

Master Thesis

**Selbstbild heterosexueller Inseminationsfamilien unter besonderer  
Berücksichtigung des Mannes in seiner Vaterrolle**

eingereicht von

**Eveline Leitl**

zur Erlangung des akademischen Grades

**Master of Science**

eingereicht an der ARGE Bildungsmanagement Wien

im Rahmen des

Masterlehrgangs „MSc-Psychotherapie“ - Wien 6

2011

Betreuerin:

Dr<sup>in</sup>. Gerda Mehta

Wissenschaftliche Leitung:

Univ.-Prof. Mag. Dr. Gerhard BENETKA

Kahlenbergerstrasse 7-9/2/9  
1190 Wien

## **Abstract**

In dieser Arbeit wird untersucht, wie sich „Inseminationsfamilien“ vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Normierungen und der historischen und sozialen Definition des Begriffs „Familie“ wahrnehmen und wie sie sich selbst (neu) definieren.

Besonderes Augenmerk gilt dabei den Männern als sozialen Vätern.

Die Aussagen der sechs narrativen Interviews, die Einblick in vier Familiensituationen gewähren, wurden durch eine gezielte Auswahl von Dimensionen aus der Fachliteratur ergänzt und dahingehend analysiert, inwieweit es Männern, die sich neben dem Identifikationsprozess als (soziale) Väter mit der Tatsache auseinandersetzen müssen, dass sie einem tradierten Bild von „Männlichkeit“ nicht entsprechen, gelingen kann, Familie dennoch gelingend zu (er)leben.

Die Ergebnisse dieser Arbeit zeigen auf, dass sich Männer, die aufgrund einer Samenspende Väter wurden, sehr bewusst mit ihrer Vaterrolle auseinandersetzen. Der Mangel an genealogischen Argumentationen scheint mehr Kreativität hinsichtlich der Rolleninterpretationen mit sich zu bringen und psychosozialen Aspekten große Bedeutung beizumessen. Dies wird auch von den interviewten Frauen so erlebt.

Ein ebenfalls maßgeblicher Aspekt für das Selbstbild von Inseminationsfamilien ist die Angst der Eltern vor einer Stigmatisierung und einer damit einhergehenden Diskriminierung. Anhand der Auswertung der Interviews stellte sich heraus, dass Kongruenz und Authentizität – als elementare Faktoren für ein entsprechendes Selbstverständnis – durchaus damit korrelieren, wie mit der „Aufklärung“ des Kindes/der Kinder bzw. des Umfelds umgegangen werden kann.

Ob und wie ein möglichst unbelastetes Umgehen mit den speziellen Umständen der familiären Entstehungsgeschichte stattfinden kann, hängt wiederum mit der Akzeptanz eines „Andersseins“ zusammen.

# Inhaltsverzeichnis

<b>1. Abstract</b> .....	2
<b>2. Anstelle eines Vorwortes: Weihnachtsgeschichte</b> .....	5
Zu dieser Geschichte .....	10
<b>3. Theoretischer Teil</b>	
<b>3.1 Der (unerfüllte) Kinderwunsch</b> .....	11
<b>3.1.1 Bedürfnisse</b> .....	12
3.1.1.1 Ein vielfältiges Begriffsensemble .....	12
3.1.1.2 Die Bedürfnispyramide nach Maslow .....	13
3.1.1.2.1 Die Defizitbedürfnisse: Stufe 1-3 .....	13
3.1.1.2.2 Die Wachstumsbedürfnisse: Stufe 4-5 .....	14
3.1.1.3 Der Kinderwunsch in Bezug auf die Bedürfnispyramide nach Maslow .....	15
3.1.1.3.1 Der Kinderwunsch – 1. und 2. Stufe .....	15
3.1.1.3.2 Der Kinderwunsch – 3. Stufe .....	16
3.1.1.3.3 Der Kinderwunsch – 4. Stufe .....	16
3.1.1.3.4 Der Kinderwunsch – 5. Stufe .....	18
3.1.1.4 Zur Entwicklung der Fertilität in Österreich – Zahlen und Hintergründe .....	19
3.1.1.5 Der Kinderwunsch soll realisiert werden .....	20
3.1.1.5.1 Der Weg zum Arzt .....	20
3.1.1.5.2 Die Diagnose und ihre psychosozialen Folgen .....	21
3.1.1.5.2.1 Sterilität – Infertilität – Erklärung der Begriffe .....	22
3.1.1.5.2.2 Die Krise .....	22
3.1.1.5.2.3 Geschlechtsspezifische Unterschiede .....	29
<b>3.2 Heterologe Insemination (HI)</b> .....	33
<b>3.2.1 Medizinische Aspekte – Indikation und Procedere</b> .....	33
3.2.1.1 Insemination: Begriff und Geschichte .....	33
3.2.1.2 Heterologe Insemination: Indikation – einst und jetzt .....	33
3.2.1.2.1 Männliche Subfertilität (eingeschränkte Fertilität) .....	34
3.2.1.2.2 Männliche Sterilität .....	35
3.2.1.3 Procedere .....	36
<b>3.2.2 Rechtliche Aspekte</b> .....	37
3.2.2.1 Das Fortpflanzungsmedizingesetz .....	37
3.2.2.2 Das Gewebesicherheitsgesetz .....	40
3.2.2.3 Andere Länder – andere Sitten .....	40
<b>3.3 Die Familie</b> .....	41
<b>3.3.1 Zur Geschichte der Familie in unserem Kulturkreis</b> .....	41
3.3.1.1 Frühzeit, die biblische Familie, Griechenland und Sparta, Rom .....	41
3.3.1.2 Mittelalter .....	42
3.3.1.3 Neuzeit .....	43
3.3.1.4 Moderne .....	44
3.3.1.5 Postmoderne .....	44
3.3.1.6 Konklusio .....	45

<b>3.3.2 Die Familie als sozialer Raum</b> .....	46
3.3.2.1 Bindung .....	46
3.3.2.2 Sozialisation/Erziehung .....	48
3.3.2.3 Identität .....	50
3.3.2.3.1 Ich-Identität .....	51
3.3.2.3.2 Männliche Identität .....	52
3.3.2.3.3 Vaterschaft .....	53
3.3.2.3.4 Familienidentität .....	57
<b>3.3.3 Die Inseminationsfamilie</b> .....	59
3.3.3.1 Das Trilemma der Wahrheit .....	61
<b>4. Empirischer Teil</b>	
<b>4.1 Die Forschungsfrage</b> .....	64
<b>4.2 Die Methode</b> .....	65
Zur Durchführung .....	65
<b>4.3 Die InterviewpartnerInnen</b> .....	66
<b>4.4 Durchführung</b> .....	70
<b>4.5 Die Ergebnisse</b> .....	70
Übersicht über die in den Interviews enthaltenen Kategorien .....	71
Ergebnisse im Detail .....	73
Ergänzungen .....	109
<b>5. Kritik, Selbstreflexion</b> .....	110
<b>6. Interpretation</b> .....	111
<b>7. Ausblicke</b> .....	115
<b>Anhang: Fachausdrücke und Abkürzungen</b> .....	117
<b>Literaturverzeichnis</b> .....	120

## **2. Anstelle eines Vorwortes: Weihnachtsgeschichte**

### **WUKIKIWU - WEIHNACHT 1999**

#### **Ein Kind wie jedes andere**

Es überduftet sich. Kein Wunder, Maria steht seit den frühen Morgenstunden bei der Feuerstelle und bäckt: Dattelkuchen, Mandelplätzchen, Feigenauflauf, ... schließlich hat ihr Sohn heute Geburtstag. Wie alle Kinder, so isst auch er gerne Süßes, wie alle Kinder, möchte auch er an „seinem Tag“ seine Freunde einladen und sie verwöhnen. Und heute soll er sich besonders wohl fühlen, denn heute wollen sie es ihm sagen.

