N	119	109	116	107	101	,118	105
Einwohnerzahl des eigenen Wohnortes	Pearson-Korrelation	,294*	1	-,142	,564**	-,097	-,089	,497**
	Sig. (zweiseitig)	,001		,144	,000	,339	,361	,000
	N	116	107	116	104	99	115	102
Anzahl eigener Kinder	Pearson-Korrelation	,294**	-,142	1	,564**	-,097	-,086	,497**
	Sig. (zweiseitig)	,001	,144		,000	,339	,361	,000
	N	116	107	116	104	99	115	102
Kinder in Folge von Eizellspende	Pearson-Korrelation	,223*	,054	,564**	1	-,058	-,081	,507**
	Sig. (zweiseitig)	,021	,594	,000		,583	,411	,000
	N	107	98	104	107	92	106	95
Monatliches Nettoeinkommen	Pearson-Korrelation	,090	-,009	-,097	-,058	1	-,056	-,109
	Sig. (zweiseitig)	,370	,934	,339	,583		,580	,308
	N	101	94	99	92	101	100	90
Dauer der Entscheidung für Eizellspende	Pearson-Korrelation	,123	-,042	-,086	-,081	-,056	1	-,043
	Sig. (zweiseitig)	,186	,669	,361	,411	,580		,668
	N	118	108	115	106	100	118	104
Wie lange ist Eizellspende her?	Pearson-Korrelation	,056	,021	,497**	,507**	-,109	-,043	1
	Sig. (zweiseitig)	,571	,824	,000	,000	,308	,668	
	N	105	98	102	95	90	104	105

Anmerkungen. ** bezeichnet, dass die Korrelation bei einem Niveau von 0.01 signifikant ist (zweiseitig)

* bezeichnet, dass die Korrelation bei einem Niveau von 0.05 signifikant ist (zweiseitig)

Darüber hinaus sind die Merkmale einer Ausreißeranalyse unterzogen worden. Hierbei sind in einem ersten Schritt der Median und das arithmetische Mittel miteinander verglichen worden. Der Median ist unempfindlich gegenüber Ausreißern. Aus diesem Grund ist ein deutlicher Unterschied zwischen diesen beiden Lagemaßen ein Indiz dafür, dass dort Ausreißer vorliegen könnten. In einem zweiten Schritt sind für die Merkmale, wo deutliche Unterschiede zwischen den Lagemaßen existieren, Boxplots erstellt worden, um die Häufigkeitsverteilung näher zu untersuchen. In SPSS werden Datenpunkte, die zwischen anderthalb und drei Boxlängen von der Box entfernt sind, als Kreise dargestellt. Liegt ein Datenpunkt über drei Boxlängen entfernt, so wird dieser als Stern dargestellt. Für Boxplots und die Ausreißerregel in SPSS wurde nach den Ausführungen von Bühl (2012, S. 1012) verfahren. Die folgenden Tabellen 8. und 9. zeigen das arithmetische Mittel und den Median für die verwendeten Variablen.

Tabelle 6

Ausreißeranalyse bezüglich der Variablen Alter, Anzahl eigener Kinder, Kinder in Folge von Eizellspende und Einkommen

		Alter	Anzahl eigener Kinder	Kinder in Folge von Eizellspende	monatliches Nettoeinkommen
N	Gültig	119	116	107	101
N	Fehlend	0	3	12	18
	Mittelwert	39,33	,93	,54	6167,33
	Median	40,00	1,00	,00	4000,00

Tabelle 7

Ausreißeranalyse bezüglich der Variablen „Dauer der Entscheidung für Eizellspende“ und „Wie lange ist Eizellspende her“

		Dauer der Entscheidung für Eizellspende	Wie lange ist Eizellspende her
N	Gültig	118	105
N	Fehlend	1	14
	Mittelwert	57,0710	43,67
	Median	24,0000	24,00

Für alle Variablen (bis auf die rot markierten) liegen Median und das arithmetische Mittel nah beieinander. Die rot markierten Werte deuten daraufhin, dass Ausreißer vorliegen könnten. Deswegen wird dies noch einmal für die vier Variablen bezüglich Boxplots genauer überprüft. Die Abbildungen 47 – 50 sind auf den folgenden Seiten zu finden.

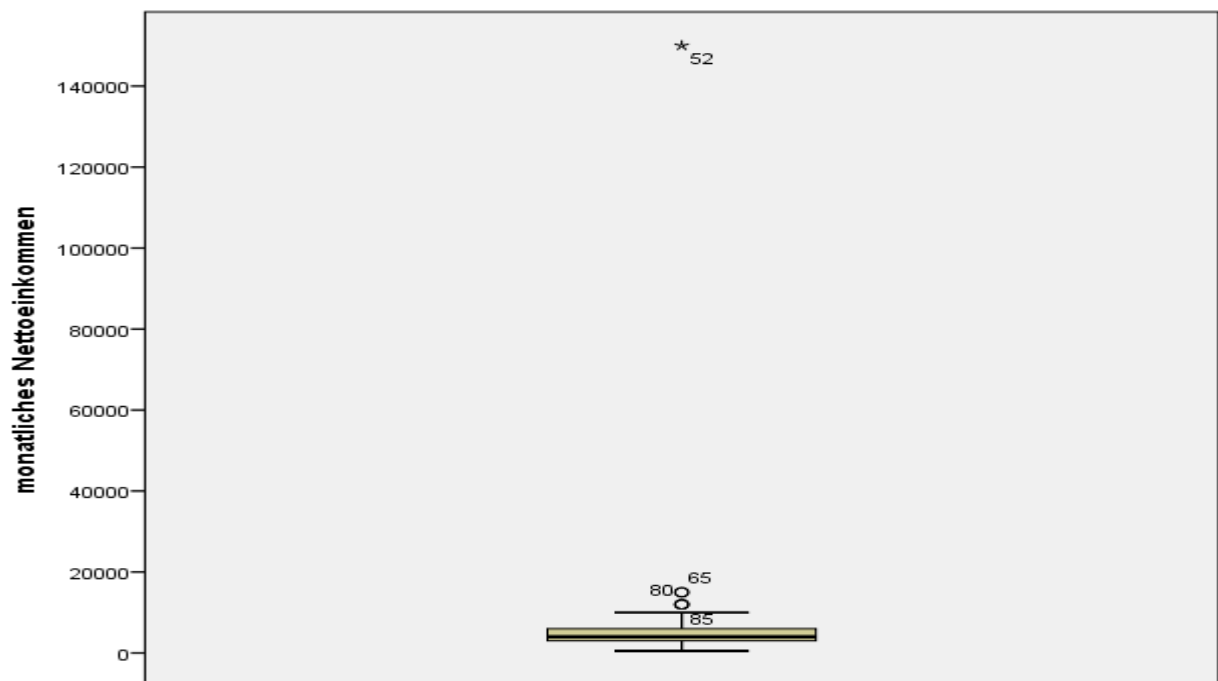


Abbildung 47: Boxplot zur Ausreißeranalyse – Variable „Einkommen“

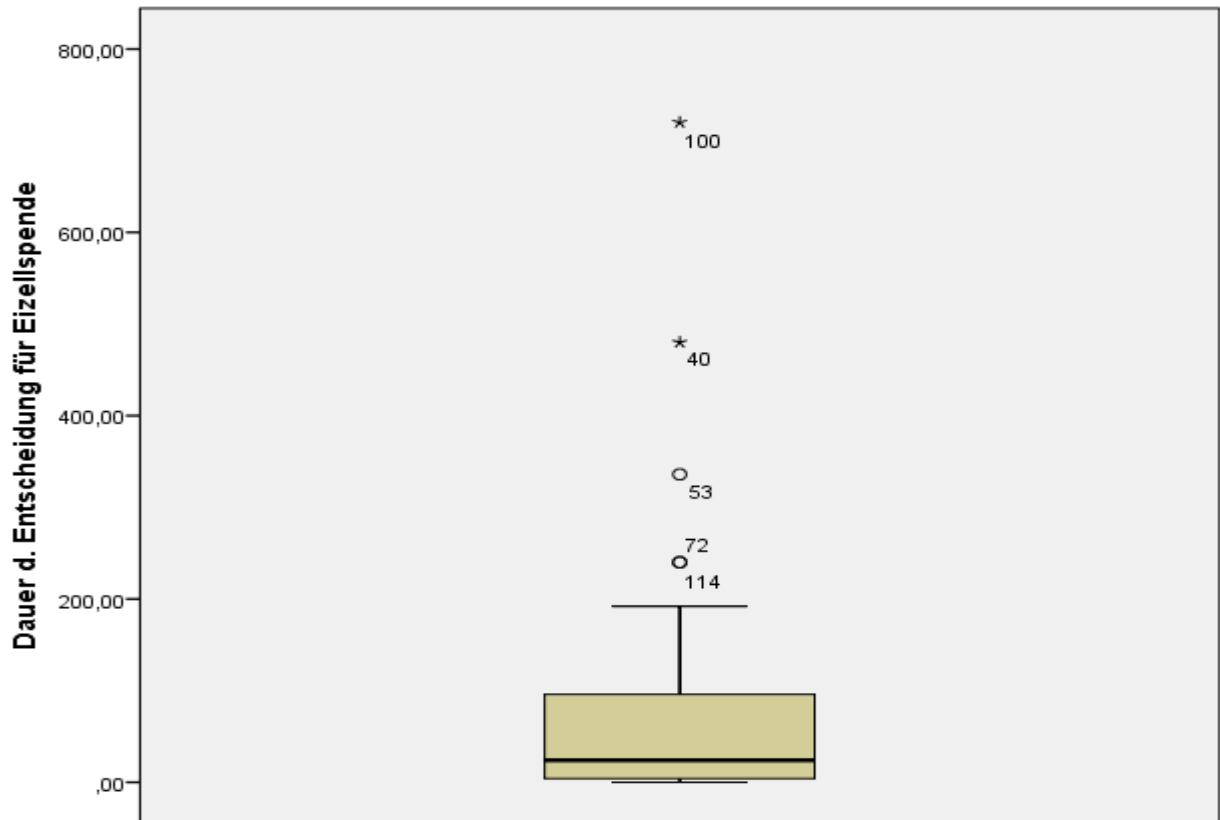


Abbildung 48: Boxplot zur Ausreißeranalyse – Variable „Entscheidungsdauer“

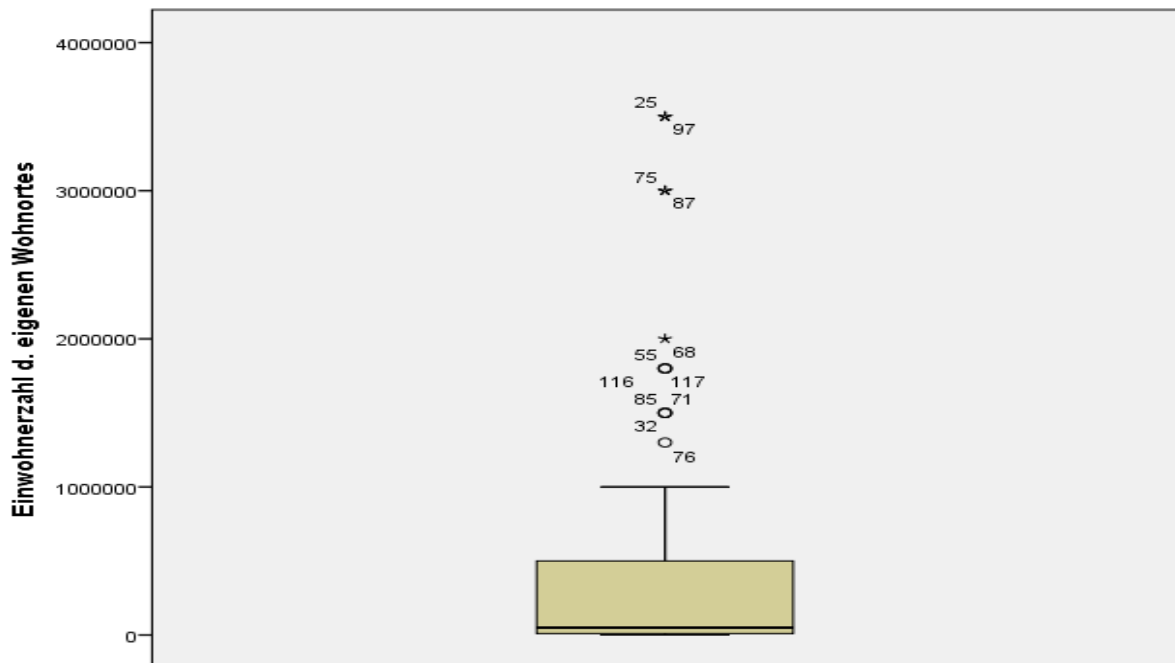


Abbildung 49: Boxplot zur Ausreißeranalyse – Variable „Einwohnerzahl“

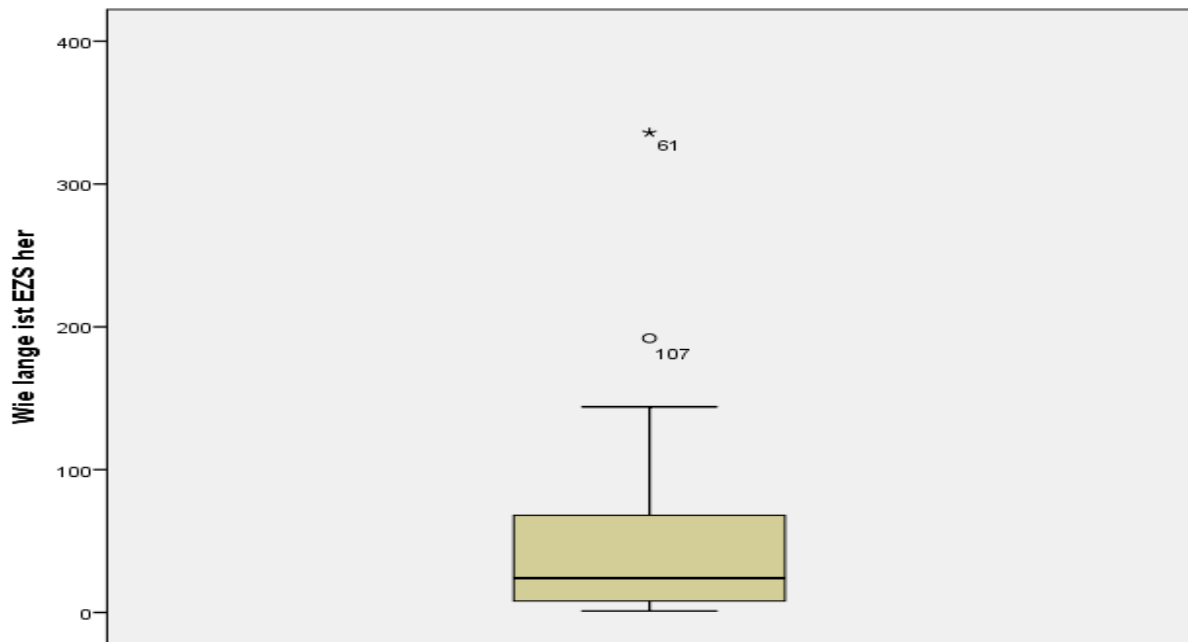


Abbildung 50: Boxplot zur Ausreißeranalyse – Variable „Wie lange liegt Eizellspende zurück“

Die Ausreißer, welche mit Sternen markiert worden sind, werden aus der Analyse entfernt. Das trifft auf die Fälle 40, 52, 61 und 100 zu. Somit erfolgt die Clusteranalyse mit 77 von ursprünglich 119 Fällen. Der Grund, dass mehr als vier Fälle bei der Analyse fehlen, besteht darin, dass teilweise die fehlenden Werte fallweise variieren, sodass SPSS nur Fälle verwendet, bei denen alle Beobachtungen bezüglich jeder Variablen existieren. Die untere Tabelle 8. zeigt jene Zusammenfassung.

Tabelle 8

Zusammenfassung der Fallverarbeitung

Fälle Gültig H	Fälle Gültig Prozent	Fälle Fehlend H	Fälle Fehlend Prozent	Fälle Gesamtsumme H	Fälle Gesamtsumme Prozent
77	67,0%	38	33,0%	115	100,0%

Anmerkungen. Es wurde die quadrierte euklidische Distanz verwendet

Als Distanzmaß ist bei der Clusteranalyse die quadrierte euklidische Distanz und als Fusionierungsalgorithmus der Algorithmus nach Ward verwendet worden. Die Cluster sind agglomerativ zusammengefasst worden. Das heißt, es wurde mit der kleinsten Clusterlösung

begonnen (jeder Fall ist ein eigener Cluster). In jedem Iterationsschritt sind zwei Cluster zu einem neuen zusammengefasst worden. Der Fusionierungsalgorithmus kann visuell in folgendem Dendogramm (Abbildung 52.) betrachtet werden.

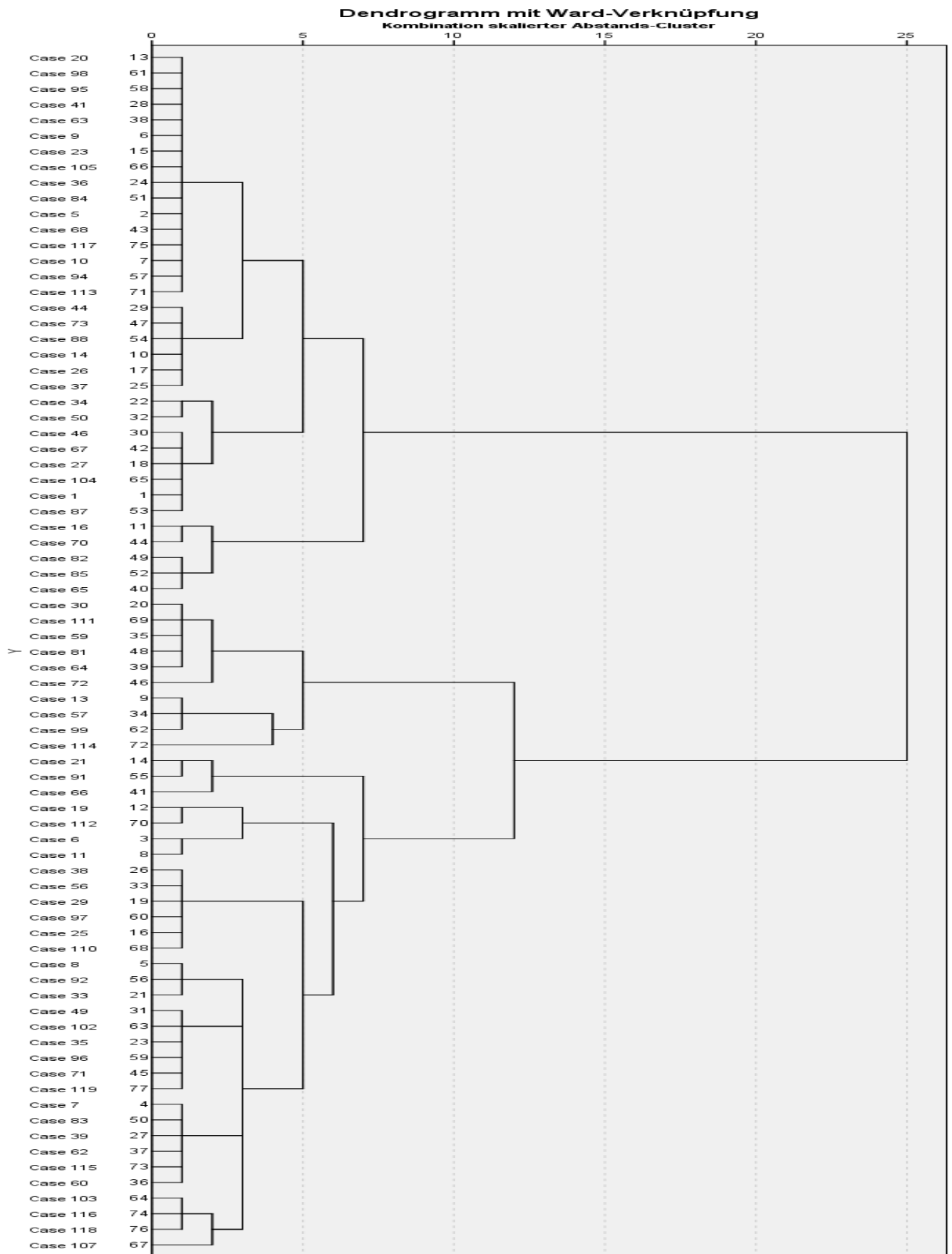


Abbildung 51: Darstellung des Fusionieralgorithmus - Dendrogramm mit Ward – Verknüpfung – Kombination skaliertes Abstands-Cluster

Bei einer Clusteranalyse stellt sich die Frage, was die „optimale“ Anzahl an Clustern für die vorliegenden Daten ist. Hierbei ist das Scree-Plot ein Entscheidungskriterium. Bei diesem Verfahren wird für jede vorliegende Clusterlösung die zugehörige Fehlerquadratsumme grafisch dargestellt. Im vorliegenden Fall beträgt die optimale Clusterzahl zwei Cluster. Mittels des sogenannten Ellbow-Kriteriums (großer Sprung in der Fehlerquadratsumme) kann die optimale Clusterlösung an Hand der unteren Grafik (Abbildung 46.) bestimmt werden. Hierbei ist zu beachten, dass bei jeder Clusteranalyse von der Ein-Cluster-Lösung zur Zwei-Cluster-Lösung „naturgemäß“ der größte Sprung in den Fehlerquadratsummen zu entdecken ist. Aus diesem Grund werden die Sprünge erst ab der Zwei-Cluster-Lösung betrachtet. Im vorliegenden Fall ist der größte Sprung zwischen der Zwei-Cluster- und der Drei-Cluster-Lösung zu entdecken, sodass die Zwei-Cluster-Lösung als optimal betrachtet wird.

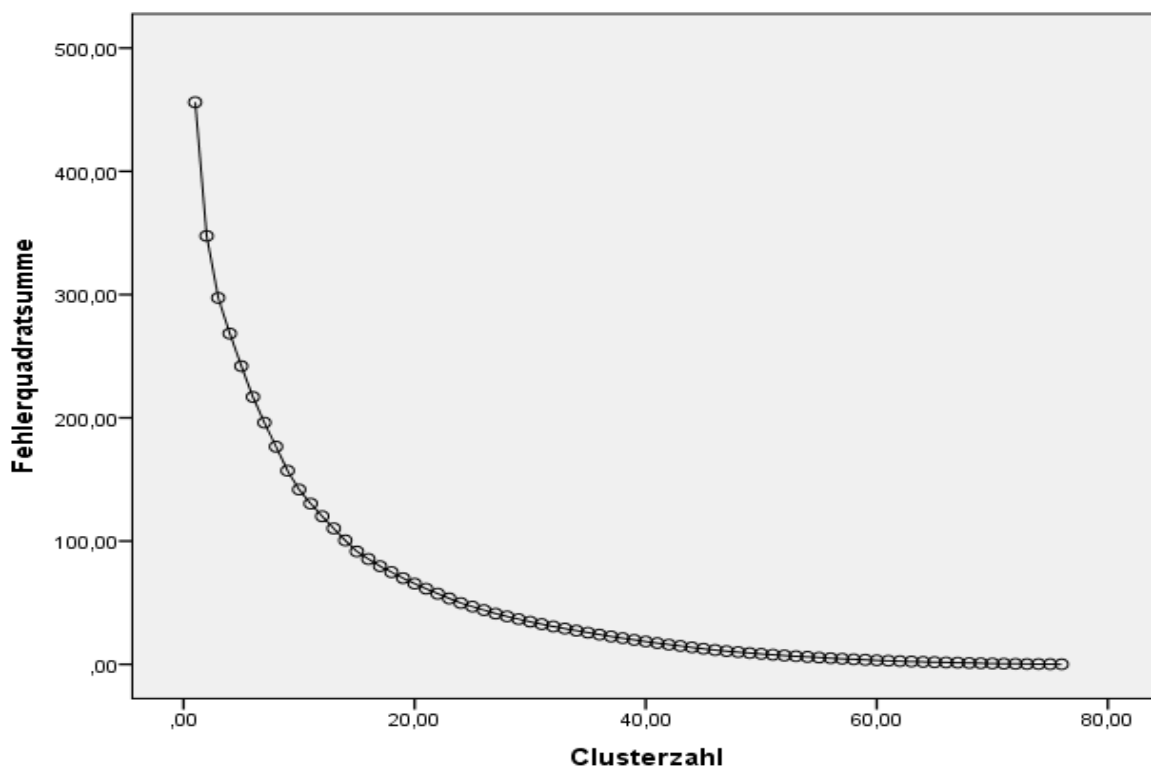


Abbildung 52: Scree-Plot – Entscheidung zur Clusteranzahl

Bei näherer Betrachtung beider Cluster ist zu erkennen, dass ein Cluster aus 35 Fällen (Frauen) besteht und der zweite aus 42 Fällen (Frauen).

Cluster 1

besteht aus Frauen, die im Durchschnitt 0,26 Kinder haben, von denen 0,11 Kinder durch Eizellenspende entstanden sind. Die mittlere Dauer der Entscheidung zur Eizellenspende beträgt in dieser Gruppe 6,5 Monate⁸¹ und die letzte Eizellenspende ist im Mittel ca. drei Monate her. In dieser Gruppe sind 51,43 % der Befragten zu einem Treffen mit der Spenderin nicht bereit. Weiterhin betrachten 51 % der Frauen in dieser Gruppe die Informationsvermittlung zur genetischen Herkunft eines Kindes als individuelle Entscheidung der Eltern. 28 % der Befragten sind der Überzeugung, dass ihr Kind von der Eizellenspende erfahren sollte. Die Angegebenen Informationen können den folgenden vier Tabellen 9 - 12 entnommen werden.

Tabelle 9

Deskriptive Statistik zum Cluster 1.

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standartabweichung
Alter	35	25	47	38,31	5,329
Anzahl eigener Kinder	35	0	1	,26	,443
Kinder in Folge von Eizellspende	35	0	1	,11	,323
monatliches Nettoeinkommen	35	1000	15000	5088,57	3310,746
Dauer der Entscheidung für Eizellspende	35	,00	96,00	25,8651	28,76366
Wie lange ist Eizellspende her	35	1	34	10,86	9,366
Gültige Anzahl listenweise	34				

⁸¹ Die Zeitangaben im Fragebogen wurden in Wocheneinheiten erhoben. Zur besseren Übersichtlichkeit wurde der Wert von 25,85 Wochen durch 4 geteilt, um die Zeiteinheit in Monaten angeben zu können. Auf die gleiche Weise wurde mit allen anderen Zeitangaben verfahren.

Tabelle 10

deskriptive Statistik zum Cluster 1.

	Bereitschaft zum Treffen der Spenderin: Ja	Bereitschaft zum Treffen der Spenderin: Nein	Bereitschaft zum Treffen der Spenderin: Ich weiß nicht	Sollte Kind genetische Herkunft kennen: Ja	Sollte Kind genetische Herkunft kennen: Nein
N Gültig	35	35	35	35	35
N Fehlend	0	0	0	0	0
Mittelwert	,2571	,5143	,2286	,2000	,2286

Tabelle 11

Deskriptive Statistik – Cluster 1.

	Kind sollte genetische Herkunft kennen: Individuelle Entscheidung der Eltern	Kind sollte genetische Herkunft kennen: Ich weiß nicht	Kind soll von Spende erfahren: Ja	Kind soll von Spende erfahren: Nein	Kind soll von Spende erfahren: Unentschieden
N Gültig	35	35	35	35	35
N Fehlend	0	0	0	0	0
Mittelwert	,5143	,0571	,2857	,3143	,4000

Tabelle 12

Deskriptive Statistik zum Cluster 1.

	Kind soll von Spende erfahren* Ich mache mir keine Gedanken
N Gültig	35
N Fehlend	0
Mittelwert	.0000

Cluster 2

besteht aus Frauen, welche im Mittel 1,76 Kinder haben, von denen 1,1 durch Eizellspende entstanden sind. Die mittlere Dauer der Entscheidung zu einer Eizellspende liegt bei 15 Monaten. Die letzte Eizellenspende liegt im Mittel 1,5 Jahre zurück. Die Frauen sind zu 50 % nicht bereit die Spenderin zu treffen. Demgegenüber sind 33,33 % der Befragten der Meinung, dass ein Kind grundsätzlich das Recht habe, von seiner genetischen Herkunft zu erfahren. 47,62 % der Befragten sind der Überzeugung, dass ihr Kind von der Eizellenspende erfahren sollte. Diese Informationen sind in den Tabellen 13 - 16 auf den folgenden Seiten enthalten.

Tabelle 13

Deskriptive Statistik zum Cluster 2.

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Alter	42	28	50	40,64	5,387
Anzahl eigener Kinder	42	0	5	1,76	1,246
Kinder in Folge von Eizellspende	42	0	3	1,10	,759
Monatliches Nettoeinkommen	42	500	15000	4735,71	2846,035
Dauer der Entscheidung für Eizellspende	42	,10	240,00	60,0976	67,31064
Wie lange ist Eizellspende her	42	1	192	72,02	40,969
Gültige Anzahl (listenweise)	39				

Tabelle 14

Deskriptive Statistik zum Cluster 2.

	Bereitschaft zum Treffen der Spenderin: Ja	Bereitschaft zum Treffen der Spenderin: Nein	Bereitschaft zum Treffen der Spenderin: Ich weiß nicht	Kind sollte genetische Herkunft kennen: Ja	Kind sollte genetische Herkunft kennen: Nein
N Gültig	42	42	42	42	42
N Fehlend	0	0	0	0	0
Mittelwert	,2857	,5000	,2143	,3333	,1905

Tabelle 15

Deskriptive Statistik zum Cluster 2.