Auch in der Werkstatt duftet es. Allerdings nach frischem Holz. Normalerweise macht Josef Dachstühle, baut ganze Häuser, Treppen, Betten. Josef ist ein guter und angesehener Zimmermann. Normalerweise sitzt auch sein Sohn bei ihm, stundenlang, schweigend, und schaut dem Vater zu. Aber heute ist Josef alleine und schnitzt, denn sein Sohn hat sich einen hölzernen Esel gewünscht, und den soll er haben: Heute soll er sich besonders wohl fühlen, denn heute wollen sie es ihm sagen. Weiß der Himmel, warum ausgerechnet heute. Josef ist dagegen. Und er ist sich nicht sicher, um wen er sich mehr sorgen soll: um den kleinen Jungen oder um sich selbst.

Draußen spielt der, um den sich alles dreht: Jesus. Es ist später Vormittag und auch jetzt, im Winter, zu dieser Tageszeit warm genug, um im Freien zu spielen. Die Kinder spielen eines ihrer Lieblingsspiele: Römer vertreiben. Weiß der Kuckuck, wozu es die gibt. Die meisten von ihnen sind reich und eingebildet. Die Eltern kümmern sich kaum um sie, sie haben Erzieher, meist griechische. Kein jüdisches Kind kann verstehen, was daran so schön sein soll, die eigene Muttersprache kaum zu beherrschen und in einer fremden Sprache zu sprechen. Die Römer sind einfach sonderbar und – unbeliebt. Verständlich, dass kein Kind den Römer spielen möchte. Meist wird geknobelt. Schon seltsam – es fällt auch den anderen auf, dass äußerst selten die Wahl auf Jesus fällt. Meist spielt sein „Vater da oben“ mit und lässt ihn mogeln, aber manchmal wird es ihm einfach zu bunt, und Jesu Mogelkünste bleiben erfolglos. Dann wird er halt einmal

verprügelt und danach „vertrieben“. Und dann wundern sich alle, wie kräftig der kleine Knirps ist und was der alles aushält. Heute hat Jesus freiwillig das kürzeste Hölzchen gezogen. Er weiß genau, dass das die anderen an seinem Geburtstag nicht zulassen, dass er der „Römer“ sein muss. Und weil er nicht aufgepasst hat, hat es dann seinen besten Freund, Judas, erwischt. Aber jetzt ist dieses Spiel aus, denn „die Römer kommen“. Ihr Unterricht ist zu Ende und sie kommen aus ihren protzigen Häusern gestürmt. „Hallo Tertius!“, ruft Johannes und ein Knabenchor antwortet: „Ja-a!“ Das ist auch so eine Sache. Viele Römer sind so einfallslos, dass sie ihre Söhne einfach durchnummerieren. Und wenn man dann eine Zahl ruft, antwortet immer gleich ein ganzer Chor. Aber diese Einfaltspinsel haben nie gemerkt, dass sie eigentlich verhöhnt werden. Sobald römische Kinder da sind, geben sie den Ton an, haben sie das Sagen. Und sie wollen natürlich gleich ihr Lieblingsspiel spielen: Steinigen. Steinigen ist bei den Römern verboten, und daher als Spiel besonders interessant! Das Spiel geht so: sie suchen sich ein kleines Mädchen aus und stellen es in die Mitte, wo es heulend stehen bleibt. Eine Horde umringt es. Natürlich würde niemand dem kleinen Mädchen irgend etwas antun, aber – wer weiß? Dann fliegen ein paar Früchte, vielleicht ein paar Zweige, und das Mädchen wird von den Römern „befreit“. Alle müssen jubeln, und so machen sich die Römer bei den Mädchen beliebt – glauben sie, aber die wollen sie in Wirklichkeit auch nicht.

„Kommt, lasst uns um die Wette laufen!“ schlägt Johannes vor. Die jüdischen Kinder wissen, sie sind schneller als die Römer, denn die sind alle viel zu gut genährt. „Gibt's heute bei dir Mandelplätzchen, Jesus?“ fragt Cicero – einmal kein durchnummerierter Römer – der Dickste von allen, der eigentlich auf Fasten gesetzt werden sollte. „Klar! Und Dattelkuchen und Feigenauflauf!“ Das Wasser läuft in den Kindermündern zusammen, alle freuen sich auf heute Nachmittag. Alle – außer Jesus. Er sieht diesem Tag mit eher gemischten Gefühlen entgegen.

Da ist erstens einmal die Großmutter, die ganz bestimmt zu Besuch kommt. Die nervt ihn einfach. Sie ist gar so heilig, und so eigenartig zu ihm. Gerade, dass sie keinen Kniefall macht vor ihm. Und da ist zweitens irgend etwas, das sie ihm heute sagen wollen, und er hat so ein mulmiges Gefühl dabei. Außerdem weiß er, dass er weiß, worum es dabei geht, wenn er nicht der Sechsjährige ist, sondern „entschwunden, fort“

ist – ein Zustand, der ihn oft einfach überfällt, und dann sieht er, hört er Dinge, die er sich nicht erklären kann, die ihm angst machen und er glaubt, dass er in diesen eigenartigen Zuständen die Zukunft sieht – so wie jetzt, und das, was sie ihm sagen wollen, das mag er nicht so ganz. Und da ist drittens der Mittagsschlaf, der ihn noch von den Köstlichkeiten trennt. Wie soll er mit all den Düften in der Nase einschlafen können? Aber auf den Mittagsschlaf besteht seine Mutter eisern. Neulich auch. Da war sie lästig! Bis sie dann endlich gegangen ist. Da hat er sich heimlich hinausgeschlichen, warum auch nicht, wenn er eh nicht schlafen kann. Er ist hinunter zum Fluss gegangen, um mit dem Flusssand einen Sandmann zu bauen. Prächtig ist er geworden, mit zwei Steinen als Augen und einem Ast als Nase. Und gerade, als er versuchen wollte, ihm Leben einzuhauchen – Jesus weiß selbst nicht, wieso ihm dieser Gedanke kam – da war dieser unerklärliche, plötzliche, kräftige Windstoß, der ihm den Sand in die Augen trieb. Das hat weh getan! Fast blind lief er nach Hause und schlich sich in sein Bett. Er musste die Augen geschlossen halten, und irgendwann schlief er dann ein. Als seine Mutter ihn nach geraumer Zeit weckte mit den Worten: „Na siehst du, jetzt hast du ja doch geschlafen“, da antwortete er schlaftrunken: „Ja, der Sandmann war's.“ Und – hast du's nicht gesehen – der Sandmann war erfunden!

Aber die Geschichte vom Sandmann ist nicht das einzig Alltägliche, das wir Jesus verdanken. So nebenbei: auch der Schneemann wäre ohne seinen Vorgänger, den Sandmann, undenkbar.

Zum Beispiel geht auch das Sprichwort: „Reden ist Silber, Schweigen ist Gold“ auf Jesus zurück. Die Geschichte dazu ist weder schön noch erbaulich, aber mindestens so wahr wie die Evangelien: als Jesus zur Welt kam, schenkte ihm einer dieser drei persischen Astrologen oder Magier einen Haufen Gold. Niemand hat je danach gefragt, wo das hingekommen ist. Also: kurze Zeit später mussten sie fliehen – wegen des prophezeiten Kindermordes. Natürlich mussten sie sich immer wieder verstecken, und natürlich mussten sie sich das Schweigen der Menschen immer wieder teuer erkaufen! Mit genau dem Gold, das er, Jesus, bekommen hatte. Also: Schweigen ist Gold! Und wie ihn dann Judas für dreißig Silberlinge verriet, entstand der Spruch: „Reden ist Silber, Schweigen ist Gold.“

Mit seiner Geburt begann noch eine andere, fatale Geschichte: also einer der drei Magier schenkte ihm Weihrauch. Das war ein wertvolles Geschenk: denn erstens war Weihrauch sauteuer, und zweitens sollte er angeblich böse Geister vertreiben. Seine Mutter mochte den Geruch, aber sein Vater und er bekamen nur fürchterliche Hustenanfälle. Doch weil das weder der Markus, noch der Johannes, Lukas oder Matthäus erwähnt hatten – Gottes Sohn hustet doch nicht – wird er seither ständig beweihräuchert. Er konnte sich daran auch in 2000 Jahren nicht gewöhnen! Er hustet noch immer. Auf den Weihrauch.

Endlich! Der Mittagsschlaf ist überstanden! Das waren aber eigenartige Träume!

Im Hause wird es lauter, die Freunde bringen kleine Geschenke: hübsche Steine, die sie für ihn, Jesus, gesammelt haben, Selbstgebasteltes, einer, Zacharias, ist sehr begabt und hat ihm ein Gedicht geschrieben. Und dann der hölzerne Esel von seinem Vater! Ist der schön geworden! Sein Vater ist der allerbeste! Seine Mutter ist lieb, ganz lieb, aber sein Vater – also, er glaubt, ihn hat er noch ein klein wenig lieber! Der versteht ihn einfach! Da muss er gar nichts sagen. Noch wagt Jesus nicht, den prachtvollen Esel zu berühren, er schaut ihn nur an, während er verträumt in eine Dattel beißt.

„Alles Gute zum Geburtstag!“ Es ist Maria Magdalena, seine liebste Spielgefährtin, die ihn ins Hier und Jetzt zurückholt und ihm Heu für seinen Esel gibt. Inzwischen ist das Haus voller Kinder, nur jüdische, versteht sich, denn wer als Römer auf sich hält, verbietet seinem Kind, in ein nicht-römisches Haus zu gehen. Die römischen Spielkameraden werden eben draußen bewirtet.

Während die Kinder spielen und Süßes verdrücken, holen die Erwachsenen Jesus zu sich. Alle sind da: Eltern, Großeltern, Onkel, Tanten, entsetzlich! Jesus weiß, worum es geht und weiß es auch nicht. Selten noch hat er diese Spaltung zwischen Wissen und Nichtwissen so deutlich erlebt. Wie in Trance hört er das Gerede, er sei nun ein großer Junge, und es wäre an der Zeit, zu erfahren, dass Josef nicht sein Vater ist. Dann hört er einen Jungen schreien, er hört ihn brüllen, wie gemein alle sind, dass er alle hasst, dass

wahrscheinlich auch seine Mutter nicht seine Mutter ist und er weglaufen wird, weil er sich ohnedies so verlassen fühlt.

*"Vater, warum hast Du mich verlassen?"*

„Hör auf, Jesus!“ wieder ist es Maria Magdalena, „seine“ Maria Magdalena, die ihn zurückholt. Erst jetzt merkt er, dass seine Mutter ihn hält, sein Vater ihm über den Kopf streicht. Leider erst jetzt erkennen die Erwachsenen ihren fatalen Fehler: sie hätten es ihm einfach in einem passenden Moment, irgendwann sagen sollen, kleinweise, und kein Brimborium daraus machen dürfen. Nur Josef hatte geahnt, dass das so nicht gut gehen würde. Nur langsam entschwindet Jesus ein Bild mit einem Kreuz, ein Satz: Vater, warum hast Du mich verlassen? Langsam genug, um zu erkennen, dass dieser Vater, Josef, ihn nicht verlassen hat, bei ihm ist. Warum also brüllt er? Wer ist dieser Sechsjährige, der allen Grund hätte, sich geborgen, geliebt zu fühlen, weil er geliebt wird? Alle starren auf ihn. Alle, auch die römischen Spielgefährten sind ins Haus gestürmt. Die verstehen das am allerwenigsten! Die sind es gewohnt, von fremden Menschen, Lehrern, Erziehern, umgeben zu sein. Aber gerade denen – und übrigens der ganzen Welt – will er verkünden: „Der hier ist mein Papa, mein einziger Papa! Und er hat mich ganz lieb und ich hab' ihn ganz lieb. Bei der Mama ist das ganz etwas anderes, aber beim Papa, da ist das was ganz besonderes.“ Und der Sechsjährige merkt nicht, wen er mit diesen Worten trifft. Wie sollte er auch, ist er doch im Augenblick ein Kind wie jedes andere, ein ganz normaler Sechsjähriger, der ganz mit sich selbst beschäftigt ist, und das zurecht! Judas ist es, sein bester Freund, der – obwohl bei seinen leiblichen Eltern – nicht gerade ein glückliches Kind ist. Die Worte Jesu sind wie ein Pfeil in seinem Herzen. Das Ereignis wird Judas vergessen, und er wird in fast drei Jahrzehnten nicht mehr wissen, sich nicht erklären können, warum er Jesus zugleich liebt und hasst und ihn verrät. Aber Jesus wird es wissen. Und ihm verzeihen und ihn trotzdem lieben.

„Komm, Papa, wir müssen für meinen Esel noch eine Futterkrippe bauen, Maria Magdalena hat mir Heu gebracht!“

Zielbewusst zieht der Sechsjährige seinen Vater in die Werkstatt.

Zu dieser Geschichte:

WUKIKIWU – Wunschkind – Kinderwunsch war ursprünglich der Name einer Selbsthilfegruppe für Kinderwunschpaare, die ich im August 1993 zusammen mit Univ. Prof. Dr. Wilfried Feichtinger gegründet habe. Von Anfang an als Plattform von Betroffenen für Betroffene gedacht, übernahm nach kurzer Zeit Frau Ing. Doris Korec(†) die Leitung und erwarb für die Gruppe – unter Beibehaltung des Namens WUKI-KIWU – den Vereinsstatus. In den folgenden Jahren bildete sich unter ihrer Führung eine gut etablierte Lobby, die auch wiederholt an die Öffentlichkeit ging und unter anderem auch maßgeblich mitbeteiligt war an der Fondsregelung (Kostenzuschuss für IVF – In-vitro-Fertilisation). Als Gründungsmutter blieb ich viele Jahre dem Verein verbunden und schrieb zwischen 1996 und 2005 insgesamt neun Weihnachtsgeschichten, die neben dem Thema Weihnacht immer auch als zweites Thema einen Bereich des Kinderwunsches betrafen. Zweimal war dies das Thema „sozialer Vater“. Ich habe hier eine dieser zwei Geschichten – überarbeitet und gekürzt – an Stelle eines Vorwortes gewählt. Inzwischen ist aus dem Verein – dem Trend der Zeit folgend – eine Internetplattform geworden, leider ohne jede Öffentlichkeitswirksamkeit.