	Kind sollte genetische Herkunft kennen: Individuelle Entscheidung der Eltern	Kind sollte genetische Herkunft kennen: Ich weiß nicht	Kind soll von Spende erfahren: Ja	Kind soll von Spende erfahren: Nein	Kind soll von Spende erfahren: Unentschieden
N Gültig	42	42	42	42	42
N Fehlend	0	0	0	0	0
Mittelwert	,4048	,0714	,4762	,2857	,2381

Tabelle 16

Deskriptive Statistik zum Cluster 2.

	Kind soll von Spende erfahren: keine Gedanken
N Gültig	42
N Fehlend	0
Mittelwert	,0000

8.2.2.3 Mittelwertsvergleiche zum Aufklärungsverhalten

Der dritte und letzte Schritt dieses quantitativen Bereiches der Studie besteht darin zu überprüfen, bezüglich welcher Variablen die drei Gruppen (inhaltlich die Antwortoptionen „Ja“, „Nein“ und „Unentschieden“) der Frage „Möchten Sie, dass Ihr Kind erfährt, dass es einer Eizellspende entstammt?“, sich signifikant voneinander unterscheiden.

Für metrische Merkmale ist bezüglich dieser Fragestellung der t-Test verwendet worden, falls die erforderliche Voraussetzung, dass der Stichprobenumfang größer als $N=30$ erfüllt war (Nachtigall & Wirtz, 1998, S. 123). Dies war jedoch nur bei zwei Variablen der Fall. Nach Überprüfung handelte es sich bei diesen Variablen um das „Alter“ der Frauen (intervallskaliert) und die „Dauer der Entscheidung für eine Eizellenspende“. Falls die Voraussetzung (Stichprobenumfang größer als 30) nicht erfüllt war, wurde als nichtparametrischer Test der Kolmogorov-Smirnov-Test verwendet.

Der Kolmogorov-Smirnov-Test kam bei den Variablen „Einwohnerzahl“, „Anzahl der Kinder“, „Schwangerschaftswoche“, „Einkommen“ und „Wie lange ist die Eizellspende her?“ zum Einsatz. Bei diesen Variablen war eine Stichprobe (bezüglich „Ja“, „Nein“, „Vielleicht“) und der Frage „Möchten Sie, dass Ihr Kind erfährt, dass es einer Eizellspende entstammt?“ mindestens kleiner als 30. Die Daten wurden als nicht normalverteilt angenommen.

Die t-Tests, wie auch die Kolmogorov-Smirnov-Tests wurden mit der Bonferonni-Holm-Prozedur getestet. Eine Testung erfolgte in jedem Fall pro Variable „Ja“ gegen „Nein“ anschließend „Ja“ gegen „Vielleicht“ und „Vielleicht“ gegen „Nein“. Es wurden demzufolge pro Variable drei paarweise Tests durchgeführt. Die p-Werte wurden aufsteigend der Größe nach sortiert. Anschließend wurde der erste geordnete Test abgelehnt, falls dieser p-Wert kleiner $0,05/3$ war. Der zweite Test wurde abgelehnt, falls der p-Wert kleiner $0,05/2$ war. Der dritte Test wurde abgelehnt, falls der p-Wert kleiner $0,05$ war. Sobald der erste Test nicht zum Ablehnen führte, wurden alle Folgehypothesen ebenfalls nicht abgelehnt, so dass die Prozedur an jener Stelle endete. Da bei sämtlichen Tests (t-Tests, wie auch die Kolmogorov-Smirnov-Tests) die erste (von drei) Hypothesen nicht abgelehnt wurde, endete die Prozedur jedes Mal im ersten Schritt und ergab damit für die t-Tests wie auch die Kolmogorov-Smirnov-Tests keine signifikanten Ergebnisse.

8.2.2.4 Homogenitätsprüfung zum Aufklärungsverhalten

Für kategoriale Daten ist der χ^2 -Homogenitäts-Tests verwendet worden. Hier waren ebenfalls nur für wenige Variablen die Voraussetzungen (erwartete Häufigkeiten größer 5 in jeder Zelle) erfüllt. Dies galt insgesamt nur für zwei Variablen. Auf dem 5 %-Niveau zeigten sich die Verteilungen zwischen „Aufklärung des Kindes“ und „Interessiert nachfragen“ bzw. zwischen „Aufklärung des Kindes“ und „Wissen ist Belastung“ signifikant inhomogen (siehe Tabelle 19 – Tabelle 22). Da an dieser Stelle multipel getestet wurde, musste das Niveau adjustiert werden. Dies erfolgte mittels der Bonferroni-Holm-Prozedur (Horn und Vollandt, 1995, S. 3–24). Hier wurden zunächst die p-Werte der Tests der Größe nach sortiert. Anschließend wurde der erste p-Wert mit dem 0,05/2-Niveau und der zweite mit dem 0,05/1, also dem 0,05-Niveau, verglichen (Horn und Vollandt, 1995, S. 3–24). Die durchgeführten Berechnungen ergaben einen p-Wert von 0,002, der kleiner ist als das (lokale) Niveau 0,025. Damit ist das Antwortverhalten bezüglich „Aufklärung Kind“ und „Wissen ist Belastung“ signifikant inhomogen. Der letzte Test wird zum üblichen 5 %-Niveau getestet. Diese Verteilungen sind ebenfalls signifikant inhomogen.

Tabelle 17

Kreuztabelle zum χ^2 Homogenitätstest zwischen den Variablen „Aufklärung Kind“ & „interessiert nachfragen“

	Interessiert nachfragen – Das trifft nicht zu	Interessiert nachfragen – Das trifft zu	Gesamtsumme
Aufklärung Kind - Ja	15	21	36
Aufklärung Kind - Nein	13	2	15
Aufklärung Kind - Unentschieden	18	12	30
Gesamtsumme	46	35	81

Tabelle 18

χ^2 Homogenitätstest zwischen den Variablen „Aufklärung Kind“ & „interessiert nachfragen“

	Wert	df	Asymp. Sig. (zweiseitig)
Pearson-Chi-Quadrat	8,938a	2	,011
Likelihood-Quotient	9,729	2	,008
Zusammenhang linear-mit-linear	2,521	1	,112
Anzahl der gültigen Fälle	81		

Tabelle 19

Kreuztabelle zum χ^2 Homogenitätstest zwischen den Variablen „Aufklärung Kind“ & „Wissen ist Belastung“

	Wissen ist Belastung – Das trifft nicht zu	Wissen ist Belastung – Das trifft zu	Gesamtsumme
Aufklärung Kind – Ja	25	11	36
Aufklärung Kind – Nein	3	12	15
Aufklärung Kind – Unentschieden	11	19	30
Gesamtsumme	39	42	81

Tabelle 20

χ^2 Homogenitätstest zwischen den Variablen „Aufklärung Kind“ & „Wissen ist Belastung“

	Wert	df	Asymp. Sig. (zweiseitig)
Pearson-Chi-Quadrat	12,884a	2	,002
Likelihood-Quotient	13,421	2	,001
Zusammenhang linear-mit-linear	7,450	1	,006
Anzahl der gültigen Fälle	81		

Den Ergebnissen lässt sich inhaltlich entnehmen, dass

- je eher eine Person die Aufklärung des Kindes befürwortet, sie um so eher meint, dass das Kind bei einer Aufklärung interessiert nachfragen würde und
- je eher eine Person das Kind nicht aufklärt, desto eher denkt sie, das Wissen um seine Herkunft ist dem Kind eine Belastung.

8.3 Diskussion

Die vorliegende Untersuchung diente dazu, die Frage zu klären, welchen Beweggründen die Entscheidung zur Aufklärung oder Geheimhaltung der genetischen Herkunft des eigenen Nachwuchses entstammt. Darüber hinaus soll das Antwortverhalten auf jene spezifische Fragestellung für den Kontext der psychosozialen Beratung und psychotherapeutischen Begleitung ungewollt Kinderloser (die eine Eizellspende in Anspruch nehmen) fruchtbar gemacht werden.

Wird die Kombination aus Bildungsstand und Einkommen zur Urteilsbildung herangezogen, weisen die soziodemografischen Daten bei den Rezipientinnen einer Eizellspende auf Vertreterinnen der bürgerlichen Mittelschicht und teilweise unteren Oberschicht hin. Dieses Ergebnis befindet sich in Übereinstimmung mit der gegenwärtigen Literatur (wie sie in Kapitel 5.2 beschrieben ist). Während alle Interviewpartnerinnen Akademikerinnen waren, zeigte sich in der Fragebogenerhebung ein leicht heterogeneres Bild, mit tendenziell höheren Bildungsabschlüssen als in der durchschnittlichen Bevölkerung der BRD. Die Gemeinsamkeit bezüglich des Bildungsstandes bei den Gesprächspartnerinnen ist zum einen vermutlich auf einen Selektionseffekt zurückzuführen, welcher durch die recht hohen Kosten, die im Rahmen einer Eizellspende anfallen, verursacht wird. Berufstätige mit Sekundarbildung verfügen im Alter der Interviewten (von durchschnittlich 42 Jahren) i.d.R. über ein geringeres Einkommen als jene mit tertiärem Abschluss (OECD, 2008). Für Menschen mit sekundären Bildungsabschlüssen ist der Zugang zur Eizellspende möglicherweise wegen mangelnder finanzieller Ressourcen schwerer oder gar völlig verwehrt. Die Einkommensunterschiede sind jedoch nicht dermaßen hoch, dass sie als alleinige Erklärung herangezogen werden können. Nach Rosenthal und Rosnow (1975) sowie Effler und Böhmeke (1977) verfügen freiwillige Untersuchungsteilnehmer/innen im Gegensatz zu Verweigerern grundsätzlich über eine höhere schulische Ausbildung. Zudem musste zum Zeitpunkt der Datenerhebung die Eizellspende umfangreich recherchiert und selbstständig organisiert werden. Diese Form der Eigenständigkeit ist möglicherweise mit Bildung korreliert.

Als Antwort auf die Frage nach dem Grund für die Inanspruchnahme der Eizellspende gaben die meisten Frauen welche den Fragebogen beantworteten eine Ursache an, die sich unter den genannten Optionen nicht wiederfand. Das bedeutet, sie kreuzten im Fragebogen die Kategorie „andere Ursachen“ an. An dieser Stelle hätte die vorhandene Option, diesen Grund

in eigenen Worten zu benennen, Aufschluss geben können. Leider kam dem nur eine einzige Frau nach, so dass für diese Mehrheit nicht eindeutig belegt werden kann, worin dieser „andere Grund“ besteht. Zieht man die Altersverteilung der Studienteilnehmerinnen heran, ist ein Widerspruch darin zu erkennen, dass bei dem hohen Prozentsatz von Frauen ab 41 Jahren (48,7%) sich nur 14,4% in die Kategorie „zu hohes Alter bei Beginn der Familienplanung“ einordnen. Vor diesem Hintergrund sei als These aufgestellt, dass es sich bei der Gruppe mit „anderen Gründen“ um Frauen handelt, die zu einem Zeitpunkt verminderter Fruchtbarkeit (erneut) versuchen, ihren Kinderwunsch zu realisieren.

Das diese Frauen sich von der Kategorie „zu hohes Alter bei Beginn der Familienplanung“ nicht angesprochen fühlen, könnte daran liegen, dass entweder das hohe Alter nicht am Beginn der Familienplanung stand. Manche Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch versuchen über mehrere Jahre erfolglos über Geschlechtsverkehr und anschließend erfolglos mit reproduktionsmedizinischer Unterstützung, eine Schwangerschaft zu erreichen. Während dieser erfolglosen Versuche wurden sie älter, um sich irgendwann aufgrund ihres vorangeschrittenen Alters für eine Eizellspende zu entscheiden. Eine Gesprächspartnerin, die nach jahrelangen erfolglosen reproduktionsmedizinischen Behandlungen Mutter wurde, versuchte lieber eine Außenwirkung als gewollt späte Mutter zu erzielen (anstatt einer, deren Kinderwunsch sich lange nicht erfüllte). Sie wollte die schmerzhafteste Zeit ungewollter Kinderlosigkeit und häufige erfolgloser Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Behandlungen (für sich und andere) nicht thematisieren.

Eine andere Möglichkeit in die Gruppe von Frauen mittleren Alters zu fallen besteht darin, einfach im mittleren Alter mit der Familienplanung zu beginnen. Aus den Interviews im Rahmen der Dissertation (siehe Kapitel 7.3.2) und aus öffentlichen Dokumentationssendungen zum Thema Eizellspende (Kayatz, 2013) ist bekannt, dass einige Frauen zu einem Zeitpunkt, zu dem sie zu einer Familienplanung bereit sind, von der verminderten Fruchtbarkeit im mittleren Alter sehr überrascht werden. Dieser Umstand ist nicht durch mangelnde medizinische Sachkenntnis bedingt. Die öffentlichen Medien präsentieren zunehmend prominente Frauen, die im mittleren Alter noch Mutter werden (Mink, 2006; Zeh, 2011, Schröder, 2010), zudem fühlen sich viele Frauen mittleren Alters aufgrund ihres aktiven Lebensstils in keiner Weise „alt“ oder in ihren Möglichkeiten beschnitten und werden vermutlich von ihrer Umwelt auch entsprechend wahrgenommen. Frauen aus oben beschriebener gesellschaftlicher Schicht haben durch ihre gesellschaftliche Stellung und das häufige Erleben von beruflich-gesellschaftlichen Erfolgen möglicherweise die Tendenz, diesen Leistungsanspruch auch auf die reproduktive Leistung des Körpers zu

übertragen. Vor diesem Hintergrund würden sich Frauen mit solch einem Selbstverständnis (aus Sicht der Verfasserin) nie in die Kategorie „zu hohes Alter (...)“ einordnen. Sie sind aus ihrer eigenen Perspektive heraus nicht „zu alt“. In gesellschaftlichen Diskursen gibt es noch keine etablierten Denkmuster und Begrifflichkeiten, die dieses Phänomen erfassen. Es sei die These aufgestellt, dass sich diese fehlenden etablierten Begrifflichkeiten in der Angabe „andere Gründe“ und einem leeren Feld daneben widerspiegeln.

Die späte Mutterschaft hat unter anderem über die Veränderung von Verwandtschaftsverhältnissen Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung (die dadurch nicht unbedingt beeinträchtigt sein muss) und das Selbstverständnis der Eltern. Diese Veränderungen bestehen z.B. in einer potenziell fehlenden Großelternschaft, oder Konstellationen, wo die Schwester die Rolle einer Tante einnimmt und der Neffe die Rolle eines Bruders. Diese Themen gilt es in einer Beratungssituation im Blick zu haben, um Reflektionen diesbezüglich anregen zu können.

Im Interview zeigte sich, dass Frauen mit länger andauernder ungewollter Kinderlosigkeit bezüglich der Konfrontation mit Eltern wie Traumatisierte handeln, die mit besonders intensiven negativen Emotionen auf Schlüsselreize (z.B. schwangere Freundinnen) reagieren und versuchen, diese zu vermeiden, in gewissen unvermeidbaren Situationen aber von ihnen überfallen werden.

Im Rahmen der Gespräche zeigte sich, dass die Frauen insgesamt in ihrem Lebensentwurf Idealvorstellungen anstreben. Dies macht sich neben der verantwortungsbewussten Elternschaft anhand von Lebensthemen wie einer anspruchsvollen Berufsausbildung und dem Aufbau einer für das Kind stabilen Basis bemerkbar. Da sie angesichts solcher Modelle jedoch mehrere Rollen gleichzeitig in idealer Weise zu erfüllen suchen (insbesondere Berufsausbildung *und* Mutterschaft betreffend), kann ihr Verhalten zu einem Konflikt bei divergierenden Anforderungen führen. Eine andere Facette, die das oben angesprochene Phänomen zudem beinhaltet, ist die Abwertung von (hinsichtlich in der deutschen Kultur geltenden Normen) abweichendem Verhalten in Kombination mit „Erfolg“ hinsichtlich der Reproduktion. Der eigene Lebensplan scheint als unangefochten und selbstverständlich zu gelten – bezogen auf die Korrektheit der inhärenten Werte wie auch der Belohnungsmodi und

der Erfolgsaussichten⁸². In diesem Zusammenhang zeigt sich zugleich, dass Menschen eines bestimmten Milieus gerade wegen ihres Ressourcenreichtums, ihrer aktiven Lebensweise und deren Erfolgsproduktion scheinbar nur mangelhaft ausgebildete Strategien für Lebenssituationen wie Misserfolg/e und eigene Leistungsgrenzen vorweisen können.

ja, ja, aber es tritt dann dann auch son gefühl, oder man hat dann auch, son gefühl, hier stimmt doch irgendwas nicht. (...) wir sehen hier SEHR sehr viele junge frauen, die .hhh, die noch nicht einmal ne richtige schulausbildung haben. und .hh, die dann (.) schwanger sind, haben noch ein kleines kind an der hand und brüllen die kinder an.(...) .hhh, das tut mir so weh, da sag ich mir immer, ich muss das jetzt mal so ausdrücken, diese assis die, die, die rauchen, die stehen mit der flasche bier irgendwo in der hand oder rauchen und sind SCHWANGER und kriegen ein kind nach dem anderen. und du hast alle voraussetzungen, .hh, die, und du kannst dem kind, du hast lebenserfahrung. du bist mit dir selbst im reinen. du bist gereift. .hhh, hast einen tollen beruf, hast auch einen entsprechenden finanziellen status, und es geht einfach nicht. du könntest dem kind .hh, du bist so mit dir selbst so im reinen und so mit dir selbst so aufgeräumt und so ausgeglichen .hh, und, und würdest dem kind so viel LIEBE und so viel ähm (--) ja, du würdest dich so auf, äh, vielleicht nicht aufopfern, aber du hättest so viel, du hast noch so viel zu GEBEN. .hh, und das geht einfach nicht, das ist ne sache, die einen wirklich umtreibt. (Interview Nr. 09; S. -8-9; Z. -306-328)

Neben einer Eizellspende stehen manchen Frauen noch andere Möglichkeiten offen, den Kinderwunsch zu realisieren. Eine Option wäre z.B. die Adoption. Eine Interviewte konstatierte, dass sie es als „normaler“ erlebe, eine Eizellspende in Anspruch zu nehmen, als ein Kind zu adoptieren. Das Bedürfnis nach Normalität sei für sie der einzige Grund, die Eizellspende gegenüber der Adoption zu bevorzugen.

weil – ich möchte ein stück normalität. und die .hh, und diese normalität kann mir eine, eine adoption nicht geben. wenn das kind in mir aufwächst oder, ähm, wenn ich schwanger werde, (.) dann hab ich das von anfangen begleitet, dann ist es .hh, dass ich genetisch nicht die mutter bin, das ist für mich nicht so wichtig. (Interview Nr. 09; S. 6; Z. -217-222)

Wie kommen Betroffene zu dieser Ansicht, wo sich doch eine Eizellspende ausschließlich über fortschrittliche reproduktionsmedizinische Technik und das genetische Material einer Spenderin realisieren lässt, während Adoptivkinder zumeist ohne reproduktionsmedizinische Unterstützung und ohne gespendetes genetisches Material gezeugt wurden? Zudem wurde die Adoption bereits im Altertum praktiziert (siehe Kapitel 1) und ist im Verhältnis zur

⁸² Erfolg sei hier mit Erreichen der Ziele und einer positiven emotionalen Balance definiert.

Eizellspende das etabliertere „Verfahren“. Das Argument, das Kind von der Zeugung an begleiten zu wollen, wird als selbstverständliches Bedürfnis verbalisiert.

Der Bevorzugung der Eizellspende mag der Wunsch zugrunde liegen, als Elternteil Normalität über das Erleben von Schwangerschaft und Geburt zu erfahren. Zudem ist das erwartete Kind noch nicht von der Erziehung anderer Eltern beeinflusst und kann demnach eher als das eigene erfahren werden, wenn es von Geburt an – über Erziehung und Vorbildfunktion – der Lebensweise der Eltern angepasst wird. Ein weiterer Aspekt ist, dass die Schwangerschaft der biologischen (aber nicht genetischen) Mutter für Außenstehende die sichtbare Erfassung einer Abweichung von der nicht gespaltenen Elternschaft, die auf Zeugung über Geschlechtsverkehr beruht, verhindert. Der Unterschied ist bei einer Eizellspende für die Umgebung „unsichtbar“, während eine Adoption angesichts der nicht stattfindenden Schwangerschaft bei der sozialen Mutter vom Umfeld registriert werden kann. Wird „Normalität“ über Vermeidung der Sichtbarkeit von Abweichungen angestrebt und erfahren, wird im Rahmen dieses Prozesses der existierende Anteil nicht vorhandener genetischer Mutterschaft nicht nur für Außenstehende ausgeblendet, sondern möglicherweise auch für die sozialen Eltern selbst. Letzteres kann durch Aussagen belegt werden, in denen die Interviewten wiederholt betonten, wie vernachlässigbar der Anteil der Gene im Verhältnis zu vorgeburtlichen Erfahrungen und der Sozialisation insgesamt sei.

ja, also ich geh auch davon aus, dass diese psychologischen oder psychischen sachen auch, äh, wenig mit genen zu tun haben, sondern sehr viel mehr mit, äh, ja, erziehung, äh, umgebung, erleben, erfahrungen und ich gehe davon aus, dass die vorgeburtlichen erfahrungen von großer bedeutung sind. aber die würde das kind ja auf jeden fall mit mir teilen. von daher bin ich da ja, wie soll ich sagen, hab ich da eigentlich keine, äh, keine sorgen (Interview Nr. 11; S. -7-8; Z. 242-250)

Darüber hinaus fällt auf, dass bei den Interviewten ein Trend zum Dementieren des Anteils der Gene existiert. Diese Einstellung mag neben eigenen Bedürftigkeiten auch durch soziokulturelle Diskurse beeinflusst sein. Im Zusammenhang mit dem beim Kind möglicherweise auftretendem Interesse an Informationen über die eigene genetische Herkunft liegt an dieser Stelle Konfliktpotenzial.

Die Mehrheit der Frauen nahm eine anonyme Spende in Anspruch. Daraus resultiert, dass über die Spenderin, keine oder wenige Informationen verfügbar sind. Diese Spende an sich scheint zum Erhebungszeitpunkt für die Rezipientinnen positiv besetzt zu sein, da die

Mehrheit eine hohe Behandlungszufriedenheit angibt und erneut eine Spende in Anspruch nehmen würde. Die Hälfte der Rezipientinnen, die einerseits angeben, sehr wenig über die Spenderin zu wissen, sind mit den wenig/gar nicht gegebenen Informationen im Allgemeinen zufrieden. Sie stellen sich darüber hinaus mehrheitlich weder vor, die Spenderin kennenzulernen, noch würden sie gerne ein Treffen wahrnehmen. Eine Interviewte benennt dies explizit als Schutzmechanismus gegen eventuelle Ansprüche der Spenderin. Andere wirken dieser Thematik gegenüber gleichgültig. Reproduktionsmedizinische Gesellschaften wie beispielsweise die ASRM (American Society for Reproductive Medicine), die ESHRE (European Society for Human Reproduction and Embryology) und das National Ethics Committee haben Richtlinien für die Behandlung und psychosoziale Beratung von Spendern/Spenderinnen und Paaren, die solch eine Spende in Anspruch nehmen, erlassen. Diese Richtlinien beinhalten unter anderem eine Exploration der Motivation zu dieser Art der Familiengründung sowie der Konsequenzen wie beispielsweise der Frage, ob Eltern ihre Kinder über deren Entstehung aufklären wollen. Die interviewten Frauen stellten das der Eizellspende vorangestellte Informationsgespräch jedoch als eine rein auf die Vermittlung medizinischen Fachwissens hinauslaufende Interaktion dar. Keine der Frauen erhielt eine psychosoziale Beratung von der Klinik oder eine Überweisung an eine entsprechende Fachkraft. Die Frage, ob das Kind über seine genetische Herkunft in Kenntnis gesetzt werden solle, wird von Betroffenen (wenn überhaupt) mit privaten Kontakten diskutiert. Es hat bei den Gesprächspartnerinnen weder einen offiziellen Rahmen noch einen inoffiziellen gegeben, wo das Thema offene Spende vs. anonyme Spende diskutiert werden konnte.

Ein Grund, warum die Option einer offenen Spende kaum in Erwägung gezogen wurde, könnte der Umstand sein, dass einige Frauen die Entscheidung zur Inanspruchnahme der Eizellspende (und damit die Auseinandersetzung mit der Spende) sowie die Dauer der Wartezeit und der Behandlung selbst als einen kurzen Prozess beschrieben. Obwohl jede von ihnen eine Zeit erfolgloser reproduktionsmedizinischer Behandlungen hinter sich hatte, und auch Alternativen wie beispielsweise Adoption in Erwägung zog, verging bei den meisten Paaren zwischen Diagnostik und positivem bzw. negativem Schwangerschaftstest sehr wenig Zeit. (...) *ich hab' auch vor einem halben Jahr auch erst von der Diagnose erfahren. und jetzt bin ich schon, ja, jetzt bin ich schon schwanger. (...) das ging ruckzuck.* (Interview Nr. 06; S. 18-19; Z: -747-750)

Dieser Umstand ist mit dem Nachteil verbunden, dass Zeit (und damit ausreichende Gelegenheit) fehlt/e, über die Spende und deren Bedeutung für die eigene Zukunft und das Leben des (potenziellen) Kindes nachzudenken sowie unter Abwägung aller Vor- und Nachteile reflektierte Entscheidungen zu fällen. Bei vielen Frauen erfolgte die inhaltliche Auseinandersetzung hinsichtlich Bedeutung und Folgen der Behandlungsform (insbesondere für das Kind) erst, nachdem die Spende durchgeführt worden war. Damit war die Entscheidung bezüglich der Spendeform (d. h. anonym vs. offen) mit all deren Konsequenzen jedoch bereits gefallen.

so, man denkt erst so im nachhinein erst drüber nach. .hh, ich hatte halt das glück, dass wir am bauen waren, wir hatten also (-- ja glück, ne wir hatten sehr viel zu tun, wir hatten sehr viel stress und .hh, wir hatten ganz pragmatisch eigentlich gesagt: ‚wie sollen wir das machen‘? (...) Und das war eigentlich witzigerweise ((hustet)) sofort, ne .hh, ein ja. also mein mann hat gesagt: ‚ich überlass diese entscheidung dir.‘ (...) und hab mich, .hh, weil ich wusste, es ist für mich wichtig, eigentlich ein kind zu haben, (...) hab ich mich, ähm, dafür entschieden. (Interview Nr. 06; S. 3; Z: -64-78)

Eine Auseinandersetzung mit der Spendeform oder der Spenderin bevor die Spende stattfindet, wird von den behandelnden Mediziner/innen häufig nicht unterstützt. Das Gegenteil scheint der Fall zu sein. Eine entsprechende Gesetzeslage vorausgesetzt, sind Frauen eher bereit, anonym zu spenden, als den Nachkommen ihre Identität preiszugeben. Möglicherweise führt der Mangel an offenen Spenderinnen dazu, eher anonyme Spenden anzubieten und nicht auf Alternativen hinzuweisen. Um den Patientinnen und deren Partnern trotzdem eine Auseinandersetzung mit dieser Thematik zu ermöglichen, erscheint es zielführend, die Beratung diesbezüglich auszulagern. Eine unabhängige psychosoziale/ psychotherapeutische Fachkraft könnte das Thema Spendeform ohne Interessenkonflikte ansprechen und hätte (im Gegensatz zu Reproduktionsmediziner/innen) die fachliche Qualifikation für eine Auseinandersetzung auf psychosozialer Ebene.

Ein weiterer Faktor, der die Entscheidung zu einer anonymen Spende begünstigt, ist die Herausforderung, dass die Spende an sich durch die Kosten der medizinischen Behandlung, der Auslandsreise und des Aufenthaltes eine hohe ökonomische Belastung darstellt und zudem mit organisatorischem Aufwand verbunden ist. Wie sich oben zeigte, führen die Paare z. B. tendenziell in ein Land, das dem Wohnort am nächsten lag. Die Entscheidung zugunsten einer offenen Spende könnte zum einen den organisatorischen Aufwand erhöhen, da bei der Recherche und Planung ein Punkt mehr zu berücksichtigen ist. Zum anderen würden auch die

Finanzen infolge der Reise in weiter entfernt liegende Länder mit offener Spende stärker belastet. Darüber hinaus werden offene Spenden häufig zu höheren Preisen angeboten, weil weniger Spenderinnen dazu bereit sind. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass es mehrere Gründe dafür gibt, dass Fragen, die Interessen des Nachwuchses betreffen, ausgeblendet werden:

- 1) Im Kapitel 7.3.2 wurde darauf verwiesen, dass Frauen „in der Rushhour des Lebens“ verschiedene Lebensaufgaben gleichzeitig bewältigen müssen, wodurch sie sich bei der Organisation der Eizellspende auf das (ihrer Ansicht nach) Wesentliche beschränken.
- 2) Die schnelle Realisierung der Behandlung ließ keine Zeit für Zweifel.
- 3) Die Auseinandersetzung wird weder von Mediziner/innen noch vom Freundes- und Bekanntenkreis oder dem Lebensgefährten angeregt.
- 4) Der hohe organisatorische, finanzielle und emotionale Aufwand und die eigenen Grenzen hinsichtlich Zeit und Geld zwangen einige Patientinnen dazu, die Prioritäten bei basalen Kriterien wie z. B. den Kosten für die Behandlung oder der Länge des Reiseweges zu setzen.