### **3. Theoretischer Teil**

#### **3.1 Der (unerfüllte) Kinderwunsch**

Wenn Menschen bereit sind, den Zeugungsakt ihres Kindes in fremde Hände zu legen, wenn sie bereit sind, den Ort, den sie sonst für ihre Sexualität bevorzugen, mit dem Eingriffsraum einer Klinik zu tauschen, wenn sie bereit sind, statt Romantik oder Ekstase ein Labor zu akzeptieren, dann muss der Leidensdruck stark und der dahinter stehende Wunsch – der Kinderwunsch – groß sein. Seit mehr als zwei Jahrzehnten erlebe ich in meiner therapeutischen Arbeit mit Kinderwunschpaaren, dass dieser unerfüllte Wunsch imstande ist, die Betroffenen in eine erhebliche Krise zu stürzen. Eine Erkenntnis, die ich mit anderen PsychotherapeutInnen, PsychologInnen und ÄrztInnen, die in diesem Bereich tätig sind, teile.

Studien belegen, dass Menschen, deren Wunsch nach Familiengründung (zunächst) nicht erfüllbar ist, unter großen psychischen Belastungen leiden. So berichteten beispielsweise laut einer Studie aus dem Jahr 1985 48% der befragten Frauen, dass sie die Infertilität (Unfruchtbarkeit) als die schlimmste Erfahrung ihres Lebens ansehen (Henning, Strauß, 2000, S. 21), und bei Fischl ist zu lesen: „Die Unfruchtbarkeit wird häufig von den betroffenen Paaren, vor allem aber von den Frauen, als sehr leidvoll erlebt.“ (Fischl, 2000, S. 23).

Dem Jahresbericht 2010 der ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen) zufolge wurden in den Jahren 2001-2010 in Österreich 55.609 IVF-Versuche (In-vitro-Fertilisation – Retortenbefruchtung) mit Fondsunterstützung durchgeführt (IVF-Register, Jahresbericht 2010, S. 21). Der IVF-Fonds wurde 1999 gegründet und unterstützt unter bestimmten Voraussetzungen zu 70% die Kosten einer In-vitro-Fertilisation. Diese IVF-Versuche sind daher statistisch genau erfasst. Nicht berücksichtigt in dieser Statistik sind die Versuche, die nicht vom Fonds unterstützt wurden beziehungsweise auch alle anderen Formen medizinisch unterstützter Fortpflanzung. Dem selben Bericht zufolge (ebd. S. 4) gehören 37% der Altersklasse der 31- bis 35-Jährigen und 31% der Gruppe der 36- bis 40-Jährigen an, wobei das Alter der Frau zur statistischen Erfassung herangezogen wurde. Es handelt

sich demnach um Menschen, die mitten im Leben – auch im Berufsleben – stehen, und sich aller Wahrscheinlichkeit nach auch privat und sozial etabliert und eine solide Basis geschaffen haben. Doch ihre bislang erarbeiteten und erprobten Erfolgsstrategien lassen sich hinsichtlich des Kinderwunsches nicht anwenden. „[...] Fleiß, Ausdauer, Anstrengung, Sich-Bemühen, erweisen sich diesem Ziel gegenüber als wirkungslos.“ (Fiegl, 2008, S. 13). Was ist es, das diesen Wunsch so besonders macht und wieso wird seine Nicht-Erfüllung als besonders einschneidend erlebt? Auf der Suche nach Erklärungen waren wissenschaftliche Arbeiten zu finden, die sich mit der Systematisierung menschlicher Bedürfnisse befassen. Unter anderem sind hier die Wissenschaftler E. Claparede, K. Lewin, C. G. Hull und M. Max-Neef zu nennen. Die Bedürfnispyramide nach Abraham Maslow schien jedoch am besten geeignet, um den Belastungsfaktor „unerfüllter Kinderwunsch“ einer ausführlichen Betrachtung zu unterziehen.

Um den Begriff Bedürfnis in Abgrenzung zu bzw. in seiner Überschneidung mit den Begriffen Motiv, Trieb, Instinkt, Antrieb, Streben und Wille, aber auch im Kontext von Werten, Neigungen und Plänen analysieren zu können, ist vorweg eine Auseinandersetzung mit den jeweiligen Begriffsdefinitionen erforderlich.

### **3.1.1 Bedürfnisse**

#### **3.1.1.1 Ein vielfältiges Begriffsensemble**

Ein Streifzug durch die Fachliteratur zeigt die Begriffsvielfalt und dadurch mögliche Unklarheiten bzw. Uneindeutigkeiten auf. So stellt z.B. Luc Ciompi fest: „[...] wie so bedeutsame Begriffe wie diejenigen der Triebe, Instinkte, Motivationen, auch des Willens und der längerfristigen Wertsysteme und Werthaltungen, um deren genaue Abgrenzung in der Literatur ebenfalls seit Jahrzehnten gerungen wird, [...] zu verstehen seien.“ (Ciompi, 1999, S. 84). Im Lexikon der Psychologie ist unter „Bedürfnis“ folgende Definition zu finden:

„Bedürfnis ist eines der verschiedenen Wörter (Wunsch, Trieb, Motiv, Bedarf usw.), die eine intern oder extern erregbare, im Gehirn lokalisierte Kraft bezeichnet, die subjektiv als Antrieb oder Zwang zum Handeln erlebt wird, und zwar in solcher Weise, daß ein Ziel erreicht wird, das für den Handelnden nützlich oder lustvoll ist bezüglich der Situation, die das zielorientierte Verhalten hervorgerufen hat. Dieser Kraft werden zwei wichtige motivationale Eigenheiten zugeschrieben: 1) die Fähigkeit, kognitive Repräsentanzen (Abfolge von Bildern) erwünschter Ziele wachzurufen und auszuwählen [...] 2) Realisation des Zieles.“ (Arnold, 1988, Spalte 229).

Auch der bereits zitierte Luc Ciompi stellt fest, dass, je nach Evolution und Fachgebiet, dieses Begriffsensemble sehr unterschiedliche Bedeutung haben kann (vgl. Ciompi, 1999, S. 84).

### 3.1.1.2 Die Bedürfnispyramide nach Maslow

#### 3.1.1.2.1 Die Defizitbedürfnisse: Stufe 1-3

Maslow beginnt seine Pyramide mit den physiologischen Bedürfnissen, (auch: Basisbedürfnisse, Primärbedürfnisse, „instinktoide Bedürfnisse“) wie Hunger, Durst, Schlaf, Sexualität (Maslow, 2010, S. 62 f.). Er verwendet den Begriff der Homöostase, des biologischen Gleichgewichtes, das, gestört, ein Mangelgefühl bzw. eine Spannung auslöst und nach Erfüllung bzw. Abbau strebt.

Auf der zweiten Stufe ( Maslow, 2010, S. 66 f.) siedelt er das Sicherheitsbedürfnis an: Ordnung, Recht, das Dach über dem Kopf, Schutz, Angstfreiheit, Geborgenheit und Grenzen, gefolgt von der dritten Stufe (Maslow, 2010, S. 70 f.), dem Bedürfnis nach Zugehörigkeit, Liebe, dem Platz in der Gruppe.

Diese drei ersten Stufen (und teilweise auch die vierte – soziale Anerkennung) werden auch „Defizitbedürfnisse“ genannt. Damit ist gemeint, dass sie, einmal (vorübergehend) gestillt, keine weiteren Aktivitäten auslösen. Wer satt ist, sucht nicht mehr nach Nahrung, solange das Gefühl der Sättigung anhält. Sind die Bedürfnisse

aber nicht befriedigt, lösen sie – je weiter unten in der Hierarchie desto stärker – Notfallsreaktionen aus, da es um das Leben, die Existenz als solche, geht. Wobei das Bedürfnis selbst physiologisch bedingt, die Objektwahl hingegen erworben ist (zum Beispiel: die Wahl der Speise). Meist reicht die teilweise Bedürfnisbefriedigung aus, um das (nächst höhere) Bedürfnis zu aktivieren. „Der Mensch ist ein Lebewesen mit Bedürfnissen und erreicht selten einen Zustand vollständiger Befriedigung, außer für kurze Zeit“ (Maslow, 2010, S. 51). Erfüllte Bedürfnisse verlieren an Wertigkeit, Erreichtes wird selbstverständlich, das Interesse wird dem nächsten Ziel zugewandt.