Im Falle der Entscheidung zwischen einer IVF-Spenderin und einer externen Spenderin stehen sich Überlegungen zur Effizienz der Spende und moralische Beweggründe unvereinbar gegenüber. Während Reflektionen zur Effizienz der Behandlung die externe Spende begünstigen, führen moralische Überlegungen tendenziell zur Inanspruchnahme einer IVF-Spenderin, da in diesem Fall eine Frau die invasive Prozedur des Spendeprozesses ohnehin durchlaufen wäre.

Die meisten Eltern haben durch ihre Entscheidung, zwar dem sozialen Umfeld entweder von der medizinischen Behandlung (85 %) oder von der Eizellspende zu berichten (76 %) jedoch nicht dem Kind⁸³, Spannungspotenzial aufgebaut. Die Personen mit Kenntnis um die genetische Herkunft der Kinder könnten die Information jederzeit weitertragen, auch an das Kind (was sich viele nicht wünschen). Das bedeutet jedoch für diejenigen, die sich gegen eine Aufklärung entschieden haben, dass, auch wenn keine informierte Person ihr Wissen mit

⁸³ Insgesamt ist bisher ein einziges Kind über die Eizellspende informiert worden.

weiteren Personen teilen würde, die stete emotionale Spannung, dass eine Weitergabe der Information erfolgt. Dazu gesellt sich die eigene innere Ambivalenz (da die Mehrheit bezüglich der Aufklärung unentschieden war).

Ein zweites Spannungsfeld tut sich bei der Betrachtung der Gründe gegen eine Aufklärung auf. So will z.B. im Verhältnis zu anderen Gründen die Mehrheit (40 %) das Kind nicht aufklären, weil die Identität der Spenderin unbekannt ist. Hier wird scheinbar schon das Dilemma vorausgesehen, in dem ein aufgeklärtes Kind von der Identität der Spenderin in Kenntnis gesetzt werden möchte und dies den Eltern nicht möglich ist. Dazu passt auch die von den Rezipientinnen am meisten geteilte Antizipation der kindlichen Reaktion in der Form, dass ihm (nach Ansicht der Eltern) das Wissen eine Belastung ist und es bei Aufklärung zunächst Unverständnis zeigen würde. Ein hoher Anteil der Rezipientinnen möchte dem gleichen Konflikt durch Aufklärung entgehen. So begründet der größte Anteil an aufklärungsbereiten Frauen ihre Entscheidung mit der Angst vor einem zufälligen Entdecken der wahren genetischen Herkunft des Kindes. Diese Tendenz wird durch die Aussagen der Interviewpartnerinnen bestätigt.

Ein Dilemma besteht darin, dass Eltern ihr Kind gerne aufklären würden, jedoch davon durch die mangelnde Information/smöglichkeit zur Spenderin abgehalten werden. Bei der Befragung wurde deutlich, dass keine/r der Beteiligten das Dilemma vorhergesehen zu haben scheint. Die Frauen sprechen von sich aus jedoch auch nicht an, die bezüglich einen Konflikt zu haben. Keine Interviewpartnerin erwähnte, dass sie anstrebt, die Identität der Spenderin in Erfahrung zu bringen (indem z.B. die Daten eingeklagt werden). An dieser Stelle könnte im Rahmen psychosozialer Beratung wichtige Aufklärungsarbeit zu den Folgen der jeweiligen Spendekonstellationen geleistet werden. Würden diese Folgen mit dem betroffenen Paar reflektiert, könnte so manches Elternpaar entweder seinem Aufklärungswunsch nachkommen oder hätte im Nachhinein nicht die Möglichkeit die mangelnde Aufklärungsbereitschaft auf äußere Umstände zu verlagern.

Manche Interviewpartnerinnen aber auch interessierte Betroffene fragten explizit nach Literatur, die Eltern mit praktischen Informationen zur Aufklärung versorgt oder so kindgerecht aufbereitet ist, dass sie mit Kindern zu Aufklärungszwecken angeschaut werden kann. Diesen Informationsbedürfnissen könnten Sozial- und Psychotherapeuten mittels Psychoedukation nachkommen. Dieser Vorschlag verweist wie diejenigen in

vorangegangenen Abschnitten darauf, Dilemmata überhaupt zu thematisieren und Informationen zu teilen bzw. Psychoedukation zu betreiben, was ein eher niedrighschwelliges Angebot ist. Dies scheint jedoch bisher nur in wenigen Einzelfällen der psychosozialen & psychotherapeutischen Infrastruktur überhaupt im Angebot zu sein. Hier besteht zunächst ein Bedarf, überhaupt erst Strukturen zu schaffen, die Psycho- und Sozialtherapeuten in dieser Hinsicht aus- und weiterzubilden. Einen Anfang dazu hat das Beratungsnetzwerk Kinderwunsch in Deutschland (BKID) unternommen. Der seit 2002 bestehende Verein vernetzt zum einen psychosoziale Berater/innen, die sich auf das Thema ungewollte Kinderlosigkeit spezialisiert haben. Zum anderen vermittelt der Verein Menschen mit Kinderwunsch die gewünschte psychosoziale Unterstützung. Darüber hinaus etabliert der BKID zunehmend professioneller eine Öffentlichkeitsarbeit in Form von Leit- und Richtlinien, Tagungen, Fort- und Weiterbildung, Arbeitsgruppen und Stellungnahmen zu aktuellen Debatten wie z.B. „social freezing“⁸⁴. Da die Eizellspende in Deutschland nicht erlaubt ist, stecken die Konzepte zur psychosozialen Beratung diesbezüglich noch in den Anfängen.

Obwohl therapeutische Angebote sukzessive erweitert werden, äußerten einige der Interviewpartnerinnen, dass jene Infrastruktur schlecht ausgebaut ist und sie große Schwierigkeiten hatten, kompetente therapeutische Unterstützung zu finden. Diese Lücke wird von vielen Anbieter/innen erkannt und mit semiprofessionellen Hilfsangeboten gefüllt. Einige qualifizieren sich autodidaktisch, entwickeln ganz neuartige Angebote oder greifen auf altbewährtes zurück. Was ältere Konzepte angeht, so wurde im Kapitel 1.1.2 ein mittlerweile widerlegtes theoretisches Konstrukt angesprochen, nach dem die Sterilität der Frau ein Ausdruck psychischer Konflikte sei. Befinde sich die Psyche (z. B. nach erfolgreicher Psychotherapie) wieder im Gleichgewicht, sei der weibliche Körper ebenfalls wieder empfängnisfähig. Dass dieser im aktuellen wissenschaftlichen Diskurs abgelehnte Ansatz (siehe Kritik im Kap. 1.1.2) noch vertreten, praktiziert und von Betroffenen angenommen wird, zeigt sich an folgendem Beispiel. Auf der Internetseite⁸⁵ der von einer Befragten empfohlenen therapeutischen Unterstützungsmöglichkeit stellt beispielsweise eine autodidaktisch organisierte Gruppe von Frauen ohne konventionelle Qualifikation verschiedene beratende und therapeutische Angebote vor. Die Angebote umfassen unter

⁸⁴ Die Informationen zum BKID sind dem Internetauftritt des Netzwerkes entnommen: <http://www.bkid.de/home.html> [letzter Zugriff: 30.07.2015].

⁸⁵ www.kinderwunschweg.de [letzter Zugriff am 11.03.14]

anderem die von diesen Frauen selbst entwickelte „*Emotionale Körpertherapie*“ und eine „*systemische Kinderwunschaufstellung*“. Das Konzept der emotionalen Körpertherapie besagt, dass die ungewollte Kinderlosigkeit auf intrapsychische Vorbehalte der betroffenen Person(en) gegenüber leiblichem Nachwuchs zurückzuführen ist.

Oft ist eine erschwerte Empfängnisfähigkeit bereits in der Geschichte unserer Familien begründet. So geben beispielsweise 90 % der Patientinnen an, einen Mutterkonflikt mit sich herum zu tragen. Dieser kann entweder im ‚realen‘ Leben gelöst werden, oder aber stellvertretend durch eine systemische Aufstellung.

Mit der systemischen Aufstellung ist uns ein großartiges Werkzeug gegeben, solche Konflikte aufzufinden und zu lösen, uns und unsere Nachkommen davon zu befreien. (Zart, Zart, Zart & Wischer 2009)

Das Konstatieren „*emotionaler Vorbehalte*“ hinsichtlich der „*Empfängnisfähigkeit*“ impliziert, dass die Ursache für die ungewollte Kinderlosigkeit in der Psyche (bzw. dem familiären Umfeld) der betreffenden Frau zu verorten ist und/oder intrapsychischen Verarbeitungsprozessen (unterschiedlichster ursächlicher Konflikte) zugeschrieben werden kann. Dies wiederum lässt sich mit einer Schuldhaftigkeit der/des Betroffenen am gegenwärtigen Zustand der ungewollten Kinderlosigkeit und/oder dessen Beeinflussbarkeit der Situation verbinden. Gesellt sich zu der Anforderung, die ungewollten Kinderlosigkeit als körperlich bedingtes Phänomen mit all seinen psychischen und sozialen Folgen zu bewältigen, zusätzlich die Herausforderung, die eigene Schuldhaftigkeit am gegenwärtig unerwünschten Zustand „*aufzufinden*“ und „*zu lösen*“, kann sich die psychische Belastung multiplizieren. Auf der Basis eigener Schuldhaftigkeit erscheint eine Schwangerschaft zudem noch erstrebenswerter, da sie im logischen Umkehrschluss mit der Überwindung innerer Konflikte in Verbindung gebracht werden kann.

Um Patientinnen und Patienten zu ermöglichen, besser von der Psychotherapie zu profitieren, könnte im Rahmen von Psychoedukation und Aufklärung in Beratungsstellen systematischer auf die oben beschriebenen Phänomene hingewiesen werden. An den Beispielen zeigt sich, dass die Grenze zwischen psychologischem Fachwissen nach aktuellem wissenschaftlichen Stand und der Populärpsychologie durchlässig ist und sich oft schwer einschätzen lässt, auf welcher Seite sich ein Angebot befindet, zumal sich viele Anbieter/innen an der Nahtstelle eingerichtet haben (z. B. Psychologen/Psychologinnen, die professionelles Wissen in der Sprache der Selbsthilferatgeber anbieten).

Auf der Basis der vorangegangenen Ausführungen sei die These aufgestellt, dass sich Frauen für Themen wie Fortpflanzung (im weitesten Sinne) und Familienbildung tendenziell unabhängig und allein verantwortlich fühlen. Diese Idee ist an sich nicht neu. Im Rahmen der vorliegenden Befragung wurde jene These unter anderem dadurch belegt, dass sich zum Interview und der Fragebogenerhebung ausschließlich Frauen meldeten, obwohl sämtliche Gesuche sich gleichermaßen an Frauen und Männer wandten. Darüber hinaus sprechen die interviewten Frauen an, dass sie sich sämtliche Informationsbedürfnisse im Rahmen eigener Recherche erfüllten (siehe Seite 265). Hier stellt sich die Frage, wieso sich Frauen ihre Informationsbedürfnisse ausschließlich selbst erfüllen und nicht bequem auf Autoritäten, wie z. B. die des Arztes/der Ärztin im Erstgespräch zurückgreifen. Insbesondere deshalb, weil sämtliche Kliniken die eine Eizellspende durchführen, die Teilnahme an einem kostenpflichtigen Erstgespräch verlangen, welches von einem Mediziner/ einer Medizinerin durchgeführt wird und ausgiebig Raum zur Informationsvermittlung bietet. Die Tatsache, dass Erstgespräche im Ausland häufig in englischer Sprache stattfanden, mag unter anderem dazu beitragen, dass Paare ein solches Gespräch nicht als einzige Informationsquelle nutzen möchten. Es sei die These aufgestellt, dass die Vorstellung der Frauen, eine Selbstversorgerin zu sein, sich auf alle Bereiche des Eizellspendeprojektes generalisieren lassen. Aus diesem Grund werden einige Folgen/Implikationen der Eizellspende (z.B. das Thema Identität der Spenderin, Auswahl einer hilfreichen therapeutischen Unterstützung) übersehen oder aufgrund des hohen organisatorischen Aufwandes vernachlässigt behandelt oder verdrängt.

Als Kritik an den im Ausland tätigen Ärztinnen und Ärzten wird selten geäußert, dass diese generell nicht die höhere Wahrscheinlichkeit des Misserfolges im Gegensatz zu einer Schwangerschaft direkt ansprechen und von sich aus keine Nachsorge bei erfolgloser Behandlung anbieten. Da diese Nachsorge sich auch auf die psychische Bewältigung der (trotz aller Bemühungen) nicht eingetretenen Schwangerschaften beziehen muss, könnten diese Aufgabe auch Psychotherapeuten bzw. Psychiater übernehmen. Bisher scheinen sich aber (hinsichtlich der Thematik Eizellspende) kaum Kooperationsbeziehungen zwischen Reproduktionsmedizinern/Reproduktionsmedizinerinnen und Psychotherapeuten/ Psychotherapeutinnen und/oder Psychiatern/Psychiaterinnen etabliert zu haben. In der medizinischen Fachliteratur zeigten sich jedoch bereits vor etlichen Jahren Ansätze einer Auseinandersetzung mit dieser Thematik unter denjenigen Experten/Expertinnen, die in der Beratung ungewollt Kinderloser beruflich tätig sind. Sie diskutieren auch die Belange von Paaren, die eine Eizellspende in Anspruch genommen haben (Thorn, 2006). Dass etliche

Patientinnen mit Bedarf hinsichtlich der Nachsorge vernachlässigt werden, liegt daran, dass für die Behandlung Landesgrenzen überschritten werden. Die Mediziner/innen des Auslandes verbinden mit der Zeit nach dem Transfer die Rückreise der Patientinnen in deren Heimatland und ziehen an dieser Stelle möglicherweise die Grenze für ihren Verantwortungsbereich.

An einer Stelle zeigt sich auch ein eigener Anteil der Befragten an einer mangelnden Möglichkeit zur Nachsorge bei Ärzten/Ärztinnen. Bei deutschen Reproduktionsmediziner/innen wird die Eizellspende gelegentlich als IVF ausgegeben. Diese Verschlüsselungsstrategie führt jedoch dazu, dass der Mediziner/ die Medizinerin in Deutschland sich kein vollständiges Bild von der Problematik machen und sein/ihr professionelles Handeln nicht adäquat darauf abstimmen kann.

Bei der Auswertung der Interviews zeigte sich auch vereinzelt Kritik daran, dass die reproduktionsmedizinische Hilfe einen monetären Anteil hat. Von der Kritik war die Spenderin ausgenommen.

die leute, die dort arbeiten, sind alle jung und schön und (...) und alles ist so, ja, so, so, ähm, das sieht nicht aus wie ne klinik. es ist, ähm (.) man merkt halt, dass da von der architektur her, dass da einfach geld drinn steckt. und ja, ich mein' .hhh, gut, es ist halt ein geschäft, ja? (Interview Nr. 06; S. 6/7; Z:-218-224)

Zum einen mag der Hinweis auf ökonomischen Profit im Rahmen von medizinischen Behandlungen deshalb so beeindruckend sein, weil das Krankenversicherungssystem in Deutschland derart gestaltet ist, dass die Mehrheit der Bürger/innen über eine gesetzliche Krankenversicherung verfügt und deshalb kaum dazu gezwungen ist, vier- bis fünfstelligen Geldbeträge für medizinische Leistungen selbst aufbringen zu müssen. Zwar findet für (fast) jede ärztliche Behandlung eine finanzielle Transaktion statt, diese geht aber zumeist von der Krankenkasse direkt an die medizinisch tätige Person/Institution. Insofern ist es möglich, z. B. eine Klinik nicht mit Intentionen wie Erwerbstätigkeit, ökonomischem Profit und Kosten-Nutzen-Denken in Verbindung zu bringen. Ist man jedoch gezwungen, das Geld selbst aufzubringen, wird der ökonomische Aspekt überhaupt erst sichtbar. Diese Sichtbarkeit steht in scharfem Kontrast zum bisher erlebten Umgang mit dem Gesundheitssystem und verleiht der Eizellspende eine unmoralische Färbung. Im oben abgedruckten Zitat klingt jedoch darüber hinaus noch an, dass in Bezug auf den Profit die Gewinnspanne als übermäßig hoch eingeschätzt wird. Die „Architektur“ der Klinik und die „schönen“ Angestellten seien der sichtbare Ausdruck besonders hoher Profite. Diese Überlegungen haben Potential zu einer lohnenden Diskussion darüber, wieviel Gewinn ethisch vertretbar erscheint oder ob (und

wenn ja, wo) es diesbezüglich Grenzen geben sollte. Ein anderer Gedanke ist, dass gerade ein hoher finanzieller Handlungsspielraum Möglichkeiten eröffnen kann, die Versorgung der Patientinnen umfassender zu gestalten und auch psychosoziale Aspekte miteinzubeziehen, die erst als Folge der reproduktionsmedizinischen Behandlung auftreten. Dies kann z.B. in der Kooperation mit psychosozialen/psychotherapeutischen Fachkräften geschehen.

In der deutschsprachigen Literatur wird darauf hingewiesen, dass aus dem Gefühl, illegal zu handeln, bei Betroffenen „große Scham“ entstehe (Thorn, 2006, S. 174). Eine solche Scham wurde von keiner Interviewten explizit, jedoch indirekt thematisiert, was auf die Dynamik des Gefühls selbst zurückgeführt werden kann. Das soll heißen, wer sich der Behandlung schämt, schämt sich eventuell auch, die damit verbundene Scham anzusprechen. Das Ergebnis, dass viele Eltern dem eigenen Nachwuchs und dem sozialen Umfeld (außerhalb der Freunde und Verwandten) noch nicht von der Eizellspende berichten, könnte ein Verweis darauf sein, dass die Ergebnisse der Gespräche von Thorn (Thorn, 2006, S. 174) auch auf die hier untersuchte Population zutreffen. Möglicherweise ist die Scham ein guter Nährboden für ein soziales Tabu und könnte in der Folge zur Grundlage einer Entscheidung gegen die Aufklärung des Kindes werden.

Die Ergebnisse der Clusteranalyse zeigen, dass die Frauen des Clusters 1 sich von denen des Clusters 2 insbesondere dadurch unterscheiden, dass sie weniger als halb so viel Zeit dafür benötigten, eine Entscheidung bezüglich der Eizellspende zu treffen. Ihre medizinische Behandlung lag mit durchschnittlich drei Monaten auch erst kurz zurück, während bei den Frauen in Cluster 2 die Behandlung in der Regel bereits 1,5 Jahre her ist.

Die Frauen des Clusters 1 hatten eine weitaus geringere Bereitschaft, dem Kind von der Spende zu berichten und waren eher als die andere Gruppe der Ansicht, dass das Recht auf Kenntnis der Herkunft eines Kindes eine Entscheidung sei, die ausschließlich den Eltern zustehe. Zur Verdeutlichung der Unterschiede zwischen beiden Clustern sind die Ergebnisse in folgendem Balkendiagramm dargestellt.

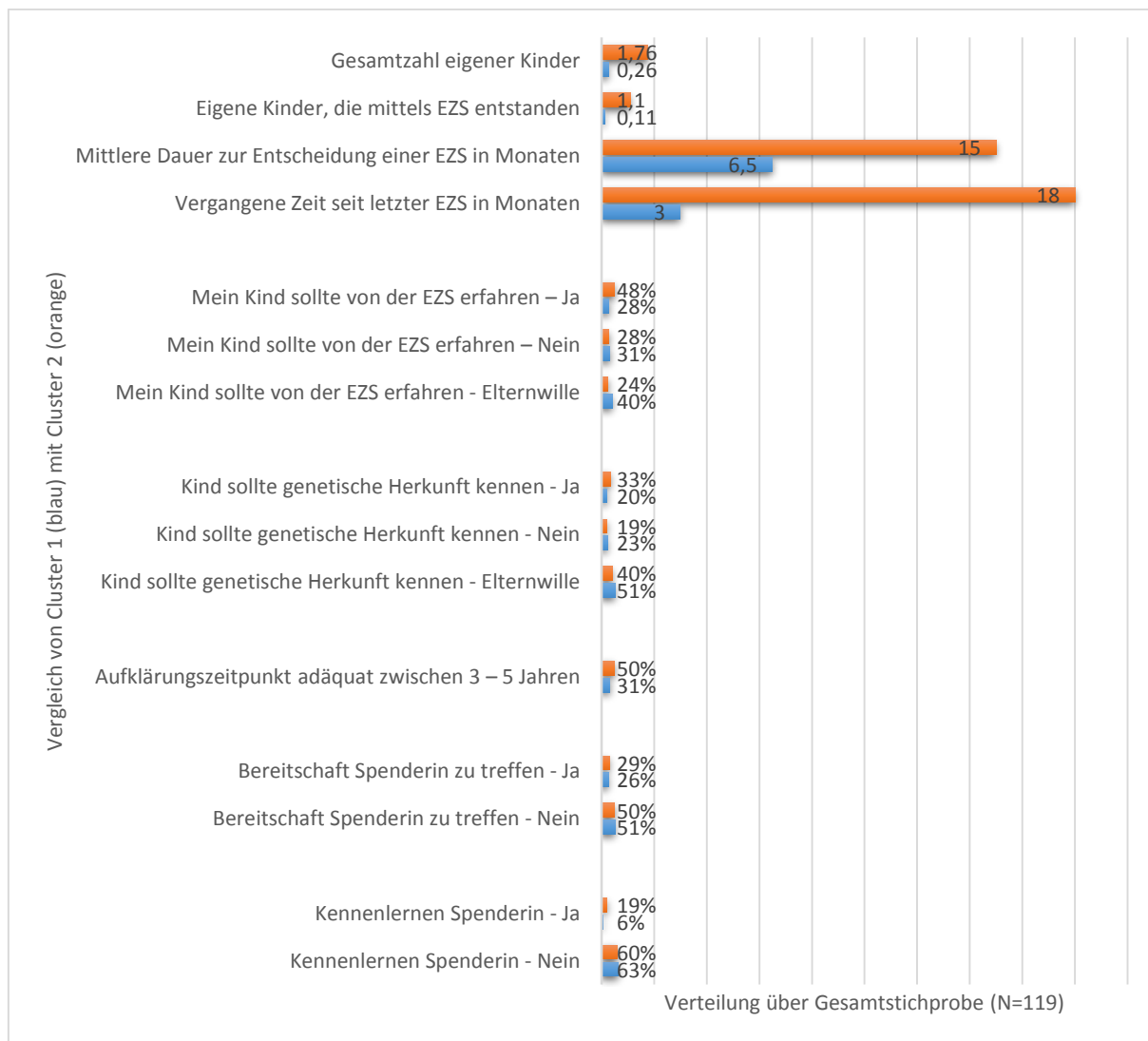


Abbildung 53: Ergebnisse Clusteranalyse – ausgewählte Variablen des Cluster 1. (blau) und Cluster 2. (orange) im Vergleich

Anhand der beiden Cluster sei die These aufgestellt, dass es sich um zwei verschiedene Frauengruppen handelt, die an einer jeweils anderen Stelle eines linear verlaufenden Entscheidungsprozesses stehen. Der Entscheidungsprozess wurde von Janke (2005, S. 91–92) im Rahmen von Interviews an Paaren entwickelt, die eine Donogene Insemination in Anspruch nahmen und ist daher mit dem Prozess von Frauen vergleichbar, die ebenfalls eine reproduktionsmedizinische Behandlung durchlaufen. Jener Prozess beschreibt den Verlauf der Entscheidung zur Aufklärung und lässt sich in folgende drei Phasen einteilen:

- 1. Phase: Ablehnung der Aufklärung
- 2. Phase: Moratorium
- 3. Phase: Entschluss zur Offenheit

Von Janke (2005) wurde mittels Interviews an DI-Paaren die These aufgestellt, dass die ungewollte Kinderlosigkeit und die reproduktionsmedizinische Behandlung bei einigen Paaren viel Energie absorbiert, weswegen sich etliche von ihnen zunächst ausschließlich auf die praktische Umsetzung des Kinderwunsches konzentrieren. Eine Aufklärung des Kindes über dessen Herkunft wird unter diesem verengten Fokus zunächst abgelehnt. Sobald die Belastung um die Zeugung nachlässt und Eltern sich im Alltag mit dem Kind und dessen Bedürfnissen näher auseinandersetzen, sich darüber hinaus mit ebenfalls Betroffenen austauschen sowie Fachliteratur konsumieren, kann sich ein Wandel bezüglich der Einstellung zur Aufklärung vollziehen. Jener Wandel läuft in den drei oben benannten Schritten ab.

Anhand des oben beschriebenen Drei-Phasen Modells sei die These aufgestellt, dass sich die weitaus offeneren Frauen des Clusters 2 eher im Moratorium oder auf dem Weg zum Entschluss zur Offenheit befinden, während die Frauen des Clusters 1 dahinter zurückliegen und sich eher in der Ablehnungsphase oder auf dem Weg zum Moratorium befinden. An dieser Stelle sei berücksichtigt, dass die Frauen beider Cluster hinsichtlich der Frage, wie weit die Eizellspende zurückliegt, lediglich ca. ein Jahr Differenz zueinander haben, also zeitlich (und damit auch in Bezug auf den Entwicklungsprozess zur Aufklärung) nicht allzu weit voneinander entfernt sind. Vor diesem Hintergrund wird es zu einigen Überschneidungen zwischen beiden Gruppen kommen. Die Nähe zueinander wird auch in der Einstellung zur Spenderin deutlich, die beide Gruppen mit der ungefähr gleichen Häufigkeit nicht treffen möchten. Die Entscheidung zur Offenheit stellte sich in der Lebensrealität der Paare, an denen das Phasenmodell erstellt wurde, auch erst mindestens ein bis zwei Jahre nach der Geburt des Kindes ein. Der Entscheidungsprozess benötigt also einige Zeit. Beide Gruppen haben unterschiedlich viel Zeit mit dem Entscheidungsprozess zur Eizellspende verbracht. Wie sich zeigt, ist die Gruppe (Cluster 1), welche (mit 6,5 Monaten) etwas weniger als halb so viel Zeit zur Entscheidung benötigte auch diejenige mit der geringeren Offenheit.

Unter der Voraussetzung, dass die These zutrifft, sind zukünftig zahlreiche aufklärungsbereite Paare mit anonymen Spenderinnen konfrontiert und haben deshalb eventuell einen Konflikt um das Bedürfnis ihres Nachwuchses nach Kenntnis der Identität dieser Frau auszutragen. Diesem Konflikt lässt sich am besten präventiv begegnen. Das ist entweder darüber möglich, dass bei Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Behandlung auch zu einer psychosozialen Beratung verpflichtet wird, die diesen Konflikt vorwegnimmt, indem sich Paare die Zeit zur Auseinandersetzung mit allen Folgen der Behandlung nehmen (müssen).

Der Vorschlag betrifft jedoch die fiktive Situation, dass die Eizellspende in Deutschland erlaubt ist. Das ist gegenwärtig nicht der Fall⁸⁶. Ein anderer Ansatzpunkt ist die von der Klinik initiierte Spendenpolitik, in deren Rahmen man auch unter Berücksichtigung des Anonymitätsbedürfnisses der Spenderin von einer völligen Anonymität absehen könnte. Das Ethik-Komitee der American Society for Reproductive Medicine (ASRM, 2009) beschreibt dazu z.B. drei verschiedene Level der Möglichkeit des Informationsaustausches (die in Kapitel 5.6 näher beschrieben werden). Die befragten Personen befinden sich jedoch in der Situation, dass ihnen die Daten zur Identität der Spenderin verwehrt werden. Insbesondere die Nachkommen können zukünftig ein starkes Interesse an Informationen zu ihrer Herkunft zeigen. Dieses Ungleichgewicht zwischen Bedürfnis und Realität birgt Konfliktpotential. Kinder die einer Samenspende entstammen sind häufig ebenfalls in der Situation, dass sie um die Art ihrer Entstehung wissen, jedoch die Identität des Spenders nicht in Erfahrung bringen dürfen. Aus den politischen Diskursen um Kinder die einer Samenspende entstammen, lassen sich Parallelen zu Eizellspendekindern und deren zukünftigen Diskursen ziehen.

In den USA haben sich bereits betroffene Eltern zusammengeschlossen und das Internet-Portal „The Donor Sibling Registry“ erstellt. Dieses ermöglicht es Nachkommen von Gametenspenden ihre Halbgeschwister und Spender/innen ausfindig zu machen. Seit dem Erscheinen der Seite im Netz im Jahre 2002 bis 2006 haben sich auf diese Weise bereits 2315 Halbgeschwister (und Spender) gefunden (Grosse, 2006). In Deutschland gibt es solche Initiativen noch nicht. Dennoch melden sich bereits seit längerem die aus der Donogenen Insemination entstandenen Nachkommen zu Wort. Von jenen gab es bereits 2007 erste Initiativen zur Klage auf Herausgabe der Spenderakten (Faigle, 2007).

Befürworter/innen eines offenen Umgangs mit den Spenderdaten berufen sich zumeist auf das im Grundgesetz verankerte Recht eines jeden Kindes auf Kenntnis seiner biologischen Herkunft. In einem Urteil vom 31.01.1989 bejahte das Bundesverfassungsgericht in einer Entscheidung das verfassungsrechtlich geschützte Recht eines jeden Menschen auf Kenntnis der eigenen Abstammung. Dies wird aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht (Art.2 Abs. 1 i.V.m. Art 1 Abs. 1 GG) abgeleitet.

Den Klageweg werden vermutlich auch einige Nachkommen einer Eizellspende anstreben. Die meisten Nachkommen einer Samenspende klagen jedoch als deutsche Staatsbürger/innen

⁸⁶ Gesetzlich verankert ist das Verbot im Embryonenschutzgesetz (EschG) vom 13.12.1990. Online -Quelle: Gesetze zur künstlichen Befruchtung. Gesetz zum Schutz von Embryonen. (Embryonenschutzgesetz – EschG). [Online]. Verfügbar unter: <http://www.gesetze-im-internet.de/eschg/>. [letzter Zugriff: 25.03.2014]. Nähere Informationen zur rechtlichen Lage können auch dem Kapitel 2. entnommen werden.

in Deutschland gegen deutsche reproduktionsmedizinische Praxen/Kliniken. Die Situation der Nachkommen einer Eizellspende gestaltet sich jedoch weitaus komplizierter. Im Falle einer Klage müssen sie gegen eine Klinik und Mediziner/innen in einem fremden Land über ein fremdes Justizsystem in einer ihnen fremden Sprache vorgehen. Darüber hinaus haben z.B. Klagen in Spanien im Gegensatz zu Deutschland eine längere Verfahrensdauer und höhere Kosten für Anwälte/Anwältinnen. Vor diesem Hintergrund sei auf dringenden Handlungsbedarf bezüglich des Umgangs mit Fragen der Identität der Eizellspenderin bei deutschen Patientinnen hingewiesen. Es bleibt zu hoffen, dass Untersuchungen wie die vorliegende dazu beitragen, das Phänomen zu benennen und Unterstützung für Betroffene (in Form von strukturellen Änderungen und psychosozialer Unterstützung) zu mobilisieren.

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich erkläre an Eides statt, dass ich diese Dissertation selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen nicht benutzt und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Bei Verwendung von Inhalten aus dem Internet habe ich diese gekennzeichnet und mit Datum sowie der Internet-Adresse (URL) ins Literaturverzeichnis aufgenommen.

Diese Arbeit hat keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

Ich bin mit der Einsichtnahme im Universitätsarchiv der Freien Universität Berlin und auszugsweiser Kopie einverstanden. Alle übrigen Rechte behalte ich mir vor. Zitate sind nur mit vollständigen bibliographischen Angaben zulässig.

Berlin, den 31.03.2014.....

10. Literaturverzeichnis

Adoptionsvermittlungsgesetz (AdVermiG). Verordnung über die Anerkennung von Adoptionsvermittlungsstellen in freier Trägerschaft sowie die im Adoptionsvermittlungsverfahren zu erstattenden Kosten. Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH. www.juris.de. [Online]. Verfügbar unter: <http://www.gesetze-im-internet.de/advermistankov/> [letzter Zugriff: 25.03.2014].

Adsuar, N.; Zweifel, J. E.; Davidson, M. A.; Olive, D. L.; Lindheim, S. R. (2005) Assessment of wishes regarding dispositions of oocytes and embryo management among ovum donors in an anonymous egg donation program. *Fertility Sterility*, 84 (5), 1513–1516.

Agnihotri Gupta J. (2000): *New Reproductive Technologies, Women's Health and Autonomy*. Indo-Dutch Studies on Development Alternatives 25. London (Sage Publications).

Ahuja, K. K.; Mostyn, B. J. & Simons, E. G. (1997). Egg sharing and egg donation: attitudes of British egg donors and recipients. *Human Reproduction*, 12 (12), 2845–2852. ((doppelt))

Ahuja, K. K.; Simons, E. G.; Nair, S.; Rimington, M. R. & Armar, N. A. (2003): Minimizing risk in anonymous egg donation. *Reproductive Biomedicine Online*, 7 (5), 504–505.

Ahuja, K.; Simons, E. G. & Edwards, R. (1999): Money, morals and medical risks: conflicting notions underlying the recruitment of egg donors. *Human Reproduction*, 14 (2), 279–284

Ahuja, K. K.; Simons, E. G.; Mostyn, B. J.; Bowen-Simpkins, P. (1998): An assessment of the motives and morals of egg share donors: policy of „payments“ to egg donors requires a fair review. *Human Reproduction*, 13 (10), 2671–2678.

Ahuja, K.; Mostyn, B. & Simons, E. G. (1997): Egg sharing and egg donation: attitudes of British egg donors and recipients. *Human reproduction*, 12, 2845 – 2852

Ainsworth, M.; Bleher, M.; Waters, E. & Wall, S. (1978): *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation* New York: Erlbaum.

Ainsworth, M. D. S. (1985): Mutter-Kind-Bindungsmuster: Vorausgegangene Ereignisse und ihre Auswirkungen auf die Entwicklung. In K. E. Grossmann & K. Grossmann (Hrsg.), *Bindung und menschliche Entwicklung* (S. 317–340).

Ainsworth, M. D. S.; Blehar, M. C.; Waters, E.; Wall, S. (1978): *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. New Jersey: Hillsdale.

Ainsworth, M. D. S. (1974): Die Interaktion zwischen Mutter und Säugling und die Entwicklung von Kompetenz. In K. E. Grossmann & K. Grossmann (Hrsg.), *Bindung und menschliche Entwicklung* (S. 217–241).

- Alexander, B. B.; Rubinstein, R. L.; Goodman, M. (1992): A path not taken: A cultural analysis of regrets and childlessness in the lives of older women. *Gerontologist*, 32, 618–626.
- Allison, J. R. (1979). Roles and role conflict of women in infertile couples. *Psychol. Women Quart.* 4, 97–113.
- Altmark, D.; Tomer, R. & Sigal, M. (1987): Psychotic episode induced by ovulation-initiating treatment. *Israel Journal of medical sciences*, 23, 1156–1157.
- American Society for Reproductive Medicine (2004): Informing offspring of their conception by gamete donation. *Fertility Sterility*, 82, 212–216.
- American Society for Reproductive Medicine (2004): Informing offspring of their conception by gamete donation. *Fertility Sterility*, 81, 527–531.
- American Society for Reproductive Medicine (2006): Guidelines for oocyte donation. *Fertility Sterility*, 86, 43–46.
- American Society for Reproductive Medicine Ethics Committee Report. (2007): Financial compensation of oocyte donors. *Fertility Sterility*, 88 (2), 305–309.
- American Society for Reproductive Medicine Ethics Committee Report. (2009): Interests, obligations, and rights of the donor in gamete donation. *Fertility and Sterility*, 91 (1), 22–27.
- American Society for Reproductive Medicine Ethics Committee Report. (2012): Using family members as gamete donors or surrogates. *Fertility and Sterility*, 98 (4), 797–803.
- Ammon, von F. A. (1851): Die ersten Mutterpflichten und die erste Kinderpflege. Zur Belehrung junger Frauen und Mütter. Dresden.
- Andrews, B. & Tiefel, H. O. (1985): When baby's mother is also grandma and sister. *Hastings Center Report*, 15, 29–31.
- Andrijasevic, R. (2007): Das zur Schau gestellte Elend: Gender, Migration und Repräsentation in Kampagnen gegen Menschenhandel. In Forschungsgruppe Transit Migration (Hrsg.), *Turbulente Ränder: Neue Perspektiven auf Migration an den Grenzen Europas* (S. 121–140). Bielefeld: Transcript.
- Apfel, R. J. & Keylor, R. G. (2002): Psychoanalysis and Infertility. Myths and Realities. *International Journal of Psychoanalysis*, 83, 85–103.
- Applegarth, L.; Goldberg, N. C.; Cholst, I.; McGoff, N.; Fantini, D.; Zellers, N.; Black, A. & Rosenwaks, Z. (1995): Families created through ovum donation: A preliminary investigation of obstetrical outcome and psychological adjustment. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 12 (9), 574–580.
- Arieli, Y. (2002): On the Necessary and Sufficient Conditions for the Emergence of the Doctrine of the Dignity of Man and His Rights. In D. Kretzmer & E. Klein (Hrsg.), *The Concept of Human Dignity in Human Rights Discourse* (S. 1–18). New York: Aspen Publishers.

- Aries, P. (1984): *Geschichte der Kindheit*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH & Co. KG.
- Arnold, K. (1980): *Kind und Gesellschaft in Mittelalter und Renaissance*. Paderborn: Schöningh.
- Aronson, H. G. & Glienke, C. F. (1963): A Study of the Incidence of Pregnancy Following Adoption. *Fertility & Sterility*, 14: 547–553.
- Arronet, G. H.; Bergquist, C. A.; Parekh, M. C. (1974): The influence of adoption on subsequent pregnancy in infertile marriage. *International Journal of Fertility*, 19, 159–162.
- Auhagen-Stephanos, U. (1989) Zur Psychosomatik der weiblichen Sterilität. *Praxis Psychotherapie Psychosomatik*, 34: 184–194.
- Bach, R. (2006): Adoptionsbegleitung – eine defizitäre Pflichtaufgabe. In H. Paulitz (Hrsg.): *Adoption. Positionen Impulse Perspektiven*. (S. 94–100). München: Verlag C. H. Beck.
- Backhaus, K.; Erichson, B.; Plinke, W. und Weiber, R. (2003): *Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung* (10. Aufl.), Berlin: Springer.
- Badinter, E. (1984): *Die Mutterliebe. Geschichte eines Gefühls vom 17. Jahrhundert bis heute*. München: Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH & Co. KG.
- Baetens, P.; Devroey, P.; Camus, M.; Van Steirteghem, A. C. & Ponjaert-Kristoffersen (2000). Counselling couples and donors for oocyte donation: the decision to use either known or anonymous oocytes. *Human Reproduction*, vol. 15 (2), 476–484
- Baetens, P.; Ponjaert-Kristoffersen, I.; Devroey, P. & Van Steirteghem, A. C. (1995): Artificial insemination by donor: an alternative for single women. *Human Reproduction*, 10, 1537–1542.
- Balloff, R. (2004): *Kinder vor dem Familiengericht*. München: Ernst Reinhardt.
- Banks, A. L. (1962): Does adoption affect infertility? *International Journal Fertility*, 7, 23–28.
- Baran, A. & Pannor, R. (1993): *Lethal secrets*. 2nd ed. New York: Amistad.
- Bartsch, W. (2002): Ein Meister aus Deutschland – der Anatom und Gynäkologe Hermann Stieve. *Ärzteblatt Sachsen-Anhalt* [Online]. Verfügbar unter: http://www.aerzteblatt-sachsen-anhalt.de/02/index2.php?option=com_content&task=v... [09.02.2008].
- Bates, J. E.; Maslin, C. A.; Frankel, K. A. (1985): Attachment security, mother-child interaction, and temperament as predictors of behavior problem ratings at age three years. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50: 167–193.
- Baumann-Hölzle, R. (2001): Elternschaft außerhalb der Ehe: Ethische Gesichtspunkte unter Berücksichtigung des Wohles der Kinder. In: Bundesministerium für Gesundheit. *Fortpflanzungsmedizin in Deutschland. Wissenschaftliches Symposium des*

Bundesministeriums für Gesundheit in Zusammenarbeit mit dem Robert-Koch-Institut vom 24. bis 26. Mai 2000 in Berlin. Band 123 (S. 163-168). Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Beck, S. (2007): Globalisierte Reproduktionsregimes: Anmerkungen zur Emergenz biopolitischer Handlungsräume. In: Beck, S.; Cil, N.; Hess, S.; Klotz, M. & Knecht, M. (Hrsg.): Verwandtschaft machen. Reproduktionsmedizin und Adoption in Deutschland und der Türkei. Sonderheft der Berliner Blätter – Ethnographische und ethnologische Beiträge, 42. Berlin (LIT), S. 124–151.

Beck-Gernsheim, E. (1990): Die Kinderfrage. Frauen zwischen Kinderwunsch und Unabhängigkeit. München: Verlag C. H. Beck.

Beeson, D. R.; Jennings, P. K. & Kramer, W. (2011): Offspring searching for their sperm donors: how family type shapes the process. *Human Reproduction*, 26, 2415–2424.

Beham, M. (1998):. Lebenslanger Verzicht auf Kinder oder späte Mutterschaft? Über die Wahlfreiheit und den biografischen „Nicht“-Entscheidungsprozeß von kinderlosen Frauen und späten Müttern ab 35 Jahren. Dissertation. Linz.

Bell, J. E. & Eisenberg, N. (1985): Life satisfaction in midlife childless an empty – nest men and women. *Lifestyles*, 7,146–155.

Bendek, T. (1985): Die Funktionen des Sexualapparates und ihre Störungen. S. 170–210. In: Alexander, F. (Hrsg.) *Psychosomatische Medizin. Grundlagen und Anwendungsgebiete*. Berlin, New York: de Gruyter.

Berg, G. (2008): Eizellspende – eine Chance für wen? In: Bockenheimer-Lucius, G.; Thorn, P.; Wendehorst, C. (Hrsg.): *Umwege zum eigenen Kind. Ethische und rechtliche Herausforderungen an die Reproduktionsmedizin 30 Jahre nach Louise Brown*. Göttinger Schriften zum Medizinrecht. Göttingen: Universitätsverlag.

Berghuis, J. P.; Stanton, A. (2002): Adjustment to a dyadic stressor: A lomgitudinal study of coping and depressive symptoms in infertile couples over an insemination attempt. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 433–438.

Bergmann, S. (2011): Fertility Tourism: Circumventive Routes That Enable Access to Reproductive Technologies and Substances. *Journal of Women in Culture and Society*. 36 (2), 280–289.

Berryman, J. C. & Windridge, K. C. (1991 a): Having a baby after 40 I: A preliminary investigation of women’s experience of pregnancy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 9, 3–18.

Berryman, J. C. & Windridge, K. C. (1991 b): Having a baby after 40 II: A preliminary investigation of women’s experience of pregnancy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 9, 19–33.

Bettelheim, B. (1980). Kinder brauchen Märchen. München: Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH & Co KG.

Beyer, K.; Dye, L.; Bengel, J.; Strauß, B. (2004): Bewältigung des unerfüllten Kinderwunsches. *Psychotherapeut*, 5 (49), 331–340.

Beeson, D. R.; Jennings, P. K. & Kramer, W. (2011): Offspring searching for their sperm donors: how family type shapes the process. *Human Reproduction*, 26, 2415–2424.

Bertrand-Servais, M.; Letur-Könirsch, H.; Raoul-Duval, A. & Frydman, R. (1993). Psychological considerations of anonymous oocyte donation. *Human Reproduction*, 8 (6), 874–879.

BIB (2012 a): Durchschnittliches Alter der Mütter bei Geburt des 1. Kindes in der bestehenden Ehe in Deutschland, West- und Ostdeutschland, 1960–2009. [Online]. Verfügbar unter:

http://www.bib-demografie.de/cIn_090/nn_1881710/DE/DatenundBefunde/06/Abbildungen/a__06__18__durchschnittl__alter__muetter__geburt__1kind__best__ehe__d__w__o__1960__2009.html [17.05.2012].

BIB (2012 b): Durchschnittliches Alter der Mütter bei Geburt ihrer ehelichen bzw. nichtehelichen Kinder in Deutschland, West- und Ostdeutschland 1990, 2000 und 2009. [Online]. Verfügbar unter:

http://www.bib-demografie.de/cIn_090/nn_1881710/DE/DatenundBefunde/06/Abbildungen/a__06__17__durchschnittl__alter__muetter__geburt__ehel__nichtehel__kinder__d__w__o__1990__2000__2009.html [17.05.2012].

BICA (2006): Guidelines for Good Practice in Infertility Counselling. London: BICA Publications.

Bielefeldt, H. (1998): Philosophie der Menschenrechte. Grundlagen eines weltweiten Freiheitsethos. Darmstadt: Primus Verlag.

Bielefeldt, H. (2009): Philosophie der Menschenrechte. Grundlagen eines weltweiten Freiheitsethos. Norderstedt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

Bindt, C.; Berger, M.; Ohlsen, K. (2000): Parenthood and child development after IVF – do new reproductive techniques create families at risk? *Journal of Infant Mental Health*, Congress of the World Association of Infant Mental Health, Montreal 2000, Abstract Book.

Bindzus, D. & Musset, K. H. (1999): Das Kindschaftsverhältnis. In Bindzus, D. & Musset, K. H. (Hrsg.): *Grundzüge des Jugendrechts, Lehrbücher für Wirtschaft und Recht*. (S. 12 Rdnr. 103) München: Vahlen.

Bittman, M. & Rice, J. M. (2000): The rush our: the character of leisure, time and gender equity, *Social Forces*, 79 (1), 165–189.

BKiD: Richtlinien „Psychosoziale Beratung bei unerfülltem Kinderwunsch“ (PB-Richtlinien von BKiD). In: Kleinschmidt, D.; Thorn, P.; Wischmann, T. eds??? (2008): *Kinderwunsch und professionelle Beratung. Das Handbuch des Beratungsnetzwerkes Kinderwunsch Deutschland (BKID)*. Stuttgart: Kohlhammer; S. 117–121.

- Blandow, J. (1999): Versorgungseffizienz im Pflegekinderwesen. In: Colla, H.; Gabriel, T.; et al. (Hrsg.). *Handbuch Heimerziehung und Pflegekinderwesen in Europa*. Neuwied: Luchterhand, 757–772.
- Blandow, J. (2004): *Pflegekinder und ihre Familien. Geschichte, Situation und Perspektiven des Pflegekinderwesens*. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Bleich, C. (1996): *Übergang zur Elternschaft: Die Paarbeziehung unter Stress?* Frankfurt: Verlag für Akademische Schriften.
- Blyth, E. & Golding, B. (2008): Egg sharing: a practical and ethical option in IVF? *Expert Review of Obstetrics and Gynecology*, 3, 465–473.
- Blyth, E. (2004): Patient experiences of an egg sharing programme. *Human Fertility*, 7, 157–162.
- Blyth, E. (2002): Subsidized IVF: the development of „egg-sharing“ in the UK. *Human Reproduction*, 17, 3254–3259.
- Blyth, E. (2001): Guidance for egg-sharing arrangements: redefining the limits of information – giving in donor assisted conception. *Reproduction Biomedicine Online*, 3, 45–47.
- Blyth, E. (1995): „Not a pimple path“: commissioning parents’ experiences of surrogacy arrangements in Britain. *Journal reproductive and infant psychology*. 13, 185–196.
- Boeger, A.; Gnatzy, A. & Sahlmann, M. (1999): Bewältigungsreaktionen nach erfolgloser Sterilitätsbehandlung. *Report Psychologie*, 5, 367–375.
- Boivin, J.; Kentenich, H. (2002): *Guidelines for counselling in infertility*. ESHRE Monographs, Oxford University Press.
- Boivin, J. (2003): A review of psychosocial interventions in infertility. *Social Science & Medicine*, 57, 2325–2341.
- Bok, S. (1982): *Secrets*. New York: Pantheon.
- Bortz, J. & Döring, N. (2002): *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. (3. Aufl.), Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Bortz, J. & Döring, N. (2006): *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. (4. Aufl.), Berlin Heidelberg: Springer Verlag.
- Bowdin, S.; Allen, C.; Kirby, G.; Brueton, L.; Afnan, M.; Barratt, C.; Kirkman-Brown, J.; Harrison, R.; Maher, E. R.; Reardon, W. (2007). A survey of assisted reproductive technology births and imprinting disorders. *Human Reproduction*, 22 (12), 3237–3240.
- Bowlby, J. (1951): Maternal Care and Mental Health. *Bulletin of the World Health Organization*, 3, S. 355–534.
- Bowlby, J. (1972): *Mutterliebe und kindliche Entwicklung*. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Bowlby, J. (1982): Attachment and loss. Volume 1: Attachment (2nd edn). New York: Basic Books.

Bowlby, J. (2001): Frühe Bindung und kindliche Entwicklung. 4. Auflage, München Basel: Ernst Reinhardt GmbH & Co KG.

Brähler, E.; Stöbel-Richter, Y.; Huinink, J. & Glander, H. J. (2001): Zur Epidemiologie gewollter und ungewollter Kinderlosigkeit in Ost- und Westdeutschland. *Reproduktionsmedizin*, 17, 157–162.

Brähler, E.; Stöbel-Richter, Y.; Finck, C.; Meister, U. (2004): Die Einstellung der Deutschen zur Reproduktionsmedizin und zur Präimplantationsdiagnostik. Pressekonferenz am Donnerstag den 29.01.2004.

Braverman, A. M. (1993): Ovum Donor Task Force of the Psychological Special Interest Group of the American Fertility Society. Survey results on the current practice of ovum donation. *Fertility Sterility*, 59, 1216–1220.

Bretherton, I. (1987): New perspectives on attachment relations: security, communication, and internal working models. S. 1061–1100. In: Osofsky, J. (Hrsg.), *Handbook of infant development*. New York.

Brewaeyns, A.; de Bruyn, J.; Louwe, L.; Helmerhorst, F. (2005): Anonymous or identity-registered sperm donors? A study of Dutch recipients' choices. *Human Reproduction*, 20, 820–824.

Brewaeyns, A.; Golombok, S.; Naaktgeboren, N.; de Bruyn, J. K. & Van Hall, E. V. (1997): Donor insemination: Dutch parent's opinions about confidentiality and donor anonymity and the emotional adjustment of their children. *Human Reproduction*, 12, 1591–1597.

Brewaeyns, A.; Ponjaert, I.; Van Steirteghem, A. & Devroey, P. (1993): Children from anonymous donors, an inquiry into homosexual and heterosexual parents attitudes. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 14, 23–35.

Brinich, P. M. & Brinich, E. B. (1982): Adoption and adaptation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 170, 489–493.

Brisch, K. H. (2005): Bindungsstörungen. Von der Bindungstheorie zur Therapie. Stuttgart: Klett-Cotta.

Brkovic, A. M.; Fisher, W. A. (1998): Psychological distress and infertility: forty years of research. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 19, 218–228.

Brodzinski, D. M. & Pinderhughes, E. (2002): Parenting and child development in adoptive families. In M. Bornstein (Hrsg.), *Handbook of parenting*. 2nd ed (Vol 1), (S. 279–313). New York: Lawrence Erlbaum Associates.

Brodzinski, D. M.; Smith, D. W.; Brodzinsky, A. B. (1998): Children's adjustment to adoption. Developmental and clinical issues. London: Sage Publications.

- Brownmiller, S. (1984): *Weiblichkeit*. Frankfurt am Main: Fischer Verlag.
- Buchan, W. (1797): *Domestic Medicine, or A Treatise on the Prevention and Cure of Diseases* (ed. 6). London: Orlando Verlag.
- Bühl, A. (2012): *SPSS 20. Einführung in die moderne Datenanalyse* 13. Aufl., München: Pearson.
- Bühl, A. & Zöfel, P. (2002): *SPSS 11. Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows*. 8. Aufl., München: Pearson.
- Bundesdatenschutzgesetz (BDSG). Bundesdatenschutzgesetz. Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH - www.juris.de. [Online]. Verfügbar unter: http://www.gesetze-im-internet.de/bdsg_1990/index.html [letzter Zugriff: 25.03.2014].
- Büning, H. und Trenkler, G. (1994): *Nichtparametrische statistische Methoden* 2. Aufl., Berlin: Walter de Gruyter.
- Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in der Fassung der Bekanntmachung vom 02.01.2002 (BGBl. 1 S.42).
- Bürgerliches Gesetzbuch (BGB). Bürgerliches Gesetzbuch. Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH www.juris.de. [Online]. Verfügbar unter: <http://www.gesetze-im-internet.de/bgb/> [letzter Zugriff: 25.03.2014].
- Cahill, L. S. (1996): Moral concerns about institutionalized gamete donation. In C. B. Cohen (Hrsg.), *New Ways of Making Babies: The Case of Egg donation*. Indianapolis: Indiana University Press.
- Cancik, H. (2002): Dignity of Man and Persona in Stoic Anthropology: Some Remarks on Cicero. In D. Kretzmer & E. Klein (Hrsg.): *The Concept of Human Dignity in Human Rights Discourse* (S. 19–40). New York: Aspen Publishers.
- Cantwell, H. B. (2002). Kindesvernachlässigung – ein vernachlässigtes Thema. In: Helfer, N. E.; Kempe, R. S.; Krugman R. D. (Hrsg.): *Das misshandelte Kind*. Frankfurt: Suhrkamp, 513–556.
- Cashman, F. F. E. & Sheppard, R. R. (1982): Clomiphene citrate as a possible cause of psychosis. *Canadian Medical Association Journal*, 126, 118.
- CBCR (2009): First Invitational International Forum on Cross-Border Reproductive Care: Quality and Safety. *Forum Report*. [Online]. Verfügbar unter: http://www.ahrc-pac.gc.ca/v2/pubs/alt-formats/pdf/pubs/cbrc_sgt_forum_rpt-eng.pdf [04.06.11].
- Chanska, W. (2005): Reproduktionstechnologien – Stand der Debatte. In Hofmann, H. (Hrsg.): *Biopolitik Grenzenlos. Stimmen aus Polen*. (S. 19–50). Herbolzheim: Centaurus Verlag.

- Choi, S. H.; Shapiro, H.; Robinson, G. E.; Irvine, J.; Neuman, J.; Rosen, B.; Murphy, J. & Steward, D. (2005). Psychological side-effects of clomiphene citrate and human menopausal gonadotrophin. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 26, 93–100.
- Cicquel, C.; Gaston, V.; Mandelbaum, J.; Siffroi, J. P.; Flahault, A.; Le Bouc, Y. (2003): In vitro fertilization may increase the risk of Beckwith-Wiedemann syndrome related to the abnormal imprinting of the KCNQ1OT gene. *Am J Hum Genet*, 72, 1338–1341.
- Cirisan, W. & Schultze, S. (2004): *The very spezial ducklings (A very simple story about egg donation)*. Canada: Trafford Publishing.
- Clamar, A. (1989). Psychological implications of the anonymous pregnancy. In Offerman-Zuckerberg, J. (Hrsg.): *Gender in Transition. A New Frontier* (S. 111–121). New York: Plenum Press.
- Clauser, G. (1972): *Die moderne Elternschule*. 3. Auflage. Freiburg im Breisgau: Herder Druck.
- Colpin, H.; de Munter, A.; Nys, K.; Vandermeulebroecke, L. (1999): Parenting stress and psychosozial well – being among parents with twins conceived naturally or by reproductive technology. *Human Reproduction*, 14: 3131–3137.
- Colpin, H. & Soenen, S. (2002): Parenting and psychosozial development of IVF children: a follow – up study. *Human Reproduction*, 17: 1111–1123.
- Connidis, I. & Mc Mullin, J. (1993): Getting of the house: The effect of childlessness on social participation and companionship in later life. *Canadian Journal of Aging*, 11, 370–386.
- Coropecyj-Cox, T. (1998): Loneliness and Depression in the Middle and Old Age: Are the Childlessness More Vulnerable? *Journal of Gerontology and Social Sciences*, 6, 303–313.
- Covington, S. N.; Hammer Burns, L. (2006): *Infertility counseling. A comprehensive handbook for clinicians* (2. ed.). London/New York: Cambridge University Press.
- Cox, G. F.; Burger, J.; Lip, V.; Mau, U. A.; Sperling, K.; Wu, B. L. Horsthemke, B. (2002): Intracytoplasmic sperm injection may increase the risk of imprinting defects. *Am J Hum Genet*, 71, 162–164.
- Craft, I. (2005): Will removal of anonymity influence the recruitment of egg donors? A survey of past donors and recipients. *Reproductive Biomedicine Online*, 10 (3), 325–329.
- Cranley, M. S. (1981): Development of a tool for the measurement of maternal – fetal attachment during pregnancy. *Nursing Research*, 30, 281–284.
- Crawshaw, M. (2008): Prospective parents intentions regarding disclosure following the removal of donor anonymity. *Human Fertility*, 11, 95–100.
- Cresswell (2003). *Research Design – qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. Thousand Oaks: Sage

- Cropley, A.J. (2011). *Qualitative Forschungsmethoden. Eine praxisnahe Einführung* (4. Auflage). Magdeburg: Koltz Verlag
- Daniels, K. (2004): Building a family with the assistance of donor insemination. New Zealand: Dunmore Press.
- Daniels, K. (2005): Is blood really thicker than water? Assisted reproduction and its impact on our thinking about family. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 26, 265–270.
- Daniels, K. R.; Grace, V. M.; Gillett, W. R. (2011): Factors associated with parents' decisions to tell their adult offspring about the offspring's donor conception. *Human Reproduction*, 26 (10), 2783–2790.
- Daniels, K.; Gillet, W. & Grace, V. (2009): Parental information sharing with donor insemination conceived offspring: a follow-up study. *Human Reproduction*, 24, 1099–1105.
- Daniels, K. & Meadows, L. (2006): Sharing information with adults conceived as a result of donor insemination. *Human Fertility*, 9, 93–99.
- Daniels, K. R. & Thorn, P. (2001): Sharing information with donor insemination offspring. A child conception versus a family – building approach. *Human Reproduction*, 16, 1792–1796.
- Daniels, K. & Taylor, K. (1993): Secrecy and openness in donor insemination. *Politics Life Sciences*, 12, 155–170.
- Daniels, K. & Taylor, K. (1993): Secrecy and openness in donor insemination. *Politics life sciences journal*, 12, 155–170.
- Daniluk, J. C. (1997): Gender and infertility. In: Leiblum, S. (Hrsg.): *Infertility: Psychological Issues and Counseling Strategies*, S. 103–125, New York: John Wiley & Sons.
- DeBaun, M. R.; Niemitz, E. L.; Feinberg, A. P. (2003); Association of in vitro fertilization with Beckwith-Wiedemann syndrome and epigenetic alterations of LIT1 and H19. *Am J Hum Genet*, 72, 156–160.
- De Beauvoir, S. (1999): *Das andere Geschlecht. Sitte und Sexus der Frau*. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH.
- De Klerk, C.; Hunfeld, J. A. M.; Heijnen, E. M. E. W.; Eijkemans, M. J. C. & Fauser, B. C. J. M. (2008): Low negative affect prior to treatment is associated with a decreased chance of live birth from a first IVF cycle. *Human Reproduction*, 23 (1), 112–116.
- De Liz, T. M. & Strauss, B. (2005): Differential efficacy of group and individual/couple psychotherapy with infertile patients. *Human Reproduction*, 20 (5), 1324–1332.
- De Mause, L. (1994): *Hört ihr die Kinder weinen. Eine psychogenetische Geschichte der Kindheit*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- De Mouzon, J.; Goossens, V.; Bhattacharya, S.; Castilla, J. A.; Ferraretti, A. P.; Korsak, V.; Kupka, M.; Nygren, K. G.; Nyboe Andersen, A.; The European IVF-monitoring (EIM) Consortium, for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE)

(2010). Assisted reproductive technology in Europe, 2006: results generated from European registers by ESHRE. *Human Reproduction*, 00 (0), 1–12.