#### 3.1.1.2.2 Die Wachstumsbedürfnisse: Stufe 4-5

Die nächste Stufe in der Pyramide ist die der Achtung (inklusive Selbstachtung) (Maslow, 2010, S. 72 f.). Defizite auf dieser Stufe lösen Minderwertigkeitsgefühle und Hilflosigkeit aus. Wertschätzung, Würde, Ruhm, Lob und Anerkennung sind Begriffe, die hierher gehören.

Zum Teil schon bei der vierten, aber spätestens bei der fünften Stufe, der Selbstverwirklichung (Maslow, 2010, S. 73 f.) handelt es sich um Wachstumsbedürfnisse (Sekundärbedürfnisse), was bedeutet, dass auch bei Bedürfnisbefriedigung der Prozess der Suche und Aktivierung anhält.

„Was ein Mensch sein *kann*, *muss* er sein. Er muss seiner eigenen Natur treu bleiben.“ Und weiter: „In einem Fall kann es das Verlangen sein, eine ideale Mutter zu sein [...]“ (Maslow, 2010, S. 74). Das nächste Bedürfnis nennt Maslow ein Verlangen, und zwar das nach Wissen und Verstehen (Maslow, 2010, S. 75 f.). Es geht hier um den Zugang zu Information, um die Möglichkeit, Wissen zu erwerben. Abschließend erwähnt er noch das Bedürfnis nach Ästhetik: Schönheit, Ordnung, Symmetrie (Maslow, 2010, S. 79). Selbstverwirklichung, Verlangen nach Wissen und das Bedürfnis nach Ästhetik werden in der Pyramide nach Maslow auf der Stufe fünf – Selbstverwirklichung – zusammengefasst und subsumieren damit auch persönliches Wachstum, Religion, Spiritualität, Wertesysteme und Kultur.

Zwar handelt es sich bei Maslows Bedürfnispyramide um eine hierarchische Ordnung, und in der Regel müssen die physiologischen Bedürfnisse befriedigt sein, um sich den höheren Bedürfnissen zuwenden zu können, doch kann diese Ordnung individuell auch anders aussehen: Beispielsweise kann sich Kreativität trotz Hunger durchsetzen, soziale Anerkennung vor Sicherheit rangieren, und so weiter.

Unerfüllte Bedürfnisse können auch zeitgleich neben erfüllten Bedürfnissen existieren, ebenso wie bewusste und unbewusste Aspekte ein und des selben Bedürfnisses divergieren können. Es ist möglich, dass widersprüchliche Bedürfnisse gleichermaßen intensiv wahrgenommen werden und dass Bedürfnisbefriedigung (auf einer physischen oder Triebebene) auch andere Bedürfnisse abdeckt, bzw. „Kanal“ für andere Bedürfnisse ist. So hat sich zum Beispiel der Sexualtrieb im Laufe der menschlichen Evolution verändert. Er erfüllt neben seiner Fortpflanzungsfunktion auch teilweise das Bedürfnis nach Nähe, Zärtlichkeit und Bindung, er ist eine intime Form der Kommunikation, Energieaustausch, Genuss, Sinnlichkeit, Lust, Entspannung u.v.m..

„Ein Leben auf höherem Bedürfnisniveau erhöht die Lebenserwartung, führt zu innerem Glück, stärkerer Individualität und höhere Bedürfnisse werden nach Befriedigung auch höher bewertet“ (Maslow, 2010, S. 127 ff).

### 3.1.1.3 Der Kinderwunsch in Bezug auf die Bedürfnispyramide nach Maslow

#### 3.1.1.3.1 Der Kinderwunsch – 1. und 2. Stufe

Im Hinblick auf das Bedürfnis (unerfüllter) Kinderwunsch lässt sich feststellen, dass es sich – wird es analog zur Maslowschen Bedürfnispyramide betrachtet – im Laufe der Geschichte von „unten“ nach „oben“ verlagert hat, bzw. je nach Interpretation auf einzelnen Ebenen der Pyramide an Bedeutung verloren, hingegen auf anderen Ebenen an Wertigkeit gewonnen hat. So lässt sich der Kinderwunsch nur indirekt, nämlich als Folge des Sexualtriebes den Primärbedürfnissen zuordnen und durch die Abdeckung des Bedürfnisses nach Schutz, Sicherheit und Versorgung im Alter auch der Stufe zwei der Pyramide. Auffallend ist jedoch, dass trotz der feststellbaren „Überalterung“ unserer Gesellschaft und dadurch auftretender Bedenken hinsichtlich

der jeweils eigenen Altersversorgung, dieser Aspekt keine Motivation für die einzelnen Kinderwunschaare darzustellen scheint (siehe auch Kap. 3.1.1.5).

Nicht mehr relevant in unserer Gesellschaft und Kultur ist daher das Kind als Arbeitskraft um die Versorgung im Alter sicherzustellen, wie dies noch bis ins 20. Jahrhundert der Fall war. „Im Jahr 1900 zählte man im Deutschen Reich in einer Erhebung noch 540 000 gewerbstätige Kinder außerhalb der Fabriken“ (Gestrich, 2003, S. 592).

#### 3.1.1.3.2 Der Kinderwunsch – 3. Stufe

Auf der dritten Stufe der Maslowschen Bedürfnispyramide, der die Bedürfnisse nach Liebe, Zugehörigkeit, Platz in der Gruppe zugeordnet werden, lassen sich bei vielen Kinderwunschaaren Motive wiedererkennen. Da ist einerseits das Bedürfnis nach bedingungsloser Liebe durch, aber auch für das Kind, sowie die Sehnsucht nach Geborgenheit durch eine eigene Familie. „Ein Kind tröstet und nimmt teil an deinem Leben; es ist da, und es ist Wärme, Freude, Zärtlichkeit. [...]“ (Delaisi de Parseval, Janaud, 1986, zit. nach Fiegl, 2008, S. 9). Hierzu ist auch das Bedürfnis zu zählen, der Gruppe „Eltern“ anzugehören.

#### 3.1.1.3.3 Der Kinderwunsch – 4. Stufe

Der Wunsch, eine Familie zu gründen, lässt sich sowohl gegenwärtig als auch historisch (auch) als Bedürfnis nach Achtung bzw. Selbstachtung begreifen. Im Alten Testament ist die Aufforderung „Seid fruchtbar und mehret euch [...]“ (Genesis 1,28) zu lesen. Die Zeugung von Nachkommen wurde als göttlicher Auftrag verstanden, den es zu achten galt, um selbst geachtet zu werden. Kinder waren ein göttliches Geschenk, das vor allem gewährt wurde, wenn Gottes Gebote befolgt wurden (Exodus 23, 25 f.). Kinderlosigkeit war eine Strafe Gottes: „[...] ich machte mein Volk kinderlos, ließ es verderben, weil es von seinen Wegen sich nicht bekehrte“ (Jeremias 15, 7). Um zum ersehnten Kind zu kommen, gab es auch schon damals Lösungen. Wenn der Mann verstarb und seine Frau kinderlos hinterließ, wurde die

Schwagerehe vollzogen (vgl. Genesis 38, 8 f.). Im Übrigen existiert eine irreführende Verwendung des Begriffs „Onanie“: denn Onan – um ihn geht es in dieser Bibelstelle, die auf die Schwagerehe hinweist – onanierte nicht, sondern vollzog einen Coitus interruptus. Der Grund für dieses Verhalten war die Tatsache, dass ein entstehendes Kind nicht als Onans Kind, sondern als das seines toten Bruders gegolten hätte, und das wollte Onan verhindern (vgl. die gesetzlichen Regelungen im Fall einer Samenspende, in 3.2.2.1 erwähnt). Er verwehrt damit seiner Schwägerin die Nachkommenschaft – was Gott missfiel und er ließ ihn sterben. Eine mögliche Lösung für die sterile (unfruchtbare) Frau ist in Genesis 16 nachzulesen: Sarai fordert Abraham auf, der Magd Hagar beizuwohnen, denn: „[...] vielleicht lebe ich durch sie in einem Kinde weiter“, also auch hier galt das gezeugte Kind nicht als das der biologischen Mutter, sondern als das ihrer Herrin (Genesis 16,2).