Denzin, N. K. (1978). *The Research Act. A Theoretical Introduction to Sociological Methods*. New York: Mc Graw Hill.

Denzin, N.K. (1989). *The research Act*. Third Edition. New York: McGraw Hill

De Paulo, B. M. (1992): Nonverbal behaviour and self-presentation. *Psychological Bulletin*, 111, 203–243.

Dettenborn, H. & Walter, E. (2002): *Familienrechtspsychologie*. München Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

Diedrich, K.; Felberbaum, R; Griesinger, G; Hepp, H.; Kreß, H.; Riedel, U. (2008): *Reproduktionsmedizin im internationalen Vergleich. Wissenschaftlicher Sachstand, medizinische Versorgung und gesetzlicher Regelungsbedarf. Gutachten im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung*. Bonner Universitäts-Buchdruckerei: bub.

DIR (1991): Deutsches IVF-Register. Behandlungsergebnisse 1991. VI. Treffen deutschsprachiger IVF-Gruppen [Online]. <http://www.deutsches-ivf-register.de/pdf-downloads/dirjahrbuch1991.pdf> [21.01.2012].

DIR (1992): Deutsches IVF-Register. Behandlungsergebnisse 1992. VII. Treffen deutschsprachiger IVF-Gruppen. [Online]. <http://www.deutsches-ivf-register.de/pdf-downloads/dirjahrbuch1992.pdf> [21.01.2012].

DIR (1993): Deutsches IVF-Register. Behandlungsergebnisse 1993. VIII. Treffen deutschsprachiger IVF-Gruppen [Online]. <http://www.deutsches-ivf-register.de/pdf-downloads/dirjahrbuch1993.pdf> [21.01.2012].

DIR (1994): Deutsches IVF-Register. Behandlungsergebnisse 1994. IX. Treffen deutschsprachiger IVF-Gruppen [Online]. <http://www.deutsches-ivf-register.de/pdf-downloads/dirjahrbuch1994.pdf> [21.01.2012].

DIR (1995): *IVF-Jahrbuch 1995. Anlässlich des X. Jahrestreffens in Freiburg* [Online]. <http://www.deutsches-ivf-register.de/pdf-downloads/dirjahrbuch1995.pdf> [21.01.2012].

DIR (1996): Deutsches IVF-Register. *Jahrbuch 1996* [Online]. Verfügbar unter: <http://www.deutsches-ivf-register.de/pdf-downloads/dirjahrbuch1996.pdf> [21.01.2012].

DIR (1997): Deutsches IVF-Register. *Jahrbuch 1997* [Online]. Verfügbar unter: <http://www.deutsches-ivf-register.de/pdf-downloads/dirjahrbuch1997.pdf> [21.01.2012].

DIR (1998): Deutsches IVF-Register. *Jahrbuch 1998* [Online]. Verfügbar unter: <http://www.deutsches-ivf-register.de/pdf-downloads/dirjahrbuch1998.pdf> [21.01.2012].

DIR (1999): Deutsches IVF-Register. *Jahrbuch 1999* [Online]. Verfügbar unter: <http://www.deutsches-ivf-register.de/pdf-downloads/dirjahrbuch1999.pdf> [21.01.2012].

- DIR (2000): Deutsches IVF-Register. Jahrbuch 2000 [Online]. Verfügbar unter: <http://www.deutsches-ivf-register.de/pdf-downloads/dirjahrbuch2000.pdf> [21.01.2012].
- DIR (2001): Deutsches IVF-Register. Jahrbuch 2001 [Online]. Verfügbar unter: <http://www.deutsches-ivf-register.de/pdf-downloads/dirjahrbuch2001.pdf> [21.01.2012].
- DIR (2002): Deutsches IVF-Register. Jahrbuch 2002 [Online]. Verfügbar unter: <http://www.deutsches-ivf-register.de/pdf-downloads/dirjahrbuch2002.pdf> [21.01.2012].
- DIR (2003): Deutsches IVF-Register. Jahrbuch 2003 [Online]. Verfügbar unter: <http://www.deutsches-ivf-register.de/pdf-downloads/dirjahrbuch2003.pdf> [21.01.2012].
- DIR (2004): Deutsches IVF-Register. Jahrbuch 2004 [Online]. Verfügbar unter: <http://www.deutsches-ivf-register.de/pdf-downloads/dirjahrbuch2004.pdf> [21.01.2012].
- DIR (2005): Deutsches IVF-Register. Jahrbuch 2005 [Online]. Verfügbar unter: <http://www.deutsches-ivf-register.de/pdf-downloads/dirjahrbuch2005.pdf> [21.01.2012].
- DIR (2006): Deutsches IVF-Register. Jahrbuch 2006 [Online]. Verfügbar unter: <http://www.deutsches-ivf-register.de/pdf-downloads/dirjahrbuch2006.pdf> [21.01.2012].
- DIR (2007): Deutsches IVF-Register. Jahrbuch 2006 [Online]. Verfügbar unter: http://www.meb.uni-bonn.de/frauen/DIR_downloads/dirjahrbuch2006.pdf [05.05.2008].
- DIR (2008): Deutsches IVF-Register. Jahrbuch 2008 [Online]. Verfügbar unter: <http://www.deutsches-ivf-register.de/pdf-downloads/dirjahrbuch2008.pdf> [21.01.2012].
- DIR (2009): Deutsches IVF-Register. Jahrbuch 2009. Modifizierter Nachdruck aus: *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie* 2010; 7 (6): 470-497. [Online]. Verfügbar unter: <http://www.deutsches-ivf-register.de/pdf-downloads/dirjahrbuch2009-d.pdf> [21.01.2012].
- DIR (2011): Deutsches IVF-Register. Jahrbuch 2010. Modifizierter Nachdruck aus: *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie* 2011; 8 (4): 253–280. [Online]. Verfügbar unter: <http://www.deutsches-ivf-register.de/pdf-downloads/dirjahrbuch2010-d.pdf> [21.01.2012].
- Domar, A. D.; Clapp, D.; Slawsby, E. A.; Dusek, J.; Kessel, B. & Freizinger, M. (2000): Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women. *Fertility and Sterility*, 73 (4), 805–811.
- Dufke, A. & Rieß, O. (2004): Genomisches Imprinting – Einfluß durch IVF und ICSI? *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie*, 1 (1), 28–32.
- Dunn, J.; Deater-Deckard, K.; Pickering, K.; O’Conner, T. G.; Golding, J. and the ALSPAC Team (1998): Children’s adjustment and prosocial behaviour in step-, single-parent, and non-stepfamily settings: findings from a community study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39, 1083–1095.
- Edelmann, R. J. & Connolly, K. J. (2000): Gender differences in response to infertility and infertility investigations: Real or illusory. *British journal of Health Psychology*, 5, 365–375.

Effler, M.; Böhmecke, W. (1977): Eine Analyse des Verweigerungsproblems mit Beinahe-Verweigerern. *Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie*, 24, 35–48.

Ehrenreich, B. & English, D. (1981): *Hexen, Hebammen und Krankenschwestern*. München: Verlag Frauenoffensive.

Eisner, B. G. (1963): Some psychological differences between fertile and infertile women. *Journal of Clinical Psychology*, 19, 391–402.

Enchelmaier, I. (2004): *Abschied vom Kinderwunsch*. Stuttgart: Kreuz Verlag GmbH & Co. KG.

Engel, F.; Nestmann, F.; Niepel, G. & Sickbeck, U. (1996): *Weiblich, ledig, kinderlos und alt. Soziale Netzwerke und Wohnbiographien alter alleinstehender Frauen*. Opladen: Leske und Budrich.

Englert, Y. (1996): Ethics of oocyte donation are challenged by the health care system. *Human Reproduction*, 11, 2353–2355.

English, V. (2005): Egg sharing affects validity of a woman's consent. Bionews. Zugriff am 02.03.2014 http://www.bionews.org.uk/page_37827.asp

Engstler, H. & Lüscher, K. (1991): Späte erste Mutterschaft. Ein neues biographisches Muster der Familiengründung? *Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft*, 17, 433–460.

Ermacora, F. (1978): Menschenrechte – weltweiter Anspruch und Wirklichkeit. In J. Schwartländer (Hrsg.): *Menschenrechte* S. 169–176. Tübingen: Attempto Verlags-GmbH.

Erzberger, C. (2003): *Strukturen der Vollzeitpflege in Niedersachsen*. Bremen.

ESHRE Task Force on Ethics and Law (2002). Gamete and Embryo donation. *Human Reproduction* (2002), 17, 1407–1408.

ESHRE Task Force on Ethics and Law (2006). Gamete and embryo donation. *Human Reproduction*, 17: 1407–1408.

ESHRE Task Force on Ethics and Law (2011): Intrafamilial medically assisted reproduction. *Human reproduction*, 26, 504–509.

Essich, J. (1788): *Unterricht für Mütter und Kinderwärterinnen, Kinder in gesunden und kranken Tagen gehörig zu behandeln*. Augsburg:

Esterl, A. (2010). *Die schönsten Märchen der Gebrüder Grimm*. Esslingen: Verlag J. F. Schreiber.

Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine (2004). Oocyte donation to postmenopausal women. *Fertility Sterility*, 82: 251–255.

EU-Richtlinie 2004/23/EG des Europäischen Parlamentes und des Rates vom 31 März 2004 zur Festlegung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards für die Spende, Beschaffung, Testung,

Verarbeitung, Konservierung, Lagerung und Verteilung von menschlichem Gewebe und Zellen.

Faigle, P. (2007): Die Eiskinder. Neon, 12, 38–44.

Feature (2009): Europe's patchwork of ART legislation and regulation. Focus on Reproduction, September 2009, 23–34.

Fechting, A. (1997): Die unerfüllte Sehnsucht: Ein Kind. Niedernhausen: Falken Verlag.

Fielding (1998): Motivation, attitudes and experience of donation: a follow – up of women donating eggs in assisted conception treatment. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 8, 273.

Fielding, D.; Handley, S.; Duqueno, L.; Weaver, S. & Lui, S. (1998): Motivation, attitudes and experience of donation: a follow up of women donating eggs in assisted conception treatment. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 8, 273–287.

Fisseni, H. J. (2004): Lehrbuch der psychologischen Diagnostik. 3. Auflage. Göttingen: Hogrefe.

Flick, U. (2000): Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften. Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH: Hamburg.

Flick, U. (2004). Triangulation. Eine Einführung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Flick, U. (2004). Qualitative Sozialforschung – Eine Einführung. Reinbeck: Rowohlt

Folkman, S. & Lazarus, R. S. (1988): Coping as a mediator of emotions. *Journal Pers Soc Psychology*, 54, 466–475.

Fortescue, E. (2003): Gamete donation – where is the evidence that there are benefits in removing the anonymity of donors? A patient's viewpoint. *Reproductive Biomedicine Online*, 7, 139–144.

Fox (2008): Paying for particulars in people – to – be: commercialisation, commodification and commensurability in human reproduction. *Journal of Medical Ethics*, 5, 162.

Franklin, S. (1997): Embodied Progress: A Cultural Account of Assisted Conception. Routledge: London.

Freeman, E. W.; Garcia, C. R.; Rickels, K. (1983): Behavioral and emotional factors: a comparison of anovulatory infertile women with fertile and other infertile women. *Fertility and Sterility*, 40, 195–201.

Frick-Bruder, V. (1985): Gesunder und kranker Kinderwunsch in der Sterilitätsbehandlung. *Schleswig Holst. Ärzteblatt*, 10: 639–642.

Gagel, D. E.; Ulrich, D.; Pastor, V. S.; Kentenich, H. (1998): IVF-Paare und ihre IVF-Kinder. Ein Überblick zu ihrer Entwicklung. *Reproduktionsmedizin*, 14, 31–40.

Genschel, U. & Becker, C. (2005): Schließende Statistik. Grundlegende Methoden (1. Aufl.). Berlin: Springer.

George, C. & Solomon, J. (1999): Attachment and caregiving: The Caregiving Behavioral System. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Hrsg.), *Handbook of attachment: Theory research and clinical applications*. New York: Guilford Press.

Gerhardt, U. (1986 a). Verstehende Strukturanalyse: Die Konstruktion von Idealtypen als Analyseschritt bei der Auswertung qualitativer Forschungsmaterialien. In H.G.Soeffner (Hrsg.), *Sozialstruktur und soziale Typik* (S. 31-83). Frankfurt/M.: Campus

Gerhardt, U. (1986 b). Patientenkarrieren. Eine medizinsoziologische Studie. Frankfurt/M.: Suhrkamp

Gesetze zur künstlichen Befruchtung. Gesetz zum Schutz von Embryonen. (Embryonenschutzgesetz – EschG). [On-line]. Verfügbar unter: [www. http://members.aol.com/kiwunsch/gesetze/ESchG.html](http://members.aol.com/kiwunsch/gesetze/ESchG.html). [25.04.2007].

Gibson, F. L.; Ungerer, J. A.; Tennant, C. C.; Sanders, D. M. (2000): Parental Adjustment and attitudes to parenting after in vitro fertilization. *Fertility Sterility*, 73, 565–574.

Glaser, B. G. & Strauß, A. L. (1998): Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. Bern: Huber.

Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967): The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research. New York: Aldine de Gruyter.

Glaserfeld, E.v. (1985). Einführung in den radikalen Konstruktivismus. In P. Watzlawick (Hrsg.), *Die erfundene Wirklichkeit. Wie wissen wir, was wir zu wissen glauben? Beiträge zum Konstruktivismus* (S. 16-38). München/Zürich: Piper

Goldschmidt, O. & de Boor, C. (1976). Psychoanalytische Untersuchung funktionell steriler Ehepaare. *Psyche*, 30: 899–923.

Goldschmidt, O. & Jürgensen, O. (1985): Psychoanalytische Untersuchung funktionell steriler Ehepaare. Katamnesen und kritischer Rückblick. *Psyche*, 39: 538–552.

Golomb, E. & Geller, H. (1992): Adoption zwischen gesellschaftlicher Regelung und individueller Erfahrung. Essen: Westarp Wissenschaften.

Golombok, S.; Blake, L.; Casey, P.; Roman, G. & Jadva, V. (2013): Children born through reproductive donation: a longitudinal study of psychological adjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54 (6), 653–660.

Golombok, S.; Readings, J.; Blake, L.; Casey, P.; Marks, A.; Jadva, V. (2011): Families created through surrogacy: Mother-child relationships and children's psychological adjustment at age 7. *Developmental Psychology*, 47 (6), 1579–1588.

Golombok, S.; Murray, C.; Jadva, V.; Lycett, E.; MacCallum, F.; Rust, J. (2006): Non-genetic and non-gestational parenthood: consequences for parent-child relationships and the psychological well-being of mothers, fathers and children at age 3. *Human Reproduction*, 21 (7), 1918–1924.

Golombok, S.; Jadva, V.; Lycett, E.; Murray, C.; MacCallum, F. (2005): Families created by gamete donation: follow-up at age 2. *Human Reproduction*, 20: 281–293.

Golombok, S.; Lycett, E.; MacCallum, F.; Jadva, V.; Murray, C.; Rust, J., Abdalla, H., Jenkins, J. & Margara, R. (2004): Parenting infants conceived by gamete donation. *Journal of family psychology*, 18: 441–452.

Golombok, S.; Murray, C.; Brinsden, P.; Abdalla, H. (1999): Social versus biological parenting: family functioning and socioemotional development of children conceived by egg or sperm donation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40 (4), 519–527.

Golombok, S.; Brewaeys, A.; Cook, R.; Giavazzi, M. T.; Guerra, D. & Mantovani, A. (1996): The European study of assisted re production famiglie: family functioning and child development. *Human Reproduction*, 11, 285–298.

Golombok, S.; Brewaeys, A.; Cook, R.; Giavazzi, M. T.; Guerra, D.; Mantovani, A.; van Hall, E.; Crosignani, P. G. & Dexeus, S. (1996): The European study of assisted reproduction families: family functioning and child development. *Human Reproduction*, 11 (10), S. 2324–2331.

Golombok, S.; Cook, R.; Bish, A. & Murray, C. (1995): Families created by the new reproductive technologies: quality of parenting and social and emotional development of the children. *Child Development*, 66, 285–298.

Golombok, S.; MacCallum, F.; Murray, C.; Lycett, E. & Jadva, V. (2006): Surrogacy families: parental funktioning, parent-child relationships and children’s psychological development at age 2. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47 (2), 213–222.

Golombok, S.; Murray, C.; Jadva, V.; MacCallum, F.; Lycett, E. (2004): Families createt through surrogacy arrangements: Parent-child relationships in the 1st year of life. *Developmental Psycholohy*, 40, 400–411.

Golombok, S.; Jadva, V.; Lycett, E.; Murray, C.; MacCallum, F. (2005): Families created by gamete donation: follow – up at age 2. *Human Reproduction*, 20 (1), S. 286–293.

Golombok, S.; Lycett, E.; MacCallum, F.; Jadva, V.; Murray, C.; Rust, J. (2004): Parenting infants conceived by gamete donation. *Journal family Psychology*, 18 (3), S. 443–452.

Golombok, S.; Brewarys, A.; Cook, R.; Giavazzi, M. T.; Guerra, D.; Mantovani, A.; van Hall, E.; Crosignani, P. G. & Dexeus, S. (1996): The European study of assisted reproduction families: family functioning and child development. *Human Reproduction*, 11(10), 2324–2331.

Golombok, S.; MacCallum, F.; Goodman, E. & Rutter, M. (2002): Families with Children Conceived by Donor Insemination: A Follow-Up at Age Twelve. *Child Development*.73 (3), 952–968.

Golombok, S.; Cook, R., Bish, A. & Murray, C. (1995). Families Created by New Reproductive Technologies: Quality of Parenting and Social and Emotional Development of the Children. *Child Development*, 66: 285–298.

Gonzales, L. O. (2000): Infertility as a transformational process: a framework for psychotherapeutic support of infertile women. *Issues in mental health nursing*, 21: 619–633.

Gorill, M. J.; Johnson, L. K.; Patton, P. E. & Burry, K. A. (2001): Oocyte donor screening: the selection process and cost analysis. *Fertility and Sterility*, 75, 400–404.

Gottesman, M. M. (1992): Maternal adaptation during pregnancy among adult early, middle, and late childbearers: Similarities and differences. *Maternal-Child Nursing Journal*, 20, 93–111.

Gottlieb, C.; Lalos, O. & Lindblat, F. (2000): Disclosure of donor insemination to the child: the impact of Swedish legislation on couples attitudes. *Human Reproduction*, 15, 2052–2056.

Gourley, N. (1979): Heredity versus environment: An integrative analysis. *Psychological Bulletin*, 86, 596–615.

Grace, J. T. (1989): Development of maternal-fetal attachment during pregnancy. *Nursing Research*, 38, 228–232.

Graumann, S. (2008): Eizellspende und Eizellhandel – Risiken und Belastungen für die betroffenen Frauen. In: Bockenheimer-Lucius, G.; Thorn, P. & Wendehorst, C. (Hrsg.): *Umwege zum eigenen Kind. Ethische und rechtliche Herausforderungen an die Reproduktionsmedizin 30 Jahre nach Louise Brown* (S. 175–184). Göttinger Schriften zum Medizinrecht. Göttingen (Universitätsverlag).

Graumann, S. & Schneider, I. (2004): Zwischen Verkörperung und Entkörperung. Entwicklungen in der Biomedizin und feministische Theorie. Zugriff am 09.03.2014 unter <http://www.bdwi.de/97752.html>

Greenfeld, D. A. & Klock, S. C. (2004): Disclosure decisions among known and anonymous oocyte donation recipients. *Fertility Sterility*, 81, 1565–1571.

Greenfeld, D. & Klocks, S. C. (2006): Assisted reproductive technology and the impact on children. In: Covington, S. N. & Hammer-Burns, L. (Hrsg.): *Infertility Counseling. A comprehensive handbook for clinicians*. Cambridge, New York: Cambridge University Press, 2. Aufl., S. 477–492.

Greenfeld, D.; Greenfeld, D.; Mazure, C. M.; Keefe, D. I. & Olive, D. L. (1998): Do attitudes toward disclosure in donor oocyte recipients predict the use of anonymous versus directed donation? *Fertility Sterility*, 79 (6), 1009–1014.

Greil, A. (1997): Infertility and distress: a critical review of the literature. *Soc Sci Med*, 45, 1679–1704.

- Grigorova, M.; Sherwin, B. B. & Tulandi, T. (2006): Effects of treatment with leuprolide acetate depot on working memory and executive functions in young premenopausal women. *Psychoneuroendocrinology*, 31, 935–947.
- Grimm, J. & Grimm, W. (2000): Grimms Märchen. Gesamtausgabe. Eggolsheim-Bammersdorf: Dörfler.
- Grosse, A. (2006): Offen über die Herkunft reden. Hamburger Abendblatt vom 27.07.2006.
- Grosskurth, P. (1992): Melanie Klein, Leben und Werk. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Grossmann, K. E. & Grossmann, K. (Hrsg.) (2003): *Bindung und menschliche Entwicklung*. John Bowlby, Mary Ainsworth und die Grundlagen der Bindungstheorie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Grossmann, K. E.; August, P.; Fremmer-Bombik, E.; Friedl, A.; Grossmann, K.; Scheuerer-Englisch, H.; Sprangler, G.; Stephan, S.; Suess, K.; Scherer, P.; Ekmann, G. (1989): Die Bindungstheorie: Modell und entwicklungspsychologische Forschung, S. 31–55. In Keller, H. (Hrsg.): *Handbuch der Kleinkindforschung*. Berlin: Springer-Verlag GmbH.
- Grossmann, K. (1984): Zweijährige Kinder im Zusammenspiel mit ihren Müttern, Vätern, einer fremden Erwachsenen und in einer Überraschungssituation: Beobachtungen aus bindungs- und kompetenztheoretischer Sicht. Dissertation, Universität Regensburg.
- Gruber, S. (2009): Gynäkologie und Geburtshilfe. 3. Auflage, München: Urban & Fischer.
- Grundgesetz (GG). Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland. Ein Service des Bundesministeriums der Justiz in Zusammenarbeit mit der juris GmbH www.juris.de. [Online]. Verfügbar unter: <http://www.gesetze-im-internet.de/gg/> [letzter Zugriff: 25.03.2014].
- Gurmakin (2001): Risk information provided to prospective oocyte donors in a preliminary phone call. *American Journal of Bioethics*, 1, 3 –
- Gürtin, Z. B.; Ahuja, K. K. & Golombok, S. (2012): Emotional and relational aspects of egg-sharing: egg share donors' and recipients' feeling about each other, each others' treatment outcome and any resulting children. *Human Reproduction*. 27 (6), 1690–1701.
- Gürtin, Z. B.; Ahuja, K.K. & Golombok, S. (2012). Egg-sharing, consent and exploitation: examining donors' and recipients' circumstances and retrospective reflections. *Reproductive Biomedicine Online*, 24, 698–708.
- Haaf, T. (2003): Geschlechtskonflikt im frühen Embryo. Elternspezifische Reprogrammierung des väterlichen und mütterlichen Erbguts nach der Befruchtung. *Deutsches Ärzteblatt*, 100 (36), 2300–2308.
- Haarhoff, H. (2013): Wird die Eizellspende bald legalisiert? Fortpflanzung: Das Embryonenschutzgesetz muss auf den Prüfstand fordert die SPD. Verfügbar unter: <http://www.taz.de/1/archiv/digitaz/artikel/?ressort=in&dig=2013%2F11%2F25%2Fa0046&cHash=497416129ef4f3cd94baf5a1206d57bd> [letzter Zugriff: 25.03.13]

Haase, J. M. & Blyth, E. (2006): Global Perspectives on Infertility Counseling. In: Covington, S. N.; Hammer Burns, L.: *Infertility Counseling A Comprehensive Handbook for Clinicians*. 2 ed. Cambridge: Cambridge University Press, S.544–557.

Haase J. M.; Blyth E. (2006): Global Perspectives on Infertility Counseling. In: Covington, S. N.; Hammer Burns, L. eds, *Infertility Counseling A Comprehensive Handbook for Clinicians*. 2 ed. Cambridge: Cambridge University Press, S. 544–557.

Habreich, U. (2010): Women's reproductive related disorders. *Journal of affective disorders*, 122, 10–13.

Häder, M. (2006): *Empirische Sozialforschung. Eine Einführung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Hagen, C. (2007): Gesundheit von Kindern alleinerziehender Mütter. Aus Politik und Zeitgeschichte, 42: [Online]. Verfügbar unter: <http://www.bundestag.de/dasparlament/2007/42/Beilage/004.html> [18.12.2007].

Hahn, S. J. & Craft-Rosenberg, M. (2002): The disclosure decisions of parents who conceive children using donor eggs. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*. 31, 283–293.

Haimes, E. (1993): Issues of gender in gamete donation. *Social Science and Medicine*, 36 (1), 85–93.

Haimes, E.; Taylor, K. & Turkmendag, I. (2012): Eggs, ethics and exploitation? Investigating women's experiences of an egg sharing scheme, *Sociology of Health and Illness*, 34 (8), 1199–1214.

Hall, S. (1997): *Representation. Cultural Representations and Signifying Practices*. London: Sage.

Hallebone, E. L. (1991): Non-genetic mother and their „own“ children: infertility and IVF donor birth. *Australian Journal of Social Issues*, 25, 122–136.

Hansen, M.; Kurinczuk, J. J.; Bower, C.; Webb, S. (2002): The risk of major birth defects after intracytoplasmic sperm injection and in vitro fertilization. *N Engl J Med*, 346, 725–730.

Hanson, F. M. & Rock, J. (1950): The Effect of Adoption on Fertility and other reproductive Funktions. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 59: 311–320.

Hargreaves, K. (2006): Constructing families and kinship through donor insemination. *Sociology of Health and Illness*, 28, 261–283.

Harlow, C. R.; Fahy, U. M.; Talbot, W. M.; Wardle, P. G.; Hull, M.G. (1996): Stress and stress-related hormones during in-vitro fertilization treatment. *Human Reproduction*, 11, 274–279.

Harlow, H. & Mears, C. (1979): *The human Model: primate Perspectives*. Washington. D. C.: V. H. Winston & Sons.

Hartung, J.; Elpelt, B. und Klösener, K.-H. (2005): Statistik. Lehr- und Handbuch der angewandten Statistik (14. Aufl.), München: Oldenbourg.

Hautzinger, M. (2005): Depressionen. In F. Petermann & H. Reinecker (Hrsg.): *Handbuch der klinischen Psychologie und Psychotherapie* (S. 449–462). Göttingen: Hogrefe.

Hays, S. (1998): Die Identität der Mütter. Zwischen Selbstlosigkeit und Eigennutz. Stuttgart: Klett-Cotta.

Health Canada (2004): Research Report on Altruistic Gamete Donation, Commissioned by Health Canada. Health Canada, Ottawa, Canada. Zugriff am 17.03.2007 http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/reprod/index_e.html

Health Canada. (2005): Workshop on the Reimbursement of Expenditures for Egg and Sperm Donors. Ottawa: Canada. Zugriff am 17.03.2007 http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/pubs/reprod/index_e.html

HEFA (2002): The Patients Guide to IVF Clinics. Provisional Data. Human Fertilisation and Embryology Authority. London.

Helfferrich, C. (2005): Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Hellhammer, D. H.; Hubert, W.; Freischem, C. W.; Nieschlag, E. (1985): Male infertility: relationships among gonadotropins, sex steroids, seminal parameters, and personality attitudes. *Psychosomatic Medicine*, 47, 59–66.

Heng, B. C. (2007): Should fertility specialist refer local patients abroad for shared or commercialized oocyte donation? *Fertility Sterility*, 87, 6–7.

Heng B. C. (2008): Should fertility doctors and clinical embryologists be involved in the recruitment, counselling and reimbursement of egg donors? *Journal of Medical Ethics*. 34, 414

Herlyn & Krüger (2003): Späte Mütter. Eine empirisch-biografische Untersuchung in West- und Ostdeutschland. Opladen: Leske + Budrich.

Hershberger, P. (2004): Recipients of Oocyte Donation: An Integrative Review. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 33 (5), 610–621.

Hersov, L. (1994): Adoption. In Rutter, M.; Taylor, E.; & Hersov L. (Hrsg.): *Child and Adolescent Psychiatry* (267–282), Oxford: Blackwell.

Hetherington, E. M. & Stanley-Hagan, M. M. (2002): Parenting in divorced and remarried families. In: Bornstein, M. H. (Hrsg.), *Handbook of parenting. Vol 3* (S. 287–315), New York: Lawrence Erlbaum Associates.

Hetherington, E. M. & Clingempeel, W. G. (1992): Coping with marital transitions: a family system perspective. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 57, 242.