Noch lange war die Verknüpfung Kinderlosigkeit und Schuld eine Selbstverständlichkeit. Demnach wurden kinderlose Personen (aber auch Unverheiratete) diskriminiert, wobei Frauen größeren Anfeindungen ausgesetzt waren als Männer. Die andauernde Fortsetzung dieser Diskriminierung wurde mit Hinweisen auf das Alte Testament gerechtfertigt (Badinter 1991, S. 18). Keine andere „menschliche Unvollkommenheit“ war so sehr mit Aberglauben verbunden: Fluch und der Pakt mit Dämonen galten als Ursachen – Zaubersprüche, Wallfahrten und Bäder wurden als Gegenmittel eingesetzt (Carl, 2002, S. 38). Ein Leben ohne Kinder galt als unnatürlich und sinnlos, als Abweichung von der Norm, Verfall der Sitten und psychologisches Problem. Eine Ausnahme bildete zu allen Zeiten die religiös begründete Kinderlosigkeit. Eine Studie aus dem Jahr 1936 wies kinderlose Personen als infantil, konsumorientiert und neurotisch aus, und noch 1980 wurden in einer Umfrage kinderlose Personen als „vom Glück ausgeschlossen“, selbstüchtig, unreif, materialistisch, unzufrieden mit der Partnerschaft, in ihrer Geschlechtsidentität weniger typisch und zufriedener als Menschen mit Kindern betrachtet (Carl, 2002, S. 41). Wenn man bedenkt, dass geschätzte drei Milliarden Menschen alttestamentarischen Religionen angehören (christliche Religionen, Islam, Judentum), und dass es sich hierbei um tief verankerte Traditionen handelt, ist es nicht verwunderlich, dass auch heute noch Menschen angesichts ihres unerfüllten Kinderwunsches Schuldgefühle

haben oder ihre Kinderlosigkeit als Strafe empfinden (vgl. auch Kast, 2011, S. 132 f.). „Nahezu jedes Paar mit Kinderwunsch sucht nach Ursachen für die Fruchtbarkeitsstörung. [...] ,Womit haben wir das verdient? Was haben wir falsch gemacht?‘“ (Wischmann, 2001, S. 53).

#### 3.1.1.3.4 Der Kinderwunsch – 5. Stufe

Gänzlich neu – konkret seit den Möglichkeiten der Familienplanung – ist die Ansiedlung des Kinderwunsches auf der obersten Stufe der Bedürfnispyramide, der Selbstverwirklichung. Der Wert des Kindes und die Einstellung zum Kind haben sich in den letzten 50 Jahren entscheidend gewandelt. Das Kind als emotionaler, ideeller Reichtum (vgl. auch Fiegl, 2008, S.9), das Kind als eigenständiges Wesen hat das Kind als Besitz, als unnützen Esser (so lange es nicht arbeiten kann), das später als Arbeitskraft verstanden wird, abgelöst. Werte, wie beispielsweise das Kind als Freude, als Chance der eigenen Entwicklung und Reifung, als Ausdruck der Liebe haben sich großteils – zumindest in unserem Kulturkreis – durchgesetzt.

Auf einem so hohen, ideellen Niveau angesiedelt, hat Familiengründung bzw. Familienplanung mit dem Sinn des Lebens und Lebensentwürfen zu tun. „Die Entscheidung für Kinder ist individualisiert worden“ (Bertram, 2006, zit. nach Peuckert, 2008, S. 114). So sehen auch Frick-Bruder und Schütt im Kinderwunsch „kein triebimmanentes, instinktgesichertes Bedürfnis, sondern Teil der Persönlichkeitsentwicklung, die gesellschaftlichen Prozessen und lebensgeschichtlich verstehbaren Wandlungen und Reifungsschicksalen unterliegt“ (Frick-Bruder und Schütt, zit. nach Könnecke et al., 1998, S. 164). Diese Entwicklung führt unter anderem dazu, dass immer mehr Paare den Wunsch nach Familiengründung erst nach der Befriedigung der unteren Stufen der Bedürfnispyramide anstreben, ein Umstand, der dazu beitragen kann, dass die Erfüllung dieses Wunsches Probleme aufwirft.

Lässt sich der Kinderwunsch allerdings erfolgreich umsetzen, so gilt, dass die Befriedigung von Bedürfnissen auf höherem Niveau zu einer höheren Bewertung dieser Bedürfnisse und damit zu einer größeren Zufriedenheit führt (vgl. Maslow, 2010, S. 127 ff).

#### 3.1.1.4 Zur Entwicklung der Fertilität in Österreich – Zahlen und Hintergründe

Das durchschnittliche Alter einer Erstgebärenden lag 2010 in Österreich bei 28,5 Jahren – Tendenz innerhalb der letzten 20 Jahre steigend: 1991 waren es noch 25,1 Jahre, 2000 27,1 Jahre, 2009 28,2 Jahre. Das durchschnittliche Gebäralter (es inkludiert auch weitere Geburten einer Frau) liegt derzeit bei 30,1 Jahren. (Statistik Austria, 2011).

Gesellschaftliche Gegebenheiten und persönliche Lebensentwürfe erfordern und ermöglichen auch länger andauernde und qualifiziertere berufliche Ausbildungen für Frauen. So stieg zum Beispiel die Zahl der Studienabschlüsse in Österreich von 17 155 (50,3% Frauen) im Studienjahr 2000/01 auf 27 915 (55,5,% Frauen) im Studienjahr 2009/10 (Fischer Weltalmanach 2012, S. 370). Im selben Zeitraum stieg die Bevölkerungszahl jedoch lediglich von ca. 8,1 Mio. (Fischer Weltalmanach 2001, S. 600) auf ca. 8,375 Mio. (Fischer Weltalmanach 2011, S.366). Der Wunsch, das Leben und die Welt in jungen Jahren zu erforschen, kennen zu lernen und zu genießen, der Wunsch, sich sozial, beruflich und materiell eine Basis zu schaffen, das eigene Leben und ein Familienleben zu planen, kann durch den problemlosen Zugang zu Verhütungsmitteln zu einem hohen Prozentsatz verwirklicht werden. Die Zeugung eines Kindes ist häufig eine bewusste Entscheidung. Doch diese Entscheidung wird immer später gefällt – die Wahrscheinlichkeit von Schwierigkeiten bei der Erfüllung des Kinderwunsches wächst. Die Lebensjahre an sich, Krankheiten, Stress und Umweltbelastungen können hinderliche Auswirkungen auf die Fertilität haben (siehe auch Huber, 1995, S. 49 f.).

Frauen in Österreich bekommen im statistischen Durchschnitt 1,41 Kinder, eine Zahl, die im EU-Vergleich im unteren Bereich rangiert. Die genauen Gründe soll eine derzeit laufende Studie „Repro“ erfassen.

12% der um 1940 geborenen Frauen blieben kinderlos, von den Jahrgängen um 1970 werden es rund 20% sein, aber nur etwa die Hälfte davon freiwillig („Die Presse“,

Print-Ausgabe, 09.01.2011). Und es sind die „Unfreiwilligen“, die Thema dieser Arbeit sind.

### 3.1.1.5 Der Kinderwunsch soll realisiert werden

So gut die Kontrolle über ungewollte Schwangerschaften mit Hilfe von Antikonzeptiva (Verhütungsmitteln) funktioniert, so wenig kontrollier- bzw. beeinflussbar ist für viele Paare die Umsetzung eines Kinderwunsches. Im Schnitt stellen sich nach einem halben Jahr erste Zweifel an der Fruchtbarkeit ein. Das Thema Kinderwunsch rückt ins Zentrum der Aufmerksamkeit, der Stresspegel steigt und meist treten mit der Reduktion der Sexualität auf die Fortpflanzungsfunktion sexuelle Probleme auf. Ovulationstests, Temperaturmessungen und andere Zykluskontrollen nehmen in dieser Zeit häufig dem Sex die Spontanität. Er wird zur „harten Arbeit im Dienste der Fruchtbarkeit“ (Fiegl, 2008, S.13). Stellt sich trotz allem der ersehnte Erfolg – die Schwangerschaft – nicht ein, folgen in der Regel die ersten Untersuchungen.

#### 3.1.1.5.1 Der Weg zum Arzt

1983 wurde das erste IVF-Institut von Univ. Prof. Dr. W. Feichtinger und Univ. Doz. Dr. P. Kemeter gegründet. Es blieb für einige Jahre das einzige in Österreich. Vor beinahe 30 Jahren war es daher für betroffene Paare wesentlich aufwändiger und langwieriger, Hilfe von SpezialistInnen zu erhalten.

26 Fonds-Vertrags-Kinderwunschzentren in ganz Österreich listet der IVF-Jahresbericht 2010 auf (IVF- Register, Jahresbericht 2010, S. 24 ff). Die meisten niedergelassenen GynäkologInnen überweisen Paare mit unerfülltem Kinderwunsch inzwischen bereits nach wenigen Monaten an diese Zentren.

In der Regel ist es zuerst die Frau, die sich zur Abklärung der Fertilität (Fruchtbarkeit) untersuchen lässt, ein Umstand, der sich anhand der offiziellen Daten nicht erklären lässt und daher wohl eher auf tradierte Rollenbilder zurückzuführen ist.

Mit einem Prozentsatz von 55,7 liegt die Ursache für die Kinderlosigkeit eines Paares an der (eingeschränkten oder absoluten) Unfruchtbarkeit des Mannes, in 24,8% der Fälle bei beiden PartnerInnen und nur zu 19,5% ausschließlich bei den Frauen (IVF-Register, Jahresbericht 2010, S. 14).

Manchmal ergeben die Untersuchungen keinen Hinweis auf körperliche Ursachen der Kinderlosigkeit – dann spricht man von idiopathischer Sterilität (ca. 5-10% der Fälle), was die Situation für die Betroffenen jedoch nicht unbedingt erleichtert. Ursachen zu kennen und benennen zu können, schließt scheinbar die Möglichkeit ein, sie auch beheben zu können. Wenn keine körperlichen Ursachen gefunden werden, führt dies bei den meisten betroffenen Paaren zu einem Gefühl der Orientierungs- und Hilflosigkeit. Die Tatsache, dass keine organischen Ursachen festgestellt werden können, bedeutet allerdings noch nicht, dass sie nicht existieren, es besteht auch die Möglichkeit, dass die derzeitigen diagnostischen Möglichkeiten unzureichend sind. In den letzten Jahren bzw. Jahrzehnten wurden sukzessive mehr Zusammenhänge mit anderen (funktionellen, genetischen, hormonellen, organbedingten, immunologischen) Störungen erkannt (Huber, 1995, S. 45 und S. 49). Es lässt sich demnach nicht, oder nur selten, daraus schließen, dass die Ursachen in diesen Fällen psychogen sind. Vielmehr sind psychische Probleme meist die Folge der belastenden Situation. „[...] daß Persönlichkeits- und Belastungsfaktoren nur in wenigen Fällen die Ursache einer Fertilitätsstörung darstellen. Daher hat sich der Forschungsschwerpunkt mehr auf die Untersuchung von Belastungen als Folge der Sterilitätsdiagnose sowie der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen verschoben“ (Rösner, 1994, zit. nach Strauß, 2000, S. 17).

#### 3.1.1.5.2 Die Diagnose und ihre psychosozialen Folgen

Sehr oft – in 90-95 % der Fälle ungewollter Kinderlosigkeit – existieren allerdings somatische Ursachen des Problems, wie bereits erwähnt zu 19,5% ausschließlich bei der Frau (diese Ursachen werden im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht

fokussiert), zu 55,7% ausschließlich bei dem Mann (siehe Kap.3.2.1), und zu 24,8% gibt es Ursachen bei beiden PartnerInnen.

Obwohl bis zur endgültigen Diagnose für Kinderwunschaare meist viel Zeit vergangen ist, die Vermutung bzw. Befürchtung, dass medizinische Ursachen vorliegen, bereits existiert, ist die Gewissheit, medizinische Hilfe zu benötigen, letztlich doch ein Schock für die Betroffenen. Zwar ist eine natürliche Konzeption nur in den seltensten Fällen völlig ausgeschlossen, doch die Wahrscheinlichkeit, gänzlich ohne Unterstützung das ersehnte Kind zu bekommen, ist dennoch äußerst gering. „Subfertil“ (eingeschränkt fruchtbar), „steril“ oder „infertil“ sind plötzlich Bezeichnungen, die mit der eigenen Person in Verbindung stehen – und die Diagnose betrifft in der Folge immer das Paar.

#### 3.1.1.5.2.1 Sterilität – Infertilität – Erklärung der Begriffe

In diesem Zusammenhang sei erwähnt, dass die Begriffe „Sterilität“ und „Infertilität“ in der Praxis synonym verwendet werden, auch wenn sie ursprünglich unterschiedliche Bedeutung haben: so bedeutet steril – keimfrei – die Unmöglichkeit, ein Kind zu zeugen, und betrifft daher beide Geschlechter (Pschyrembel, 1994, S. 1461), wohingegen infertil die Unmöglichkeit bedeutet, ein Kind bis zur Überlebensreife auszutragen, und demnach nur die Frau betrifft (Pschyrembel, 1994, S. 718 f.). Auch die Definition, ab wann ein Paar als steril zu betrachten ist, hat sich in der 30-jährigen Geschichte der IVF geändert. Wurde früher erst nach zwei Jahren ungeschützten und regelmäßigen Geschlechtsverkehrs von Sterilität gesprochen, so hat sich der Zeitraum inzwischen auf ein Jahr verkürzt. Die sexuellen Folgeprobleme haben sich dadurch erheblich reduziert (vgl. auch Henning, Strauß, 2000, S. 31).