- Hieb, A. (2005): Die gespaltene Mutterschaft im Spiegel des deutschen Verfassungsrechts. Die verfassungsrechtliche Zuverlässigkeit reproduktionsmedizinischer Verfahren zur Überwindung weiblicher Unfruchtbarkeit. Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Rechte der Universität Mannheim. Berlin: Logos Verlag.
- Höffe, O. (1996): Vernunft und Recht. Bausteine zu einem interkulturellen Rechtsdiskurs. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Hoffmann-Riem, C. (1989): Das adoptierte Kind. Familienleben mit doppelter Elternschaft (3. Auflage), München: Fink.
- Hofmann, H. (Hrsg.) (2005): *Biopolitik Grenzenlos. Stimmen aus Polen*. Herbolzheim: Centaurus Verlag.
- Hofmann, H. (2005): Einleitung. In H. Hofmann (Hrsg.), *Biopolitik Grenzenlos. Stimmen aus Polen*. (S. 9–17), Herbolzheim: Centaurus Verlag.
- Hoksbergen, A. C. (2006): Die biologischen Eltern. In H. Paulitz (Hrsg.): *Adoption. Positionen Impulse Perspektiven* (S. 46–85), München: Verlag H. C. Beck.
- Hoksbergen, A. C.; Paulitz, H. (2006): Das Adoptionsviereck. Beratung, Vermittlung, Nachbetreuung und Begleitung. Ein zeitgemäßes Adoptionsmodell. In: H. Paulitz (Hrsg.): *Adoption. Positionen Impulse Perspektiven* (S. 43–46).
- Holahan, C.J.; Moos, R. H. & Schaefer, J. A. (1996): Coping, stress resistance, and growth: conceptualising adaptive functioning. In Zeidner, M. & Endler, N. S. (Hrsg.): *Handbook of Coping Theory, Research, Applications* (S. 25–43), New York: John Wiley & Sons.
- Holland, S. (2001): Contested commodities at both ends of life: buying and selling gametes, embryos, and body tissues. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 11, 263–284.
- Holmes, J. (2002): John Bowlby und die Bindungstheorie. München/Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Holter, H.; Anderheim, L.; Bergh, C. & Möller (2006): First IVF treatment-short-term impact on psychological well-being and the marital relationship. *Human Reproduction*, 21 (12), 3295–3302.
- Holz, M. & Braun, M. (2006): Adoptiertenreisen – erwachsene Adoptierte besuchen ihre Herkunftsländer. Beobachtungen, Erfahrungen, Ergebnisse. In H. Paulitz (Hrsg.): *Adoption. Positionen Impulse Perspektiven* (S. 361–369).
- Hoopes, J. L. (1990): Adoption and identity formation. In: Brodzinsky, D. M. and Schechter, M. D. (Hrsg.): *The Psychology of Adoption* (S. 144–166), New York: Oxford University Press.
- Hopf, C. (1995): Qualitative Interviews in der Sozialforschung. Ein Überblick. In: Flick, U.; v. Kardorff, E.; Keupp, H.; v. Rosenstiel, L.; Wolff, S. (Hrsg.): *Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union, 2. Auflage, 177–185.

Horn, M. und Vollandt, R. (1995): *Multiple Tests und Auswahlverfahren* (1. Aufl.), Stuttgart: Gustav Fischer Verlag.

House of Commons of Canada. Assisted Human Reproduction Act SC (2004): House of commons, Ottawa, Canada. Zugriff am 17.03.2007 http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/reprod/hc-sc/legislation/index_e.html

Houser, B. B.; Berkman, S. L. & Beckman, L. J. (1984): The relative rewards and cost of childlessness for older women. *Psychology of women quarterly*, 8, 395–399.

<http://www.altravita.ru/index-m.html> [letzter Zugriff am 19.03.2011].

<http://www.avaclinic.com/index.php?102> [letzter Zugriff am 19.03.2011].

http://www.bkid.de/gs_leitlinien.pdf [letzter Zugriff am 08.06.2011].

<http://www.bkid.de/richtlinien.pdf> [letzter Zugriff am 08.06.2011].

<http://www.cfc.com.cy/German%20Website/homeGE.htm> [letzter Zugriff am 19.03.2011].

<http://www.eshre.com/binarydata.aspx?type=doc/psyguidelines.pdf> [letzter Zugriff am 08.06.2011].

<http://www.eshre.com/ESHRE/English/SIG/Ethics-and-Law/Task-Force-Documents/page.aspx/136> [letzter Zugriff am 08.06.2011].

<http://www.eshre.com/ESHRE/English/Task-forces/TF-Cross-border-reproductive-care/page.aspx/498> [letzter Zugriff am 08.06.2011].

<http://www.fertilityeurope.eu> [letzter Zugriff am 02.06.2011].

http://www.fertimed.cz/de/main_de.htm [letzter Zugriff am 19.03.2011].

<http://www.greeceivf.com> [letzter Zugriff am 19.03.2011].

<http://www.iCSi.ws> [letzter Zugriff am 02.06.2011].

http://www.institutomarques.com/de_index.html [letzter Zugriff am 19.03.2011].

<http://www.irema.org> [letzter Zugriff am 19.03.2011].

<http://www.ivf.at/BEHANDLUNG/RisikenKomplikationen/Ezellspende/tabid/121/language/de-DE/Default.aspx> [letzter Zugriff am 13.06.2011].

<http://ivf.at/pressebereich/IVFZentrenProfZech.aspx> [letzter Zugriff am 13.06.2011].

<http://www.ivf-holiday.de> [letzter Zugriff am 19.03.2011].

<http://www.ivftreatmentabroad.com> [letzter Zugriff am 19.03.2011].

<http://www.medicare-service.de/> [letzter Zugriff am 11.06.2011].

<http://www.pronatal.cz/index-de.php> [letzter Zugriff am 19.03.2011].

<http://www.tahefertilidad.es/> [letzter Zugriff am 19.03.2011].

Human Fertilisation and Embryology Authority (1998): Paid egg-sharing to be regulated, not banded. Press Release, <http://www.hfea.gov.uk/986.html>

Human Fertilisation and Embryology Authority (2001): Code of Practice, 5th edn. London: HFEA.

Human Fertilisation and Embryology Authority (2004): Disclosure of Donor Regulations. No. 1511. Zugriff am 21.01.2005
<http://www.legislation.hmso.gov.uk/si/si2004/20041511.htm>

Human Fertilisation and Embryology Authority (2007): Code Of Practice. 7th Edition. London: HFEA.

Human Fertilisation and Embryology Authority (2009): Code Of Practice. 8th Edition. London: HFEA.

Human Fertilisation and Embryology Authority (2010): Donation Review: Update and early options. Paper number 561. London: HFEA. Zugriff am 15.06.2012
<http://www.hfea.gov.uk/5988.html>

Human Fertilisation and Embryology Authority (2011): HFEA agrees new policies to improve sperm and egg donation services. Zugriff am 07.11.2011
<http://www.hfea.gov.uk/6700.html>

Hunter, M.; Salter-Ling, N. & Glover, L. (2000): Donor insemination: telling children about their origins. *Child Adolescent Mental Health*, 5, 157–163.

Huntington, P. S. (1996): Kampf der Kulturen. Die Neugestaltung der Weltpolitik im 21. Jahrhundert. München/Wien: Europa Verlag.

Hurst, K. M.; Dye, L.; Rutherford, A. J.; Oodit, R. (1999): Differenzial coping in fertile and sub-fertile males attending an assisted conception unit: a pilot study. *Journal Reprod Infant Psychology*, 17, 189–198.

International Consumer Support for Infertility (iCSi). Travelling abroad for assisted reproductive (ART) treatment, 2008: <http://www.icsicommunity.org/information/fact-sheets/travelling-abroad-for-art> [Zugriff am 02.06.2011]

Institut für deutsche Wirtschaft Köln (2012): Pressekonferenz. Wer ist die gesellschaftliche Mitte? Mythen und Fakten. (27.08.2012).
www.iwkoeln.de/de/presse/veranstaltungen/beitrag/pressekonferenz-wer-ist-die-gesellschaftliche-mitte-89499 [letzter Zugriff: 26.03.2014].

Isabella, R. A. (1993): Origins of attachment: Maternal interactive behavior across the first year. *Child Development*, 64: 605–621.

Isaksson, S.; Sydsjö, G.; Skoog Svanberg, A.; Lampic, C. (2012): Disclosure behaviour and intentions among 111 couples following treatment with oocytes or sperm from identity-release donors: follow up at age 1–4 years. *Human Reproduction*, 27 (10), 2998, 3007.

Isaksson, S.; Skoog Svanberg, A.; Sydsjö, G.; Thurin-Kjellberg, A.; Karlström, P.-O.; Solensten, N. G. & Lampic, G. (2011): Two decades after legislation on identifiable donors in Sweden: are recipient couples ready to be open about using gamete donation? *Human Reproduction*. 26(4), 853–860.

ISS und Landschaftsverband Westf.-Lippe (2003): Modellprojekt Evaluation und Weiterentwicklung der familienorientierten Hilfen nach § 33 SGB VIII. Münster.

Jacobson, E. (1946): A case of sterility. *Psychoanalyt. Quart.*, 15: 330–350.

Jadva, V.; Casey, P.; Readings, L.; Blake, L. & Golombok, S. (2011): A longitudinal study of recipients' views and experiences of intra – family egg donation. *Human Reproduction*, 26 (10), 2777–2782.

Jadva, V.; Freeman, T.; Kramer, W. & Golombok, S. (2009): The experiences of adolescents and adults conceived by sperm donation: comparisons by age of disclosure and family type. *Human Reproduction*, 24, 1909–1919.

Jain, T. (2006) : Socioeconomic and racial disparities among infertility patients seeking care. *Fertility and Sterility*, 85, 876–881.

Jain, T. & Hornstein, M. D. (2005): Disparities in access to infertility services in a state with mandated insurance coverage. *Fertility and Sterility*, 84, (1), 221–223.

Janke, S. (2005): Familienbildung mit Donogener Insemination. Beweggründe von Eltern für die Offenlegung oder Geheimhaltung der biologischen Herkunft des Kindes. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Freie Universität Berlin.

Johnson, M. (1999): The medical ethics of paid egg sharing in the UK: opinion. *Human Reproduction*, 14, 1912–1918.

Johnson, B.; Onwuegbuzie, A. J. & Turner, L. A. (2007). Toward a definition of mixed methods research. *Journal of mixed methods research*, 1, 112–133

Jones, C. A. & Keith, L. G. (2006): Medical tourism and reproductive outsourcing: the dawning of a new paradigm for healthcare, *International Journal of Fertility and Women's Medicine*, 51: 251–255.

Jordan, C.; Belar, C.; Williams, R. (2004): Anonymous oocyte donation: a follow-up analysis of donors' experiences. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 25: 145–151.

Jordan, C. & Revenson, T. A. (1999): Gender differences in coping with infertility: a meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 22, 341–358.

Juris (2008): Unlautere Werbung: Werbung für das Verfahren der Eizellspende unter Hinweis auf Hilfe durch deutsche Ärzte. [Online]. Verfügbar unter:

<http://www.gerichtsentscheidungen.berlin-brandenburg.de/jportal/port> [letzter Zugriff am 08.10.2011].

Kalfoglou & Geller (2000): Navigating conflict of interest in oocyte donation: A analysis of donor's experience. *Womens Health issues*.10, 226

Kalfoglu, A. L. & Gittelsohn, J. (2000): A qualitative follow up study of women's experiences with oocyte donation. *Human Reproduction*. 15 (4), S. 798–805.

Kant, I. (1977): Grundlegung zur Metaphysik der Sitten. In: Werkausgabe (Hrsg. Weischedel, W.) Bd. VII., 3. Auflage. Frankfurt a. M.: Suhrkamp Verlag.

Kastilan, S. (2009). Reproduktionsmedizin. Das muss doch gehen, irgendwie. [Online]. Verfügbar unter:
<http://www.faz.net/s/Rub7F74ED2FDF2B439794CC2D664921E7FF/Doc~EFDB61A...>
[13.10.2009].

Katzorke, T. (2000): Eizellspende (egg-donation). Plädoyer für eine Liberalisierung. *Reproduktionsmedizin*, 16, 373–375.

Katzorke, T.; Propping, D.; Kolodziej, F.; Rickert-Föhring, M.; Wohlers, S. & Bielfeld, P. (2004): Reproduktionsmedizin – State of the Art. Dem Nachwuchs nachhelfen. *Gynäkologie & Geburtshilfe*, 5, 30–36.

Kayatz, K. (Producer) (2013): Das Kind der Anderen. Das Tabu der Eizellspende. Filmbeitrag von ZDF info. [Film]. Verfügbar unter:
www.youtube.com/watch?v=919s6r9a82U[letzter Zugriff: 20.03.2014].

Keehn, J.; Holwell, E.; Abdul-Karim, R.; Chin, L. J.; Leu, C. S.; Sauer, M. V. & Klitzman, R. (2012): Recruiting egg donors online: an analysis of in vitro fertilization clinic and agency websites' adherence to American Society for Reproductive Medicine guidelines. *Fertility and Sterility*, 98 (4), 995–1000.

Kelle, U. (2008). Die Integration qualitativer und quantitativer Methoden in der empirischen Sozialforschung. Theoretische Grundlagen und methodologische Konzepte (2.Aufl.). Wiesbaden: VS für Sozialwissenschaften

Kemeter, P. (1988): Studies on psychosomatic implications of infertility-effects of emotional stress on fertilization and implantation in in-vitro fertilization. *Human Reproduction*, 3, 341–352.

Kentenich, H. & Utz-Billing, I. (2006): Verbot der Eizellspende. Ist es medizinisch, psychologisch oder ethisch gerechtfertigt? *Gynäkologische Endokrinologie*, 4: 229–234.

Kentenich, H.; Seehaus, D. & Strowitzki, T. (2002): Kinderwunsch. Eine Frage von Körper und Seele. [Broschüre] Michelstadt: Verlag für Didaktik in der Medizin.

Kirkland, A.; Power, M.; Burton, G.; Baber, R.; Studd, J. & Abdalla, H. (1992): Comparison of attitudes of donors and recipients to oocyte donation. *Human Reproduction*, 7(3), 355–357.

Klaus, M. H. & Kennell, J. H. (1983): Mutter-Kind-Bindung. Über die Folgen einer frühen Trennung. München: Kösel Verlag.

Klein, M. (1983): Das Seelenleben des Kleinkindes. Stuttgart: Klett-Cotta.

Klock, S. & Covington, S. (2007). Minnesota Multiphasic Personality Inventory, 2nd ed. (MMPI-2) scores of recruited oocyte donors based on donation outcome. *Fertility and Sterility*, 88 (1), 83.

Klock, S. C. & Covington, S. N. (2010): Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2) profiles in the assessment of ovum donors. *Fertility and Sterility*, 94 (5), 1684–1688.

Klock, S. C.; Greenfeld, D. A. (2004): Parents knowledge about the donors and their attitudes toward disclosure in oocyte donation. *Human Reproduction*, 19, 1575–1579.

Klock, S.; Stout, J. E. & Davidson, M. (1999): Analysis of Minnesota Multiphasic Personality Inventory – 2 profiles of prospective anonymous oocyte donors in relation to the outcome of the donor selection process. *Fertility and Sterility*, 72, 1066–1072.

Klock, S. C.; Stout, J. E. & Davidson, M. (2003): Psychological characteristics and factors related to willingness to donate again among anonymous oocyte donors. *Fertility and Sterility*, 79, 1312–1316.

Klonhoff-Cohen, H.; Chu, E.; Natarajan, L.; Sieber, W. (2001); A prospective study of stress among women undergoing in vitro fertilization or gamete intrafallopian transfer. *Fertility and Sterility*, 76 (4), 675–686.

Kluger-Bell, K. (2012): The pea that was me. An egg donation story. Volume 1. North Charleston: CreateSpace Independent Publishing Platform.

Knoll, E. M. (2005): Transnationale Akteurinnen im Geschäft mit der Hoffnung. Österreichische Momente globaler Verflechtungen der In-Vitro-Fertilisation. In: Riegler, J. (Hrsg.): *Kulturelle Dynamik der Globalisierung. Ost- und Westeuropäische Transformationsprozesse aus sozialanthropologischer Perspektive*. Wien (Verlag der österreichischen Akademie der Wissenschaften), S. 203–232.

Knoll, E. M. (2008): So weit gehen für ein Kind: Reproduktionstourismus als grenzüberschreitender Umweg. In: Bockenheimer-Lucius, G.; Thorn, P. & Wendehorst, C. (Hrsg.): *Umwege zum eigenen Kind. Ethische und rechtliche Herausforderungen an die Reproduktionsmedizin 30 Jahre nach Louise Brown*. Göttinger Schriften zum Medizinrecht. Göttingen (Universitätsverlag).

Knorre, P. & Hernichel, F. (1985): Psychische Faktoren bei isthmischem Tubenverschluss. *Zbl. Gynäkologie*, 107; 288–293.

Koch, H. G.; Heilshorn, J. & Hetz, S. (2003): Rechtliche Regelungen zur Fortpflanzungsmedizin in europäischen Ländern. Max-Planck-Institut für ausländisches und internationales Strafrecht. Freiburg. [Online]. Verfügbar unter: www.iuscrim.mpg.de [18.06.2011].

- Koch, L. (1998): Two decades of IVF: A critical appraisal. In: Hildt, E. & Mieth, D. (Hrsg.): *In vitro Fertilisation in the 1990s*. Aldershot (Ashgate), S. 19–31.
- Koivurova, S.; Hartikainen, A. L.; Gissler, M.; Hemminki, E.; Sovio, U.; Järvelin, M. R. (2002): Neonatal outcome and congenital malformations in children born after in-vitro fertilization. *Human Reproduction*, 17 (5), 1391–1398.
- Konrad, M. (2005): *Nameless Relations: Anonymity, Melanesia and Reproductive Gift Exchange between British Ova Donors and Recipients*. New York: Berghahn Books.
- Kötter, S. (1994): Besuchskontakte in Pflegefamilien. Das Beziehungsdreieck „Pflegeeltern – Pflegekind – Herkunftseltern“. Regensburg: Roderer.
- Koudstaal, J.; Braat, D. D.; Bruinse, H. W.; Naaktgeboren, N.; Vermeiden, J. P. & Visser, G. H. (2000a): Obstetric outcome of singleton pregnancies after IVF: a matched control study in four Dutch university hospitals. *Human Reproduction*, 15, 1819–1825.
- Koudstaal, J.; Bruinse, H. W.; Helmerhorst, F. M.; Vermeiden, J. P.; Willemsen, W. N. & Visser, G. H. (2000b): Obstetric outcome of twin pregnancies after in-vitro fertilization: a matched control study in four Dutch university hospitals. *Human Reproduction*, 15, 935–940.
- Kraske, M. & Ludwig, U. (2005): Die Babygrenze. *Der Spiegel*, 47: S. 108–118.
- Krippendorff, K. (1980): *Content analysis. An introduction to its methodology*. Beverly Hills: Sage.
- Kroger, W. S. & Freed, S. C. (1950): Psychosomatic Factors in funktional Amenorrhoea, *Am. J. Obst & Gynec.*, 59 (2), 328–336.
- Lahl, J. (2008): Diary of a nameless, faceless egg donor. [Online]. Verfügbar unter: [http://www.cbc-network.org/2008/12/diary-of-a-nameless/\[04.06.2011\]](http://www.cbc-network.org/2008/12/diary-of-a-nameless/[04.06.2011]).
- Lalos, A.; Gottlieb, C. & Lalos, O. (2007): Legislated right for donor – insemination children to know their genetic origin: a study of parental thinking. *Human Reproduction*, 22, 1759–1768.
- Lalos, A.; Lalos, O.; Jacobsson, L.; von Schoultz, B. (1985): A psychosozial characterization of infertile couples before surgical treatment of the female. *Journal psychosom. Obstet. Gynecol.* 4, 83–93.
- Lamnek, S. (2005): *Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch*, 4. Auflage, Weinheim, Basel: Belz.
- Landau, R. & Weissenberg, R. (2010): Disclosure of donor conception in single-mother families: views and concerns, *Human Reproduction*, 25, 942–948.
- Landau, R. (1998): Secrecy, anonymity, and deception in donor insemination: a genetic, psycho-social and ethical critique. *Social Work in Health Care*, 28, 75–89.
- Lang, F. R. (1994): *Die Gestaltung informeller Hilfebeziehungen im hohen Alter – Die Rolle von Elternschaft und Kinderlosigkeit*. Berlin: Ed. Sigma.

- Langer, M. (1958): Sterility and Envy. *Int. J. Psychoanal.*, 39: 139–143.
- Laruelle, C.; Place, I.; Demeestere, I.; Englert, Y.; Delbaere, A. (2010): Anonymity and secrecy options of recipient couples and donors, and ethnic origin influence in three types of oocyte donation. *Human Reproduction*, 26, 382–390.
- Laxton-Kane, M. & Slade, P. (2002): The role of maternal prenatal attachment in a woman's experience of pregnancy and implications for the process of care. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 20, 253–266.
- Lazarus, R. S. (1991): *Emotion and Adaptation*. Oxford University Press.
- Lazarus, R. S. (1999): *Stress and Emotion. A new Synthesis*. Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984): *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Leeb-Lundberg, S.; Kjellberg, S. & Sydsjo, G. (2006): Helping parents to tell their children about the use of donor insemination (DI) and determining their opinions about open-identity sperm donors. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, 85 (1), 78–81.
- Lechner, L.; Bolman, C. & van Dalen, A. (2007): Definite involuntary childlessness: associations between coping, social support and psychological distress. *Human Reproduction*, 22 (1), 288–294.
- Lee, T. Y.; Sun, G. H.; Chao, S. C. (2001): The effect of an infertility diagnosis on treatment related stresses. *Arch. Androl.*, 46: 67–71.
- Leeton, J. & Harman, J. (1986): Attitudes towards egg donation of 34 infertile women who donated during their in-vitro fertilisation treatment. *Journal of In Vitro Fertilisation and Embryo Transfer*, 3, 374–378.
- Leinmüller, R. (2007). Weg zum eigenen Kind führt quer durch Europa. Risiken des „Fertilitätstourismus“ sind mangelnde Qualitätskontrolle und fehlende Nachsorge. *Deutsches Ärzteblatt*, 104 (38), 2558.
- Leinmüller, R. (2009): Zahlreiche Deutsche reisen zur Fruchtbarkeitsbehandlung ins Ausland. [Online]. <http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/37224/> [15.05.2011].
- Lessor, R. (1993): All in the family: social processes in ovarian egg donation between sisters. *Sociology of health and illness*, 15, 393–413.
- Lessor, R.; Cervantes, N.; O'Connor, N.; Balmaceda, J.; Asch, R. H. (1993): An analysis of social and psychological characteristics of women volunteering to become oocyte donors. *Fertility and Sterility*, 59, 65–71.
- Levy, D.; Minjarez, D.; Weaver, T.; Keller, J.; Surrey, E. & Schoolcraft, W. (2007): Oocyte donor screening: a retrospective analysis of selection process and prospective donor exclusions. *Fertility and Sterility*, 88 (1), 266.
- Lewis, V. G. & Borders, L. D. (1995): Life satisfaction of single middle-aged professional women. *Journal of counseling and development*, 74, 94–100.

- Liebermann, B. A. (2005): Egg-sharing: a critical view. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 7, 109–111.
- Lincoln, Y.S. & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic inquiri*. Beverly Hills: CA Sage
- Lienert, G. (1969): *Testaufbau und Testanalyse*. Weinheim: Beltz.
- Lind, P. A.; Luciano, M.; Horan, M. A.; Marioni, R. E.; Wright, M. J.; Bates, T. C. (2009): No association between cholinergic muscarinic receptor 2 (CHRM2) genetic variation and cognitive abilities in three independent samples. *Behavior Genetics*, 39, 513–523.
- Lindheim, Chase & Sauer (2001): Assessing the influence of payment on motivations of women participating as oocyte donors. *Gynecologic Obstetric Investigation*, 52, 89.
- Lindheim, S. R.; Kavic, S. & Sauer, M. V. (2000): Understanding differences in the perception of anonymous parties: A comparison between gamete donors and their recipients. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 17 (2), 127–130.
- Lindheim, S. R. & Sauer, M. V. (1998): Expectations of Recipient Couples Awaiting an Anonymous Oocyte Donor Match, *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 15 (7), 444–446.
- Lisch, R. & Kritz, J. (1978): *Grundlagen und Modelle der Inhaltsanalyse*. Reinbek: Rowohlt.
- Loftus, T. (1962): Psychogenic Factors in Anovulatory Women, *Fertility and Sterility*, 13 (1), 20–28.
- Lohmann, G. & Gosepath, S. (1998): Die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte – politische Wirkung und philosophischer Aufklärungsbedarf. In S. Gosepath & G. Lohmann (Hrsg.), *Philosophie der Menschenrechte* (S. 7–29). Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Verlag.
- Lorenz, K. (1965): Über tierisches und menschliches Verhalten. Aus dem Werdegang der Verhaltenslehre. *Gesammelte Abhandlungen*. Band 1. München: R. Piper u. Co Verlag.
- Ludwig, M. & Katanic, A. (2002): Malformation rate in fetuses and children conceived after ICSI: result of a prospective cohort study. *Reprod Biomed Online*, 5, 171–178.
- Lüthi, M. (2005): *Das europäische Volksmärchen*. Tübingen: Narr Francke Attempto Verlag GmbH & Co. KG.
- Lutjen, P. J.; Trounson, A.; Leeton, J. F.; Findlay, J. K.; Wood, C. & Renou, P. (1984): The establishment and maintenance of pregnancy using in vitro fertilization and embryo donation in a patient with primary ovarian failure. *Nature*, 307, 174–175.
- Lycett, E.; Daniels, K.; Curson, R. & Golombok, S. (2005): School – aged children of donor insemination: a study of parents disclosure patterns. *Human Reproduction*, 20, 810–819.

Lycett, E.; Daniels, K.; Curson, R. & Golombok, S. (2004): Offspring created as a result of donor insemination: a study of family relationships, child adjustment, and disclosure. *Fertility and Sterility*, 82, 172–179.

MacCallum, F.; Brinsden, P. & Golombok, S. (2007): Parenting and Child Development in Families with a Child Conceived through Embryo Donation. *Journal of Family Psychology*. 21 (2), 278–287.

MacCallum, F. (2004) : Embryo donation families: Psychological implications. Presented at 20th Annual Meeting of the European Society of Human Reproduction and Embryology, Berlin.

MacCallum, F.; Lycett, E.; Murray, C.; Jadv, V.; Golombok, S. (2003): Surrogacy: The experience of commissioning couples. *Human Reproduction*, 18, 1334–1342.

MacDougall, K.; Becker, K.; Scheib, J.E.; Nachtigall, R. D. (2007). Strategies for disclosure: How parents approach telling their children that they were conceived with donor gametes. *Fertility Sterility*, 87, 524 - 533

Macklon, N. S.; Fauser, B. C. J. M. (2004): In: Gardner, D.; Weissman, A.; Howles, C.; Zhoham, Z. Textbook of Assisted Reproductive Techniques. London: Taylor and Francis.

Maher, E.R. (2005): Imprinting and assisted reproductive technology. *Hum. Mol. Genet.*, 15 (14), No. 1: R 133–138.

Maher, E. R.; Brueton, L. A.; Bowdin, S. C.; Luharia, A.; Cooper, W.; Cole, T. R.; Macdonald, F.; Sampson, J. R.; Barrat, C. L.; Hawkins, M. M. (2003): Beckwith-Wiedemann syndrome and assisted reproduction technology (ART). *Journal Med Genet*, 40, 62–64.

Mahlstedt, P. P.; La Bounty, K. & Kennedy, W.T. (2010): The views of adult offspring of sperm donation: essential feedback for the development of ethical guidelines within the practice of assisted reproductive technology in the United States. *Fertility Sterility*, 93, 2236–2246.

Mai, F. M. & Rump, E. E. (1972): Are infertile men and women more neurotic? *Austral. Journal Psychol.* 24: 83–86, Max-Planck-Datenbank zu den rechtlichen Regelungen zur Fortpflanzungsmedizin in europäischen Ländern. [Online]. Verfügbar unter: www.cueno.de/medr/show.asp [05.03.2007].

Mamo, L. (2007): *Queering Reproduction: Achieving Pregnancy in the Age of Technoscience*. Durham: NC, Duke University Press.

Marsh, E. M. & Vollmer, A. M. (1951): Possible psychogenic Aspects of Infertility. *Fertility and Sterility*, 2 (1), 70–79.

Marshall, L. A. (1998): Intergenerational gamete donation: Ethical and societal implications. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 178, 1171–1176.

Martinez-Jover, C. & Martinez, R. (2011): *A tiny itsy bitsy gift of life, an egg donor story for boys*. Norwich: Bertrams Print on demand.

- Maxwell, K. N.; Cholst, I. N. & Rosewaks, Z. (2008): The incidence of both serious and minor complications in young women undergoing oocyte donation. *Fertility Sterility*, 90, 2165–2171.
- Mayring, P. (2003): *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken*. 5. Auflage, Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- McWhinnie, A. (2000): Families from assisted conception: ethical and psychological issues. *Human Fertility*, 3, 13–19.
- Mechanick-Braverman, A. (1993): Survey results on the current practice of ovum donation. Ovum Donor Task Force of the Psychological Special Interests Group of the American Fertility Society. *Fertility Sterility*, 59, 1216–1220.
- Menke, C. & Pollmann, A. (2007): *Philosophie der Menschenrechte*. Hamburg: Junius Verlag GmbH.
- Menninger, W. C. (1943): The emotional factors in pregnancy. *Bull. Menninger Clin.* 7: 23–39.
- Menzel, B. (1994): *Frauen und Menschenrechte. Geschichtliche Entwicklung einer Differenz und Ansätze zu deren Beseitigung*. Berlin: Iko-Verlag.
- Mercer, R. T. (1986): *First time motherhood-experiences from teen to forties*. New York: Springer Publishing Company.
- Meyer, A. (1984): Das Mutterglück wiedergegeben? *Psychosozial*, 7: 27–43.
- Meyer, J. (2004): Informationswünsche an ein medizinisches Expertenforum im Internet. Qualitative und quantitative Analyse am Beispiel „Kinderwunsch“. Unveröffentlichte Dissertation, Zentrum Innere Medizin der Medizinischen Fakultät der Georg-August-Universität zu Göttingen.
- Michelmann, H. W. & Himmel, W. (2007): Das Machbare erwägen – aber das Vertretbare tun: Zur Problematik des Reproduktionstourismus. *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie*, 3: 118–123.
- Middelburg, K.J.; Heineman, M. J.; Bos, A. F.; Hadders-Algra, M. (2008): Neuromotor, cognitive, language and behavioural outcome in children born following IVF or ICSI – a systematic review. *Human Reproduction Update*, 14 (3), 219–231.
- Mitchell, C. & Truog, R. (2002): Irene’s Story. *Journal of Clinical Ethics*, 13, 230–241.
- Mieth, D. (2001): IVF – Elternschaft außerhalb der Ehe? In Bundesministerium für Gesundheit. Fortpflanzungsmedizin in Deutschland. Wissenschaftliches Symposium des Bundesministeriums für Gesundheit in Zusammenarbeit mit dem Robert-Koch-Institut vom 24. bis 26. Mai 2000 in Berlin. Band 132, (S. 169–175). Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Milad, M. P.; Klock, S. C.; Moses, S.; Chatterton, R. (1998): Stress and anxiety do not result in pregnancy wastage. *Human Reproduction*, 13, 2296–2300.

Mink, K. (2006): Spätzünder: Mutterfreuden jenseits der 40. [Online]. Verfügbar unter: www.spiegel.de/panorama/leute/spaetzuender-mutterfreuden-jenseits-der-40-a-453099.html [20.03.2014].

Mohr, F. (1925): Psychophysische Behandlungsmethoden. Leipzig: Verlag von S. Hierzel.

Mose 1 (20: 17-18). Die Bibel (1984). Stuttgart: Deutsche Bibelgesellschaft.

Munsinger, H. (1975): The adopted child's IQ: A critical review. *Psychological Bulletin*, 82, 623–659.

Murray, C.; MacCallum, F.; Golombok, S. (2006): Egg donation parents and their children: follow-up at age 12 years. *Fertility Sterility*, 85: 611–618.

Murray, C. & Golombok, S. (2000): Oocyte and semen donation: a survey of UK licensed centres. *Human Reproduction*, 15, 2133–2139.

Murray, C. & Golombok, S. (2003): To tell or not to tell: the decision – making process of egg – donation parents. *Human Fertility*, 6, 89–95.

Murray, C. & Golombok, S. (2005): Going It Alone: Solo Mothers and Their Infants Conceived by Donor Insemination. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75, 242–253.

Nachtigall, C. & Wirtz, M. (1998): Wahrscheinlichkeitsrechnung und Inferenzstatistik. Statistische Methoden für Psychologen Teil 2, München: Juventa Verlag.

Nahman, M. (2008): Nodes of Desire: Romanian Egg Sellers, Dignity and Feminist Alliances in Transnational Ova Exchanges. *European Journal of Women's Studies*. 15 (2), 65–82.

National Advisory Board on Ethics in Reproduction (1996): Report and recommendations on oocyte donation. In: Cohen, C. B. (Hrsg.): *New ways of making babies: the case of egg donation*, S. 233–147. Bloomington, IN: Indiana University Press.

National Ethics Committee on Assisted Human Reproduction (2006): Guidelines on embryo donation for reproductive purposes. [Online]. Verfügbar unter: <http://www.ccels.cf.ac.uk/archives/publications/2006/danielspaper.pdf> [07.01.2010].

Nave-Herz, R. und Oßwald, U. (1989): Kinderlose Ehen. Handbuch der Familien- und Jugendforschung Band 1: Familienforschung. Nave-Herz R. und M. Markefka. Neuwied, Frankfurt a. M., Luchterhand Verlag. 1: 375–388.

Nave-Herz, R.; Onnen-Isemann, C.; Oßwald, U. (1996): Die hochtechnisierte Reproduktionsmedizin. Strukturelle Ursachen, ihre Verbreitung und Anwendungsinteressen der beteiligten Akteure, Bielefeld: Kleine Verlag.

Nienstedt, M. & Westermann, A. (2007): Pflegekinder und ihre Entwicklungschancen nach frühen traumatischen Erfahrungen. Stuttgart: Klett-Cotta.

Ningel, K. (1999): Ein Leben ohne Kinder – Gründe und langfristiger Umgang. *Zeitschrift für Familienplanung, Sexualpädagogik & Sexualberatung*, 27, 11–13.

Ningel, K.; Bengel, J.; Carl, C.; Henning, K.; Strauß, B. (2000): Variationen im Erleben und in der Bewältigung von Kinderlosigkeit – erste Teilergebnisse einer Studie zur langfristigen Bewältigung von Kinderlosigkeit. In Bodden-Heidrich, R.; Rechenberger, I. & Bender, H. G. (Hrsg.), *Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe – Beiträge der Jahrestagung 1999*, Gießen: Psychosozial Verlag, S. 201–211.

Noelle-Neumann, E. & Petersen, T. (2000): Das halbe Instrument, die halbe Reaktion. Zum Vergleich von Telefon- und Face-to-face-Umfragen. 183–200. In: Hüfken, V. (Hrsg.): *Methoden in Telefonumfragen*. Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Novak, J. & Harnik, M. (1929): Uterusblutungen psychogenen Ursprungs. *Zentralblatt für Gynäkologie*, 47: 2976–2987.

Noyes, R. W. & Chapnick, E. M. (1964): Literature on Psychology and Infertility. A Critical Analysis, *Fertility and Sterility*, 15 (5), 543–558.

Nuffield Council on Bioethics (NCoB) (2011): Human Bodies: Donation for Medicine and Research. London: Nuffield Council on Bioethics.

Nygren, K. G. (2006): Assisted reproductive technology in Europe, 2002. Results generated from European registers by ESHRE. The European Ivf-monitoring programme (EIM) for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). *Human Reproduction*, 21: 1680–1697.

Oberloskamp, H. & Hoffmann, B. (2006): Wir werden Adoptiv- oder Pflegeeltern. München: Deutscher Taschenbuch Verlag.

O’Bryant, S. L. (1987): Attachment to home and support system of older widows in Columbia Ohio. In Lopata, Z. (Ed.), *Widow* (pp. 48–70). Durham: Duke University Press.

OECD (2008): Bildung auf einen Blick 2008: OECD-Indikatoren. [Online]. Verfügbar unter: <http://www.oecd.org/dataoecd/16/8/41261663.pdf> [29.12.2009].

Ojvind, L.; Pinborg, A.; Nyboe Andersen, A. (2005): Imprinting diseases and IVF: Danish National IVF cohort study. *Human Reproduction*, 20 (4), 950–954.

Oktay, K.; Cil, A. P.; Bang, H. (2006): Efficiency of Oocyte Cryopreservation: A Meta-Analysis. *Fertility and Sterility*. 86 (1), 70–80.

Onnen-Isemann, C. (2000): Wenn der Familienbildungsprozess stockt. Eine empirische Studie über Stress und Coping-Strategien reproduktionsmedizinisch behandelter Partner. Berlin: Springer.

Orstavik, K. H.; Eiklid, K.; van der Hagen, C. B.; Spetalen, S.; Kierulf, K.; Skjeldal, O.; Buiting, K. (2003): Another case of imprinting defect in a girl with Angelman syndrome who was conceived by intracytoplasmic semen injection. *Am J Hum Genet*, 72, 218–219.

- Oyffe, I.; Lerner, A.; Isaacs, G.; Harel, Y. & Sigal, M. (1997): Clomiphene-induced psychosis. *The American Journal of Psychiatry*, 154, 1169–1170.
- Palacios, J. & Brodzinski, D. (2010): Adoption Research: trends, topics, outcomes. *International Journal Behavioral Development*, 34, 270–284.
- Panagopoulou, E.; Vedhara, K.; Gaintarzi, C.; Tarlatzis, B. (2006): Emotionally expressive coping reduces pregnancy rates in patients undergoing in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, 86 (3), 672–677.
- Papp, P. (1993): The worm in the bud: secrets between parents and children. In: E. Imber-Black (Hrsg.): *Secrets in families and family therapy* S. 66–85. New York: Norton.
- Parikh, A. R. & Liskow, B. I. (2007): Manic delirium associated with clomiphene-induced ovulation. *Psychosomatics*, 48, 65–66.
- Partrick, M.; Smith, A. L.; Meyer, W. R.; Bashford, R. A. (2001): Anonymous oocyte donation: a follow-up questionnaire. *Fertility Sterility*, 75, 1034–1036.
- Pasero, U. & Pfäfflin, U. (1986): *Neue Mütterlichkeit. Ortsbestimmungen*. Gütersloh: Gütersloher Verlagshaus Gerd Mohn.
- Pasini, W.; Rouge, S. & Meylan, J. (1980): *Sterilität und psychosomatische Infertilität*. Feuchtwangen: Sommer.
- Paul, M. S. & Berger, R. (2007): Topic avoidance and family functioning in families conceived with donor insemination. *Human Reproduction*, 22, 2566–2571.
- Paulitz, H. (2006): Bestandsaufnahme, aktuelle Herausforderungen, Entwicklungsbedarf. Gesetzlicher Auftrag der Adoptionsvermittlung. In Paulitz, H. (Hrsg.): *Adoption. Positionen Impulse Perspektiven* (S. 1–7). München: Verlag C. H. Beck oHG.
- Paulitz, H. & Baer, I. (2006): Soll aus dem Vollzeit-Pflegekind ein Adoptivkind werden? In H. Paulitz (Hrsg.): *Adoption. Positionen Impulse Perspektiven* (S. 191–206). München: Verlag C. H. Beck.
- Paulson, R. J.; Hatch, I. E.; Lobo, R. A.; Sauer, M. V. (1997): Cumulative conception and live birth rates after oocyte donation: implications regarding endometrial receptivity. *Human Reproduction*, 12: 831–839.
- Pecks, U.; Maass, N.; Neulen, J. (2011): Oocyte donation: a risk factor for pregnancy-induced hypertension – a meta-analysis and case series. *Deutsches Ärzteblatt International*, 108: S. 23–31.
- Pennings, G. (1997): The internal coherence of donor insemination practice: attracting the right type of donor without payment. *Human Reproduction*, 12, 1842–1844.
- Pennings, G. (2004): Legal harmonization and reproductive tourism in Europe. *Human Reproduction*, 19 (12), S. 2689–2694.

- Pennings, G.; de Wert, G.; Shenfield, F.; Cohen, J.; Tarlatzis, B. & Devroey, P. (2008): ESHRE task force on ethics and law 15: cross-border reproductive care. *Human reproduction* 23, 2182–2184.
- Pennings, G.; de Wert, G.; Shenfield, F.; Cohen, J.; Tarlatzis, B. & Devroey, P. (2007): ESHRE task force on ethics and law 12: oocyte donation for non-reproductive purposes, *Human Reproduction*, 22 (5), 1210–1213.
- Peters, C.; Kantaris, X.; Barnes, J.; Sutcliffe, A. M. D. (2005): Parental attitudes toward disclosure of the mode of conception to their child conceived by in-vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, 83, (4), 914–919.
- Peterson, B. D.; Newton, C. R. & Feingold, T. (2006 a): Anxiety and sexual stress in men and women undergoing infertility treatment. *Fertility and Sterility*, 88 (4), 911–914.
- Peterson, B. D.; Newton, C. R.; Rosen, K. H. (2003): Examining congruence between Partner's perceived Infertility – Related Stress and its Relationship to marital adjustment and Depression in infertile Couples. *Family Process*, 42: 59–70.
- Peterson, B. D.; Newton, C. R.; Rosen, K. H.; Skaggs, G. E. (2006 a): Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Human Reproduction*, 21 (9), 2443–2449.
- Peterson, B. D.; Newton, C. R.; Rosen, K. H.; Skaggs, G. E. (2006 b): Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Human Reproduction*, 21 (9), 2443–2449.
- Peterson, B. D.; Newton, C. R.; Rosen, K. H.; Skaggs, G. E. (2006 c): The relationship between coping and depression in men and women referred for in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, 85 (3), 802–804.
- Peterson, B. D.; Pirritano, M.; Christensen, U. & Schmidt, L. (2008): The impact of partner coping in couples experiencing infertility. *Human Reproduction*, 1–10.
- Pettee, D. & Weckstein, L. N. (1993): A survey of parental attitudes toward oocyte donation. *Human Reproduction*, 8 (11), 1963–1965.
- Pfeiffer, E.; Lehmkuhl, U. & Frank, R. (2001); Psychische Langzeitfolgen von Kindesmisshandlung. *Familie, Partnerschaft, Recht*, 7, 282–287.
- Pierce, J.; Reitmeier, P. J.; Jameton, A.; Maclin, V. M. & DeJonge, C. J. (1995): Should gamete donation between family members be restricted? The case of a 16-year-old donor. *Human Reproduction*, 10, 1330–1332.
- Pook, M. & Krause, W. (2005): The impact of treatment experiences on the course of infertility distress in male patients. *Human Reproduction*, 20 (3), 825–828.
- Power, M.; Baber, R.; Abdalla, H.; Kirkland, A.; Leonard, T. & Studd, J. W. (1990): A comparison of the attitudes of volunteer donors and infertile patient donors on an ovum donation programme. *Human Reproduction*, Vol.5 (3), 352–355.

Price, F. (1993): Beyond expectation: clinical practices and clinical concerns. In: Edwards, J.; Franklin, S. ; Hirsch, E.; Price, F. & Strathern, M. (Hrsg.): *Technologies of Procreation: Kinship in the Age of Assisted Conception* (S. 29–86). Manchester: Manchester University Press.

Propping, P. (2003): Frühe Embryonalentwicklung – komplexer als vermutet. *Deutsches Ärzteblatt*, 100 (36), 2296–2298.

Strauss, G. & Petri, E. (1991): *Praktische Gynäkologie für Studium, Klinik und Praxis*. 5. Auflage. Berlin: de Gruyter.

Rabe, O. (1952): Gynäkologische Blutungsstörungen in psychologischer Sicht. *Zentralblatt für Gynäkologie*, 30, 1170–1171.

Racamier, P. C. (1955): Maladies des fonctions reproductrices de la femme, *Psychiatrie EMC* 37490 c 10, 2.

Radke-Yarrow, M.; Cummings, E. M.; Kuzcynski, L.; Chapman, M. (1985): Patterns of attachment in two- and three-year-olds in normal families and families with parental depression. *Child development* 56: 884–893.

Ragni, G.; Mosconi, P.; Baldini, M. P.; Somiglians, E.; Vegetti, W.; Caliarì, I.; Nicolosi, A. E. (2005): Health-related quality of life and need for IVF in 1000 Italian infertile couplet. *Human Reproduction*, 20 (5), 1286–1291.

Ramezanzadeh, F.; Aghssa, M. M.; Abedinia, N.; Zayeri, F.; Khanafshar, N.; Shariat, M. & Jafarabadi, M. (2004): A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. *BMC Women's Health*, 4 (9), 1–7.

Raoul-Duval, A.; Letur-Konirsch, H.; Frydman, R. (1992): Anonymous oocyte donation: a psychological study of recipients, donors and children. *Human Reproduction*, 7 (1), 51–54.

Rapport, F. (2003): Exploring the beliefs and experiences of potential egg share donors. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (1), 28–42.

Readings, J.; Blake, L.; Casey, P.; Jadva, V.; Golombok, S. (2012): Secrecy, disclosure and everything in-between: decisions of parents of children conceived by donor insemination, egg donation and surrogacy. *Reproduction Biomedicine Online*, 11, 1–21.

Repokari, L.; Punamäki, R. L.; Unkila-Kallio, L.; Vilks, S.; Poikkeus, P.; Sinkkonen, J.; Almqvist, F.; Tiitinen, A. & Tulppala, M. (2007): Infertility treatment and marital relationships: a 1-year prospective study among successfully treated ART couples. *Human Reproduction*. 22 (5), 1481–1491.

Rhode, A. (2004): Zur psychischen Situation ungewollt kinderloser Paare. Das Online-Familienhandbuch [Online]. Verfügbar unter: www.familienhandbuch.de/cmain/f_Aktuelles/a_Gesundheit/s-204.html [29.11.2005].

Richter, A. A. (1797). *Guther Rath an junge Mütter, Ammen und Kinderwärterinnen zur zweckmäßigen Behandlung der Kinder*. Halle.

Riddle, M. P.; Applegarth, L.; Josephs, L.; Grill, E.; Cholst, I. & Rosenwaks, Z. (2004): Psychological characteristics of sister oocyte donor candidates: a comparison against anonymous donor candidates using the MMPI-2. *Fertility and Sterility*, 82, 100.

Riedle, H.; Gilling-Riedle, B. Riedle, B. (2005): *Adoption. Alles was man wissen muss*. Würzburg: TiVan Verlag:

Ritsert, J. (1972): *Inhaltsanalyse und Ideologiekritik. Ein Versuch über kritische Sozialforschung*. Frankfurt: Athenäum.

Ritzer, G. (1995): *Die McDonaldisierung der Gesellschaft*. Frankfurt/M.: Verlag S. Fischer.

- Robertson, J. (1989): Ethical and legal issues in egg donation. *Fertility and Sterility*, 52, 353–363.
- Robinson, G. E.; Garner, D. M.; Gare, D. J.; Crawford, B. (1987): Psychological adaptation to pregnancy in childless women more than 35 years of age. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 156, 328–333.
- Robinson, G. E.; Olmsted, M.; Garner, D. M.; Gare, D. J. (1988): Transition to parenthood in elderly primiparas. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 9, 89–101.
- Rock, J.; Tietze, C. & McLaughlin, H. B. (1965): Effect of Adoption on Infertility, *Fertility and Sterility*, 16 (3), 305–312.
- Röchling, W. (2004): Adoption. Köln: Deutscher Taschenbuch Verlag.
- Rogers, F. S. (1950): Emotional Factors in Gynecology. *Am. J. Obst. & Gynec.*, 59 (2), 321–327.
- Romberg, J. (2007): Was ist Mutterliebe. *GEO*, 5(5), 147–165.
- Rosenthal, R.; Rosnow, R. L. (1975): *The Volunteer Subject*. New York: Wiley.
- Rosignol, S.; Steunou, V.; Chalas, C.; Kerjean, A.; Rigolet, M.; Viegas-Pequignot, E.; Jouannet, P.; Le Bouc, Y.; Gicquel, C. (2006): The epigenetic imprinting defect of patients with Beckwith-Wiedemann syndrome born after assisted reproductive technology is not restricted to the 11p15 region. *Journal Med. Genetic*, 43 (12), 902–907.
- Rousseau, J. J. (1998): *Emil oder Über die Erziehung*. 13. Auflage. Paderborn: Verlag Ferdinand Schöningh.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Donor Insemination. London: RCOG; 1987.
- Royal Commission on New Reproductive Technologies. (1993): *Proceed with care: Final Report on the Royal Commission on New Reproductive Technologies*. Ottawa, Canada: Canadian Government Publishing.
- Rubenstein, B. B. (1951): An emotional Factor in Infertility. A psychosomatic Approach. *Fertility & Sterility*, 2 (1), 80–86.
- Sandler, B. (1965): Conception after Adoption: A Comparison of Conception Rates. *Fertility and Sterility*, 16 (3), 313–322.
- Sants, H. J. (1964): Genealogical bewilderment in children with substitute parents. *British Journal of Medical Psychology*, 37, 133–141.
- Sauer, Kavic (2006): Oocyte and embryo donation 2006: reviewing two decades of innovation and controversy. *Reproductive Biomedicine Online*. 12, 153
- Sarafini, E. P. (2006): *Health Psychology: Biopsychosocial Interactions*. New York: John Wiley & Sons.

- SART Registry (2002): Assisted reproductive technology in the United States: 1998 results generated from the American Society for Reproductive Medicine/ Society for Assisted Reproductive Technology Registry. *Fertility Sterility*, 77, 18–31.
- Sauer, M. V.; Rodi, I. A.; Scrooc, M.; Bustillo, M. & Buster, J. E. (1988): Survey of attitudes regarding the use of siblings for gamete donation. *Fertility and Sterility*, 49, 721–722.
- Saunders, D. M. & Garner, F. (1996): Oocyte donation using „known“ donors: it may seem the convenient answer but who pays? *Human Reproduction*, 11, 2356–2357.
- Schechter, M. D. & Bertocci, D. (1990): The meaning of the search. In Brodzinsky, D. M. and Schechter, M. D. (Hrsg.): *The Psychology of Adoption*. Oxford: Oxford University Press.
- Scheib, J. E.; Riordan, M.; Rubin, S. (2003): Choosing identity-release sperm donors: the parents' perspective 13–18 years later. *Human Reproduction*, 18, 1115–1127.
- Scheib, J. E.; Riordan, M. & Rubin, S. (2005): Adolescents with open-identity sperm donors: reports from 12–17 year olds. *Human Reproduction*, 20, 239–252.
- Schenker, J. G. (1995): Oocyte donation by a minor to her mother. *Human Reproduction*, 10, 1332.
- Schindele, E. (2006): Der Eierdeal – das globale Geschäft mit menschlichen Eizellen. [Online]. Verfügbar unter: <http://www.dradio.de/dlf/sendungen/wib/545060/> [04.06.2011].
- Schmidt, L.; Holstein, B. E.; Boivin, J.; Tjornhoj-Thomsen, T.; Blaabjerg, J.; Hald, F.; Rasmussen, P. E.; Nyboe Andersen, A. (2003): High ratings of satisfaction with fertility treatment are common: findings from the Copenhagen Multi-centre Psychosocial Infertility (COMPI) Research Programme. *Human Reproduction*, 18 (12), 2638–2646.
- Schmidt, L.; Holstein, B. E.; Christensen, U. & Boivin, J. (2005): Communication and coping as predictors of fertility problem stress: cohort study of 816 participants who did not achieve a delivery after 12 month of fertility treatment. *Human Reproduction*. 20 (11), 3248–3256.
- Schmidt, L.; Holstein, B. E.; Christensen, U. & Boivin, J. (2005): Communication and coping as predictors of fertility problem stress: cohort study of 816 participants who did not achieve a delivery. *Human Reproduction*, Advance Access July 8.
- Schmitt-Stögebauer, A. (1991): Aspekte des Selbsterlebens älterer lediger Frauen. Untersuchung zum Selbstbild und Fremdbild lediger Frauen der Jahrgänge 1919–1933 im Vergleich zu verheirateten Frauen derselben Jahrgänge. Münster: Waxman.
- Schneewind, K. A. (1997): Ehe ja, Kinder nein – eine Lebensform der Zukunft? *System Fam.*, 10, 160–165.
- Schneider, J. (2008): Fatal colon cancer in a young egg donor: a physician mother's call for follow up and research on the long – term risks of ovarian stimulation. *Fertility Sterility*, 90 (5), S. 2011–2015.
- Schneider, I. & Herrmann, L. (2005): Ausbeutung von Frauen: Das Geschäft mit den Eizellen, [Online]. Verfügbar unter: www.Geburtskanal.de/ [13.03.2011].

- Schneider, M. G. & Forthofer, M. S. (2005): Associations of Psychosocial Factors with the Stress of Infertility Treatment. *Health and Social Work*, 30 (3), 183–191.
- Schneider, N. F. (1996): Bewusst kinderlose Ehepaare. *Z Frauenforsch*, 14, 128–137.
- Scholl, A. (2003): Die Befragung. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft mbH.
- Schover, L. R.; Collins, R. L.; Quigley, M. M.; Blankstein, J. & Kanoti, G. (1991): Psychological follow-up of women evaluated as oocyte donors. *Human Reproduction*, 6: 1487–1491.
- Schreier, M. & Odag, Ö. (2010). Mixed methods. In G.Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 263 - 277). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Schröder, N. (2010): Schwanger ab 40 – nicht nur in Hollywood Trend. [Online]. Verfügbar unter: <http://www.morgenpost.de/vermischtes/stars-und-promis/article1326644/Schwanger-ab-40-nicht-nur-in-Hollywood-Trend.html> [20.03.2014].
- Schuh, H. (2004): Roulette in der Retorte. In-vitro-Fertilisation kann bei Menschen ähnliche Schäden verursachen wie das Klonen bei Tieren. Mediziner streiten über die Ursachen und Konsequenzen. *Die Zeit*, 25, 35.
- Seibel, M. M.; Zilberstein, M. & Seibel, S. G. (1996): Gamete donation mirrors society. *Human Reproduction*, 11, 941.
- Selting, M; Auer, P.; Barden, B.; Bergmann, J.; Couper-Kuhlen, E.; Günthner, S.; Meier, C.; Quasthoff, U.; Schoblinski, P. & Uhmman, S. (1998). Gesprächsanalytisches Transkriptionssystem (GAT). Retrieved Juni 13, 2015, from <http://www.germanistik.uni-hannover.de/fileadmin/deutsches-seminar/publikationen/gat.pdf>
- Selye, H. (1950): The physiology and pathology of exposure to stress. *Montreal Acta Medical Publishers*, 6, S. 822.
- Selye, H. (1953): Einführung in die Lehre vom Adaptionssyndrom. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Serafini, P. (2001): Outcome and follow-up of children born after IVF-surrogacy. *Human Reproduction Update*, 7 (1), 23–27.
- Shehab, D.; Duff, J.; Pasch, L. A.; McDougall, K.; Scheib, J. E.; Nachtigall, R. D. (2008): How parents whose children have been conceived with donor gametes make their disclosure decision: contexts, influences and couple dynamics. *Fertility Sterility*, 89, 179–187.
- Shelton, K. H.; Boivin, J.; Hay, D.; van den Bree, M. B. M.; Rice, F. J.; Harold, G. T. & Thapar, A. (2009): Examining differences in psychological adjustment problems among children conceived by assisted reproductive technologies. *International Journal of Behavioral Development*, 33, 385–392.

Shenfield, F.; de Mouzon, J.; Pennings G.; Ferraretti, A. P.; Nyboe Andersen, A.; de Wert, G.; Goossens, V. & the ESHRE Task Force on Cross Border Reproductive Care (2010): Cross border reproductive care in six European countries. *Human Reproduction*, 25(6): 1361–1368.

Shenfield, F.; Pennings, G.; Sureau, C.; Cohen, J.; Devroey, P. & Tarlatzis, B. (2002): III Gamete and Embryo donation. ESHRE Task Force on Ethics and Law. *Human Reproduction* 7 (5), S. 1407–1408.

Shorter, E. (1977): Die Geburt der modernen Familie. Hamburg: Rowohlt.

Shorter, E. (1975): Der Wandel der Mutter-Kind-Beziehung zu Beginn der Moderne. *Geschichte und Gesellschaft* (2/3), S. 256–287.

Siedentopf, F.; Horstkamp, B.; Stief, G. & Kentenich, H. (1997): Clomiphene citrate as a possible cause of a psychotic reaction during infertility treatment. *Human Reproduction*, 12, 706–707.

Singapore Bioethics Advisory Committee (2008): A report on the donation of human eggs for research, Zugriff am 19.08.2011 <http://www.bioethics-singapore.org/> (click on Publications; click on the relevant report).

Skoog Svanberg, A.; Lampic, C.; Bergh, T. & Lundkvist, Ö. (2003): Public opinion regarding oocyte donation in Sweden. *Human Reproduction*. 18 (5), S. 1107–1114.

Slade, A.; Belsky, J.; Aber, J. L. & Phelps, J. L. (1999): Mother's representations of their relationships with their toddlers: Links to adult attachment and observed mothering. *Developmental Psychology*, 35, 611–619.

Slade, P.; O'Neill, C.; Simpson, A. J.; Lashen, H. (2007): The relationship between perceived stigma, disclosure patterns, support and distress in new attendees at an infertility clinic. *Human Reproduction*, 22 (8), 2309–2317.

Slade, P. (1981): Sexual attitudes and social role orientations in infertile women. *Journal of Psychosomatic Research*, 25: 183–186.

Smeenk, J. M. J.; Verhaak, C. M.; Eugster, A.; van Minnen, A.; Zielhuis, G. A.; Braat, D. D. M. (2001): The effect of anxiety and depression on the outcome of in-vitro fertilization. *Human Reproduction*, 16 (7), 1420–1423.

Snowden, C. (1994): What makes a mother? Interviews with mothers involved in egg donation and surrogacy. *Birth*, 21, 77–84.

Snowden, R. (1990): The family and artificial reproduction. In Bromham, D. R.; Dalton, M. E. & Jackson, J. C. (Hrsg.): *Philosophical Ethics in Reproductive Medicine*. Manchester: Manchester University Press.

Snowden, R.; Mitchell, G. D. & Snowden, E. M. (Hrsg. Martius, G.) (1985): *Artefizielle Reproduktion*. Bücherei des Frauenarztes. Band 18. Beihefte der *Zeitschrift für Geburtshilfe und Perinatologie*. Stuttgart: Enke.

Snowden, R.; Mitchell, G. D. & Snowden, E. M. (1983): *Artificial Reproduction. A Social Investigation*. London: Georg Allen and Unwin.

Söderström-Anttila, V.; Sälevaara, M. & Suikkari, A. M. (2010): Increasing openness in oocyte donation families regarding disclosure over 15 years. *Human Reproduction*, 25, 2535–2542.

Söderström-Anttila, V.; Sajaniemi, N.; Tiitinen, A. & Hovatta, O. (1998): Health and development of children born after oocyte donation compared with that of those born after in-vitro fertilization, and parents' attitudes regarding secrecy. *Human Reproduction*, vol. 13, (7), 2009–2015.

Söderström-Anttila, V. (1995): Follow-up study of Finnish volunteer oocyte donors concerning their attitudes to oocyte donation. *Human Reproduction*, 10, 3073–3076.

Solomon, J. & George, C. (1996): Defining the caregiving system: Towards a theory of caregiving. *Infant Mental Health Journal*, 17, 183–197.

Spar, D. L. (2006): *The baby business*. Boston: Harvard business school press.

Spiewak, M. (2002): Schwanger um jeden Preis. Im Ausland kaufen deutsche Paare Eizellen und lassen Embryonen testen. Fortpflanzungstouristen umgehen die strengen deutschen Gesetze. *Zeit Online*. [Online]. Verfügbar unter: http://www.zeit.de/2002/20/200220_ivf-tourismus_xml[13.06.2011].

Spiewak, M. (2009): Die Ausweitung der Grauzone. *Zeit Online* [Online]. Verfügbar unter: <http://www.zeit.de/2009/30/M-PID-IVF?page=all&print=true>[10.11.2009].

Spiewak, M. (2011): Für ein Baby nach Prag. Bisher sind Eizellspenden nur im Ausland erlaubt – das sollte sich ändern. Unterwegs mit einem unfruchtbaren Paar. *Zeit Online*. [Online]. Verfügbar unter: <http://www.zeit.de/2011/45/Eizellenspende> [20.03.2014].

Spitz, R. A. (1980): *Vom Säugling zum Kleinkind. Naturgeschichte der Mutter-Kind-Beziehungen im ersten Lebensjahr*. Stuttgart: Klett-Cotta.

Spitz, R. A. (1945): Hospitalism. *The Psychoanalytic Study of the Child*, (1), S. 53 ff.

Stamm, M. (2001): Wie viel Mutter braucht das Kind? Theoretische Befunde und empirische Fakten zur Frage der Nützlichkeit oder Schädlichkeit von früher familienexterner Betreuung. *Diskurs Kindheits- und Jugendforschung*, 1, 17–29.

Statistisches Bundesamt (2006): Für 10.200 Kinder beginnt Vollzeitbetreuung in Pflegefamilien. Pressemitteilung Nr. 347 vom 31.08.2007. [Online]. Verfügbar unter: http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2007/08/PD07__347__225.psml [26.11.2008].

Statistisches Bundesamt (2013). *Bildungsstand der Bevölkerung 2013*. (S. 26–28) [Online]. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/BildungForschungKultur/Bildungsstand/BildungsstandBevoelkerung5210002137004.pdf?__blob=publicationFile[16.03.2014].

Stauber, M. (1988): *Psychosomatik der sterilen Ehe*. 2. Auflage, Berlin: Grosse.

- Stauber, M. (1993): Psychosomatik der ungewollten Kinderlosigkeit. Berlin: Medizinische Verlagsanstalt.
- Stegner, H. E. (1996): Gynäkologie und Geburtshilfe. 6. Auflage, Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- Steinbock, B. (2004): Payment for egg donation and surrogacy. *Mount Sinai Journal of Medicine*, 71, 255–265.
- Steiner, A. Z.; M. D.; M. P. H.; Paulson, R. (2007): Motherhood after age 50: an evaluation of parenting stress and physical functioning. *Fertility and Sterility*, 87 (6), 1327–1332.
- Steinke, I. (1999): Kriterien qualitativer Forschung. Ansätze zur Bewertung qualitativ-empirischer Sozialforschung. München: Juventa Verlag.
- Steinke, I. (2005). Qualitätssicherung in der qualitativen Forschung. Retrieved Juli 12, 2015, from http://www.caqd.de/attachments/037__Steinke.pdf
- Steinke, I. (2008). Gütekriterien qualitativer Forschung. In U. Flick, E. von Kardoff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 319-331). Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH
- Stern, J. E.; Cramer, C. P.; Garrod, A. & Green, R. M. (2001): Access to services at assisted reproductive technology clinics: A survey of policies and practices. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 184, 591–597.
- Sternberg, J. H. (1802): Über die Ernährung der Kinder in den ersten Jahren, zur Belehrung der Mütter. Hamburg.
- Stevens, M.; Perry, B.; Burston, A.; Golombok, S. & Golding, J. (2003): Openness in lesbian-mother families regarding mother's sexual orientation and child's conception by donor insemination. *Journal reproductive Infant psychology*, 21, S. 347–362.
- Stieve, H. (1952). Der Einfluß des Nervensystems auf Bau und Tätigkeit der Geschlechtsorgane des Menschen. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Stöbel-Richter, Y.; Beutel, M. E.; Finck, C. & Brähler, E. (2005): The „wish to have a child“, childlessness and infertility in Germany. *Human Reproduction*. 20 (10), 2850–2857.
- Strauß, B. (1991): Psychosomatik der Sterilität und der Sterilitätsbehandlung. Stuttgart: Enke.
- Strauß, B. (Hrsg.) (2000): Ungewollte Kinderlosigkeit. Psychologische Diagnostik, Beratung und Therapie. Göttingen, Hogrefe.
- Strauß, B.; Bengel, J.; Carl, C. & Ningel, K. (2000): Untersuchung zur langfristigen Verarbeitung von Kinderlosigkeit und zu Konsequenzen für psychosoziale Beratungskonzepte. Abschlussbericht im Rahmen des Förderschwerpunktes „Fertilitätsstörungen“ und Technologie, Förderkennzeichen 01K9604/4.
- Strauß, B., Brähler, E. & Kentenich, H. (2004): Fertilitätsstörungen – psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie. Stuttgart, New York: Schattauer Verlag.

Strauss, A. L. (1998). Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirisch soziologischen Forschung, 2. Auflage. München: Fink.

Sundby, J.; Schmidt, L.; Heldaas, K.; Bugge, S.; Tanbo, T. (2007): Consequences of IVF among women: 10 years post-treatment. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28 (2), 115–120.

Sureau, C. & Shenfield, F. (1995): Oocyte donation by a daughter. *Human Reproduction*, 10, 1334.

Sutcliffe, A. G.; Peters, C. J.; Bowdin, S.; Temple, K.; Reardon, W.; Wilson, L.; Clayton-Smith, J.; Brueton, L. A.; Bannister, W.; Maher, E. R. (2006): Assisted reproductive therapies and imprinting disorders – a preliminary British survey. *Human Reproduction*, 21 (4), 1009–1011.

Svanberg, A. S.; Lampic, C.; Bergh, T. & Lundkvist, O. (2003): Charakterization of potential oocyte donors in Sweden. *Human Reproduction*, 18, 2205–2215.

Sydsjö, G.; Ekholm, K.; Wadsby, M.; Kjellberg, S. & Sydsjö, A. (2005): Relationships in couples after failed IVF treatment: a prospective follow-up study. *Human Reproduction*, 20 (7), 1952–1957.

Sydsjö, G.; Wadsby, M.; Kjellberg, S. & Sydsjö, A. (2002): Relationships and parenthood in couples after assisted reproduction and in spontaneous primiparous couples: a prospective long-term follow-up study. *Human Reproduction*, 17 (12), 3242–3250.

Szantowicz, M. (2005): Die Unfruchtbarkeitstherapie mit den Methoden der Assistierte Reproduktionstechnologie (ART) in Polen. In H. Hofmann (Hrsg.), *Biopolitik Grenzenlos. Stimmen aus Polen*. (S. 51–54). Herbolzheim: Centaurus Verlag.

Tashakkari, A. & Teddlie, C. (1998). *Mixed methodology*. Thousand Oaks: Sage

Tashakkari, A. & Teddlie, Ch. (2003). *Handbook of Mixed Methods in Social and Behavioral Research*. Thousand Oaks: Sage

Taubert, H. D. (1998): Sterilität und Infertilität. In: Schmidt-Matthiesen, H. (Hrsg.): *Gynäkologie und Geburtshilfe*. 9. Auflage, S. 117–132. Stuttgart: Schattauer.

Templeton, S. (2008): Heartbreak of infertile women who trade eggs for cheap IVF. *The Sunday Times*, 13.01.08,

Templeton, A.; Morris, J. K.; Parslow, W. (1996): Factors that affect outcome of in-vitro fertilisation treatment. *The Lancet*, 348, 1402–1406.

Textor, M. R. (1993): Inlandsadoptionen: Herkunft, Familienverhältnisse und Entwicklung der Adoptivkinder. In: Hoksbergen, R. A. C. & Textor M. R. (Hrsg.): *Adoption. Grundlagen, Vermittlung, Nachbetreuung, Beratung* Freiburg: Lambertus, S. 41–62.

Textor, M. R. (1998): Pflege- und Adoptivfamilien. In: M. R. Textor (Hrsg.): *Hilfe für Familien. Eine Einführung für psychosoziale Berufe*. Weinheim/Basel: Beltz, 91–108.

Textor, M. R. (1990): Die unbekanntenen Eltern. Adoptierte auf der Suche nach ihren Wurzeln. *Zentralblatt für Jugendrecht*, 77, 10–14.

The American Society for Reproductive Medicine (2003): Ethics Committee Report of the American Society for Reproductive Medicine: Family members as gamete donors and surrogates. *Fertility and Sterility* 80: 1124–1130.

Thompson, C. (2005): *Making Parents. The Ontological Choreography of Reproductive Technologies (Inside Technology)*. Cambridge: MIT Press.

Thöne, C. & von Hagens, C. (2006): Unfreiwillige Kinderlosigkeit – ein brennendes Problem. In Paulitz, H. (Hrsg.): *Adoption. Positionen, Impulse, Perspektiven* München: Verlag C. H. Beck S. 20–32.

Thorn, P. (2006): Gametenspende und Kindeswohl – Entwicklungen in Deutschland und in der internationalen Fortpflanzungsmedizin. *Hessisches Ärzteblatt*, 3, 173–175.

Thorn, P. (2006). Recipient counselling for donor insemination. In: S. N. Covington & L. H. Burns (Hrsg.): *Infertility Counselling: A Comprehensive Handbook*, 2nd edition. New York: Cambridge University Press.

Thorn, P. (2006 a): Die Geschichte unserer Familie. Ein Buch für Familien, die sich mit Hilfe der Spendersamenbehandlung gebildet haben. Mörfelden: FamART Verlag.

Thorn, P. (2008): Expertise. Reproduktives Reisen. Herausgeber: pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik & Sexualberatung. [Online]. Verfügbar unter:http://www.profamilia.de/fileadmin/publikationen/Fachpublikationen/expertise_reproduktives_reisen.pdf [02.06.2011].

Thorn, P. (2012): Woher manche Babys kommen. Ein Erklärungs- und Aufklärungsbuch für Kinder, die mit medizinischer Hilfe gezeugt wurden. Mörfelden: FamART Verlag.

Thorn, P. & Daniels, K. (2000): Die Praxis der donogenen Insemination in Deutschland. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 60, 630–637.

Thorn, P. & Daniels, K. (2008). Pro und Contra Kindesaufklärung nach donogener Insemination – Neuere Entwicklungen und Ergebnisse einer explorativen Studie. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 67, S. 993–1001.

Thorn, P. & Rinaldi, T. (2012): Ein Buch für Familien, die sich mit Hilfe der Spendersamenbehandlung gebildet haben, 2. Auflage, Mörfelden: FamART Verlag.

Thorn P. & Wischmann T. (2008 a): Leitlinien für die psychosoziale Beratung bei Gametenspende. *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie*; 6, 147–152.

Thorn, P. & Wischmann, T. (2008 b). Leitlinien für die psychosoziale Beratung bei Gametenspende. *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie*. 3, S. 147–152.

Thorn P., Wischmann T. (2010): Leitlinien des BKiD „Psychosoziale Beratung für Frauen und Männer, die eine Kinderwunschbehandlung im Ausland beabsichtigen“. *Journal Reproduktionsmed Endokrinologie* 7, 394–402.

- Thurer, S. (1995): *Mythos Mutterschaft*. München: Droemer Knaur.
- Tölle, R. (1999): *Psychiatrie*, 12. Auflage, Berlin: Springer.
- Toppe, S. (1993): *Die Erziehung zur guten Mutter. Medizinisch pädagogische Anleitungen zur Mutterschaft im 18 Jahrhundert*. Oldenburg: Bibliotheks- und Informationssystem der Universität Oldenburg.
- Toren, P.; Dor, J.; Mester, R.; Mozes, T.; Blumensohn, R.; Rehavi, M. & Weizmann, A. (1996): Depression in women treated with a gonadotropin releasing hormone agonist. *Biological Psychiatry*, 39, 378–382.
- Triseliotis, J. (1973): *In Search of Origins. The Experiences of Adopted People*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Trounson, A.; Leeton, J.; Besanka, M.; Wood, C. & Conti, A. (1983): Pregnancy established in an infertile patient after transfer of a donated embryo fertilized in vitro. *British Medical Journal*, 286, 835–838.
- Tully, L.A.; Moffitt, T. E.; Caspi, A. (2003): Maternal adjustment, parenting and child behavior in families of school-aged twins conceived after IVF and ovulation induction. *Journal of Child psychology and psychiatry*, 44: 311–325.
- Turner, A. J. & Coyle, A. (2000): What does it mean to be a donor offspring? The identity experiences of adults conceived by donor insemination and the implications for counselling and therapy. *Human Reproduction*, 15, 2041–2051.
- Turner, B. & Ziegler, G. (2008): Schattenbericht zum 6. Staatenbericht der Bundesregierung Deutschland, 2007. Zum Übereinkommen der Vereinten Nationen zur Beseitigung jeder Form der Diskriminierung der Frau (CEDAW). [Online]. Verfügbar unter: http://www.wunschkind.de/fileadmin/user_upload/PDFs/PDFs_Infoblaetter/Alternative_report_Germany43_Wunschkind-eV_2008_dt.pdf [10.11.2011].
- Turner & Coyle (2000): What does it mean to be a donor offspring? The identity experiences of adults conceived by donor insemination and the implications for counselling and therapy. *Human Reproduction*, 15, 2041.
- Tyler, E. T.; Bonapart, J. & Grant, J. (1960): Occurrence of Pregnancy Following Adoption. *Fertility and Sterility*, 11: 581–589.
- Ulrich, D.; Gagel, D. E.; Hemmerling, A.; Pastor, V. S.; Kentenich, H. (2004): Couples becoming parents: something special after IVF? *J Psychosom Obstet Gynecol*, 25, 99–113.
- Van Balen, F.; Naaktgeboren, N. & Trimbos-Kemper, C. M. (1996): In-vitro fertilization: the experience of treatment, pregnancy and delivery. *Human Reproduction*, 11 (1), 95–98.
- Van Berkel, D.; Candido, A. & Pijffers, W. H. (2007): Becoming a mother by non-anonymous egg donation: Secrecy and the relationship between egg recipient, egg donor and egg donation child. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28 (2), 97–104.

- Van den Akker, O. A. (2000): The importance of a genetic link in mothers commissioning a surrogate baby in the UK. *Human Reproduction*, 15, 1849–1855.
- Van den Akker, O. A. (2006): A review of family donor constructs: Current research and future directions, *Fertility and Sterility*, 12, 91–101.
- Vaskovics, L. A. (2002): Pluralisierung der Elternrolle. Soziale, biologische, genetische und rechtliche Elternschaft. In: Brähler, E., Stöbel-Richter, Y. & Hauffe, U. (Hrsg.): *Vom Stammbaum zur Stammzelle*. Gießen: Psychosozial Verlag, S. 29–45.
- Vayena, E. & Golombok, S. (2012): Challenges in Intra-family donation. In Richards, M.; Pennings, G.; Appleby (Hrsg.): *Reproductive Donation: Policy, practice and bioethics*, Cambridge: Cambridge University Press, S. 168–189.
- Verhaak, C. M.; Smeenk, J. M. J.; van Minnen, A.; Kremer, J. A. M. & Kraaijmaat, F. W. (2005 a): A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. *Human Reproduction*. 20 (8), 2253–2260.
- Voß, A.; Soeffner, H. G.; Krämer, U. & Weber, W. (1994): Ungewollte Kinderlosigkeit als Krankheit. Opladen: Westdeutscher Verlag GmbH.
- Wacker (2006): Interstaatliche Adoptionsvermittlungsstelle in Deutschland, Vermittlungspraxis, Kinderhandel. In Paulitz (Hrsg.): *Adoption. Positionen Impulse Perspektiven*. München: Verlag C.H. Beck. S. 327–349.
- Waldby, C. & Mitchell, R. (2006): *Tissue Economies*. Durham: Duke University Press.
- Wallich, E. W. (1810): *Anleitung für Mütter zur Ernährung und Behandlung der Kinder in den ersten Lebensjahren*. Wien.
- Wang, K.; Li, J.; Zhang, J. X.; Zhang, L.; Yu, J.; Jiang, P. (2007): Psychological characteristics and marital quality of infertile women registered for in vitro fertilization-intracytoplasmic sperm injection in China. *Fertility and Sterility*, 87 (4), 792–798.
- Warren, S. B. (1992): Lower threshold for referral for psychiatric treatment for adopted adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1331–1337.
- Watson, J. B. (1928): *Psychological Care of Infant and Child*. New York: Norton.
- Weil, E.; Cornet, D.; Sibony, C.; Mandelbaum, J. & Salat-Baroux, J. (1994): Psychological aspects in anonymous and non-anonymous oocyte donation. *Human Reproduction*, 9, 1344–1347.
- Weir, W. C. & Weir, D. R. (1966): Adoption and Subsequent Conceptions, *Fertility and Sterility*, 17 (2), 283–288.
- Wendland, C.; Byrn, F. & Hill, C. (1996): Donor insemination: a comparison of lesbian couples, heterosexual couples and single woman. *Fertility Sterility*, 65, 764–770.
- Wertheimer, A. (2008): Exploitation. In: E. N. Zalta (Hrsg.): *Stanford Encyclopedia of Philosophy*. Zugriff am 25.01.2011 <http://www.plato.stanford.edu/entries/exploitation/>

Wewetzer, H. (2010): „Wir müssen auch auf das Wohl der Mutter achten.“ Mediziner fordert neue Rechtsgrundlage. *Der Tagesspiegel* [Online] Verfügbar unter: <http://www.tagesspiegel.de/wissen/wir-muessen-auch-auf-das-wohl-der-mutter-achten-mediziner-fordert-neue-rechtsgrundlage/1949222.html> [08.10.2011].

White, A. E. (2006): The morality of an internet market in human ova. *The Journal of Value InquirI*, 40, 311–321.

Wieder, H. (1977): Wie verarbeiten Kinder die Mitteilung über ihre Adoption? (S. 48–65). In: Harms, E. & Strehlow (Hrsg.): *Das Traumkind in der Realität. Psychoanalytische Einblicke in die Probleme von adoptierten Kindern und ihren Familien*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Wieder, H. (1990): Sollen Betroffene über ihre Adoption aufgeklärt werden, und wann? (S. 34–47). In Harms, E. & Strehlow (Hrsg.): *Das Traumkind in der Realität. Psychoanalytische Einblicke in die Probleme von adoptierten Kindern und ihren Familien*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Wiemann, I. (1994): Ratgeber Pflegekinder. Erfahrungen, Hilfen, Perspektiven. Reinbek: Rowohlt.

Williams, K. E.; Stemmler, P. G.; Westphal, L. M. & Rasgon, N. L. (2011): Mood disorders in oocyte donor candidates: brief report and implications for future research. *Human Reproduction*, 26 (4), 847–852.

Windridge, K. C. & Berryman, J. C. (1996): Maternal adjustment and maternal attitudes during pregnancy and early motherhood in women 35 and over. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 14, 44–55.

Windridge, K. C. & Berryman, J. C. (1999): Women's experiences of giving birth after 35. *Birth*, 26, 16–23.

Winston, R. (2008): Sperm donors and secrecy. *The Times*, 22.09.2008.

Winter, A. & Daniluk, J. A. (2004): A gift from the heart: the experiences of women whose egg donations helped their sisters become mothers, *Journal of Counselling and Development*, 82, 483–495.

Wirtberg, I.; Möller, A.; Hogström, L.; Tronstad, S. E. & Lalos, A. (2007): Life 20 years after unsuccessful infertility treatment. *Human Reproduction*, 22 (2), 598–604.

Wisborg, K.; Ingerslev, H. J. & Henriksen, T. B. (2010): IVF and stillbirth: a prospective follow-up study. *Human Reproduction*, 00 (0), 1–5.

Wischmann, T. (2006): Unfreiwillige Kinderlosigkeit. Aus psychologischer Sicht. In Paulitz, H. (Hrsg.): *Adoption. Positionen Impulse Perspektiven*. München: Verlag C.H. Beck, S. 32–42.

Wischmann, T. & Thorn, P. (2010): Leitlinien des BkiD „Psychosoziale Beratung für Frauen und Männer, die eine Kinderwunschbehandlung im Ausland beabsichtigen“. *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie*, 7(5), S. 394–401.

Wischmann, T. & Strammer, H. (2003): Der Traum vom eigenen Kind. Psychologische Hilfen bei unerfülltem Kinderwunsch. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Wischmann, T.; Strammer, H.; Scherg, H.; Gerhard, I.; Verres, R. (2001). Psychosocial characteristics of infertile couples: a study by the „Heidelberg Fertility Consultation Service“. *Human Reproduction*, 16 (8), 1753–1761.

Witzel, A. (2000): Das problemzentrierte Interview. Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: *Qualitative Social Research* [Online Journal], 1 (1). Verfügbar über: <http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/1-00/1-00witzel-d.htm>. [18.03.2009].

Wollenstonecraft, M. (1999): Ein Plädoyer für die Rechte der Frau. Weimar: Herrmann Böhlaus Nachf. Verlag.

Wunder, M. (2002): Der Mensch nach Maß oder das „Recht auf den Zufall“ – Chancen und Risiken der reproduktionsmedizinischen Berufsschul-Jahreskonferenz. „Gentechnik und Biomedizin – Fortschritt nach menschlichem Maß?!“, Loccum, 07.08.2002.

Würfel, W. (1990): Zur Bedeutung der In-vitro-Fertilisation (IVF) für Therapie und Diagnostik der sogenannten idiopathischen Sterilität. *Fertilität*, 6 (1), 35.

Yee, S.; Hitkari, J. A.; Greenblatt, E. (2007): A follow-up study of women who donated oocytes to known recipient couples for altruistic reasons. *Human Reproduction*, 22 (7), 2040–2050.

Zart, B.; Zart, H.; Zart, A. K. & Wischer, H. (2009): Therapien. [Online]. Verfügbar über: http://www.kinderwunschweg.de/index.php?option=com_content&view=article&id=6&Itemid=6. [03.12.2009].

Zeh, J. (2011): Späte Mütter. Auswuchs des Übermaßes. [Online]. Verfügbar über: <http://www.n-tv.de/wissen/Auswuchs-des-Uebermasses-article3085151.html> [20.03.2014].

Zehetbauer, S. (2007): Ich bin eine Frau ohne Kinder. Begleitung beim Abschied vom Kinderwunsch. München: Kösel Verlag.

Zhang, Z.; Hayward, M. D.(2001): Childlessness and the psychological well-being of older persons. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 56 (5), 311–320.

Zuppa, A. A.; Maragliano, G.; Scapillati, M. E.; Crescimbeni, B. & Tortorolo, G. (2001): Neonatal outcome of spontaneous and assisted twin pregnancies. *European Journal Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.*, 95, 68–72.

11. Abbildungsverzeichnis

Abbildungen Kapitel 1.

Abbildung 1. Formen kinderloser Partnerschaft.....	35
Abbildung 2. „A predictive model for emotional distress in infertility“, aus: Slade et al. (2007).....	41
Abbildung 3. Das Vorgehen bei einer Eizellspende.....	52

Abbildungen Kap. 3

Abbildung 4: Mutterliebe im historischen Kontext.....	118
---	-----

Abbildungen Kap. 6

Abbildung 5. Webseite zur Dissertation – Startseite.....	223
Abbildung 6. Webseite zur Dissertation – Einleitung.....	224
Abbildung 7. Webseite zur Dissertation – Das Projekt.....	225
Abbildung 8. Webseite zur Dissertation – Links.....	225
Abbildung 9. Webseite zur Dissertation – Literatur.....	226
Abbildung 10. Webseite zur Dissertation – Fragebögenoberfläche.....	227
Abbildung 11. Webseite zur Dissertation – PDF_Fragebogen.....	227
Abbildung 12. Webseite zur Dissertation – Passworteingabe.....	228
Abbildung 13. Webseite zur Dissertation – OnlineFragebogen.....	228

Abbildungen Kap.7

Abbildung 14. Alter der interviewten Frauen bei Inanspruchnahme der Eizellspende.....	78
Abbildung 15 : Gründe zur Entscheidungsfindung der Aufklärung/Verheimlichung.....	284

Abbildungen Kap. 8

Abbildung 16. Altersgruppen.....	301
Abbildung 17. Grund für Inanspruchnahme der Eizellspende.....	302
Abbildung 18. Schulabschluss/Ausbildung.....	303
Abbildung 19. Einkommen.....	303
Abbildung 20. Religionszugehörigkeit.....	304
Abbildung 21. Familienstand.....	304
Abbildung 22. Frage zur Schwangerschaft.....	305
Abbildung 23. Elternschaft.....	305
Abbildung 24. Eizellspendekinder.....	305
Abbildung 25. Form der Eizellspende.....	306
Abbildung 26. Zufriedenheit mit Entscheidung.....	306
Abbildung 27. erneut Entscheidung für Eizellspende.....	307
Abbildung 28. Beratungsqualität.....	307
Abbildung 29. gesundheitliche Schwierigkeiten.....	308
Abbildung 30. Offenheit -medizinische Behandlung.....	309
Abbildung 31. medizinische Behandlung- erste Vertrauensperson.....	309
Abbildung 32. Offenheit-Eizellspende.....	310
Abbildung 33. Eizellspende –erste Vertrauensperson.....	310
Abbildung 34. Vorhandene Informationen zur Spenderin.....	312
Abbildung 35. Zufriedenheit mit Wissensstand.....	312
Abbildung 36. Kontaktvorstellung Spenderin.....	313

Abbildung 37. Kontaktbereitschaft Spenderin.....	313
Abbildung 38. Kontaktwunsch Spenderin, wenn selbst Eizellspendekind.....	314
Abbildung 39. Recht des Kindes auf Kenntnis genetischer Herkunft.....	315
Abbildung 40. Aufklärung Kind.....	315
Abbildung 41. Sicherheit bei Entscheidung.....	316
Abbildung 42. Aufklärungsverhalten.....	316
Abbildung 43. adäquates Kindesalter zur Aufklärung.....	317
Abbildung 44. Gründe gegen Aufklärung.....	318
Abbildung 45. Gründe für Aufklärung.....	319
Abbildung 46. Antizipation kindlicher Reaktionen.....	320
Abbildung 47. Boxplot – Ausreißeranalyse – Einkommen.....	324
Abbildung 48. Boxplot – Ausreißeranalyse – Entscheidungsdauer.....	325
Abbildung 49. Boxplot – Ausreißeranalyse – Einwohnerzahl.....	325
Abbildung 50. Boxplot – Ausreißeranalyse – Wie lange liegt Eizellspende zurück.....	326
Abbildung 51. Dendrogramm mit Ward – Verknüpfung – Kombination skaliertes Abstands Cluster.....	328
Abbildung 52. Scree-Plot – Entscheidung zur Clusteranzahl.....	329
Abbildung 53. Ergebnisse Clusteranalyse.....	352

12. Tabellenverzeichnis

Tabellen Kapitel 2

Tabelle 1. Gesetzeslage hinsichtlich der Eizellspende im Ländervergleich (Europa).....	88
---	----

Tabellen Kapitel 4

Tabelle 2. Typen von Familiengeheimnissen.....	151
--	-----

Tabellen Kapitel 6

Tabelle 3. Vorstellung der Interviewpartnerinnen.....	257
Tabelle 4. Überblick zu den Kindern der Interviewpartnerinnen.....	260

Tabellen Kapitel 8

Tabelle 5. Korrelationsüberprüfung.....	322
Tabelle 6. Ausreißeranalyse_Einkommen.....	323
Tabelle 7. Ausreißeranalyse_ZeitenEizellspende.....	323
Tabelle 8. Zusammenfassung der Fallverarbeitung.....	326
Tabelle 09. deskriptive Statistik – Cluster 1.....	330
Tabelle 10. deskriptive Statistik – Cluster 1.....	331
Tabelle 11. deskriptive Statistik – Cluster 1.....	331
Tabelle 12. deskriptive Statistik – Cluster 1.....	331
Tabelle 13. deskriptive Statistik – Cluster 2.....	332
Tabelle 14. deskriptive Statistik – Cluster 2.....	333
Tabelle 15. deskriptive Statistik – Cluster 2.....	333
Tabelle 16. deskriptive Statistik – Cluster 2.....	333

Tabelle 17.	Kreuztabelle zum χ^2 Homogenitätstest zwischen den Variablen „Aufklärung Kind“ & „interessiert nachfragen“.....	335
Tabelle 18.	χ^2 Homogenitätstest zwischen den Variablen „Aufklärung Kind“ & „interessiert nachfragen“.....	336
Tabelle 19.	Kreuztabelle zum χ^2 Homogenitätstest zwischen den Variablen „Aufklärung Kind“ & „Wissen ist Belastung“.....	336
Tabelle 20.	χ^2 Homogenitätstest zwischen den Variablen „Aufklärung Kind“ & „Wissen ist Belastung“.....	336