#### 3.1.1.5.2.2 Die Krise

Das zentrale Moment einer Krise ist die Tatsache, dass die gegenwärtig vorhandenen Ressourcen einer betroffenen Person nicht ausreichen, um ein Problem zu lösen bzw. die notwendige Anpassung zu vollziehen (vgl. Kast, 2011, S. 16). Krisen können

sowohl in Lebensveränderungssituationen entstehen (vgl. Olbrich, S. 123 f.) als auch bei traumatischen Ereignissen, die die psychische Stabilität, die (soziale) Identität oder auch – wie in 3.1.1.3 beschrieben – andere für das Individuum wichtige Bedürfnisbefriedigungen bedrohen, wie dies bei medizinischen Diagnosen der Fall sein kann. Die Erfahrung, das eigene Leben planen, gestalten und kontrollieren zu können, ist ein hoher Wert. Die Gefahr, diese Kompetenz zu verlieren, verunsichert, macht angst, führt zu Panik (vgl. Kast, 2011, S 16). Nach Pöhler und Weiland beeinträchtigt die Diagnose Sterilität das Selbstbild einer physisch, psychisch und sozial reifen Persönlichkeit. Die soziale Anerkennung als Eltern und das Zukunftskonzept des Paares sind dadurch gefährdet (Pöhler, Weiland, 1998, S. 125). Der Stressfaktor ist vor allem bei jenen Kinderwunschaaren hoch, für die Familiengründung der einzige gemeinsame Plan ist. Die Stressforschung hat gezeigt – so Fiegl – dass flexible, handlungsorientierte Menschen weniger stressanfällig sind (Fiegl, 2008, S. 15).

Onnen-Iseemann beschreibt ein Phasen-Modell der Stressverarbeitung bei kinderlosen Paaren nach Erhalt der Diagnose, das, abgesehen von wenigen Besonderheiten, auch für andere Krisensituationen gilt: Verzweiflung – Verleugnung – Wut – Schuld, Scham – Isolation – Depression – Trauer – Akzeptanz (Onnen-Iseemann, 1998, S. 19 f.). Dieses Modell ist von Barbara Eck Menning, Gründerin der US-amerikanischen Selbsthilfegruppe „RESOLVE“, übernommen und leicht abgeändert worden. Eck Menning's Arbeit baut auch auf anderen, älteren Stressmodellen auf, z.B. dem von Lazarus oder Selye (Onnen-Iseemann, 1998, S. 19).

Analog zu den Bedürfnissen – jeder Trieb, jedes Bedürfnis, jeder Wunsch betrifft immer den ganzen Menschen und enthält kognitive, emotionale und Verhaltenskomponenten (vgl. Ciompi, 1999, S. 84) – sind auch in einer Krise diese, sowie physische und soziale Komponenten zu berücksichtigen. Die folgenden Ausführungen stützen sich in erster Linie auf die Quellen: Wischmann, Stammer (2001), S. 47-64, ICD 10, (2000), Arnold, Eysenck, Meili (1988) und Kast (2011).

Phasenmodell nach Onnen-Isemann:

### **a) Schock, Verzweiflung**

„Akute Belastungsreaktion“ – „eine vorübergehende Störung von beträchtlichem Schweregrad“ heißt es in der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen, (ICD 10, 2000, S. 168), die nach Stunden oder Tagen abklingt. Die Symptome:

Psychisch: Verzweiflung, Lähmung, Angst, Panik, „[...] jede Desintegration des Gewohnten und jede Neuorganisation ist [aber] mit Angst verbunden.“ (Kast, 2011, S. 22). Ausweglosigkeit, Regression, Rückzug, oder auch Unruhe, Überaktivität.

Physisch: vegetative Symptome wie Schwitzen, Tachykardie, Atemnot, nicht zu Ende geführte, ziellose, fahrigere Bewegungsabläufe, Kontrollverlust.

Kognitiv: eingeschränkte Aufmerksamkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Desorientierung, eingeschränktes Vermögen, Reize zu verarbeiten, in der Folge eventuell Erinnerungslücken. Der Lebensplan wird in Frage gestellt.

(Sozial)Verhalten: eventuell „Totstellreflex“ oder Flucht aus der Situation, auch Ersatzhandlungen.

Intervention: Krisenintervention, Stabilisierung, Sicherung der Unversehrtheit.

### **b) Verleugnung**

Psychisch: Abwehrhaltung, Verunsicherung, Ohnmachtsgefühle.

Physisch: eventuell wie oben, aber schwächer ausgeprägt.

Kognitiv: weiterhin eingeschränkte Wahrnehmung, Gedanken „kreiseln“, „das kann nicht wahr sein“, „der Befund wurde vertauscht“, Uneinsichtigkeit.

(Sozial)Verhalten: Neigung zu Aggression, eventuell „Doktorshopping“, Abwehr.

Intervention: meist wird in dieser Phase keine Therapie angestrebt, falls

doch: Aufbau der Vertrauensbasis der KlientInnen-TherapeutInnen-Beziehung, Stützung, Empathie, Stabilisierung, kognitive Interventionen zeigen in dieser Phase wenig Wirksamkeit.

### **c) Wut, Ärger**

Psychisch: Wut, Ärger als Reaktion auf Hilflosigkeit, Enttäuschung (auch bezüglich der medizinischen Behandlungen), Empörung, Trauer wird abgewehrt.

Physisch: Puls, Atemfrequenz erhöht, wenn das Ereignis erinnert wird, Schlafstörungen, Essstörungen, Neigung zu Infektanfälligkeit, Magenschmerzen, Kopfschmerzen.

Kognitiv: Gedanken kreisen um das Gefühl der Wut, das ein Objekt zur Entladung sucht. Konzentrationsfähigkeit stark eingeschränkt. Suche nach Ursachen.

(Sozial)Verhalten: Aggression kann sich gegen verschiedene Ziele richten: andere Personen, die eigene Person, ÄrztInnen, das Schicksal. Vorwürfe gegenüber dem (der) PartnerIn.

Intervention: Unterstützung dabei, sich adäquat, aber sozial kompetent abzureagieren: auf den Medizinball einschlagen, einen Ort aufsuchen, wo lautes Schreien möglich ist, Sport. In der Folge: Sublimierung durch Kunst, das Lieblingshobby.

### **d) Schuld, Scham**

Psychisch: Schuld, Scham, (Selbst)Zweifel.

Physisch: wie oben, vielleicht auch Druckgefühl, Verspannungen.

Kognitiv: „Warum gerade ich, warum gerade wir?“ Gründe werden bei sich selbst, bzw. dem (der) PartnerIn gesucht: Abtreibung, Lebensstil, zu spät für ein Kind entschieden, „Strafe Gottes.“ Schuldgefühle dem „symptomlosen Partner“ gegenüber „meinetwegen muss sie/er (mit)leiden.“

(Sozial)Verhalten: beginnende Isolation, je nach Persönlichkeits- und Paarstruktur: Neigung zu Streit oder Verdrängung.

Intervention: Schuldgefühle ernst nehmen, aber Unterschied zwischen schuldhaftem Verhalten und Schuldgefühlen aufzeigen und adäquat intervenieren (es kann sich zum Beispiel auch um ein durchgehendes Problem beziehungsweise Muster im Leben der betreffenden Person handeln).

Verena Kast bereichert die Theorien über Schuld und Scham um eine aufschlussreiche Variante. Demnach können Schuldgefühle auch dadurch entstehen, dass Krankheit als ein Wechselspiel zwischen Körper, Psyche und Umwelt betrachtet wird. Anders als bei einer psychosomatischen Betrachtungsweise wird hier die Eigenverantwortlichkeit als Möglichkeit der Kontrolle gesehen, die bis zu einem gewissen Grad sinnvoll ist, jedoch auch Allmachtsphantasien von Machbarkeit nach sich ziehen kann. So können bei Erkrankung Schuldgefühle im Sinne eines Mangels an Verantwortungsgefühl, eines Versäumnisses, eines Denkfehlers empfunden werden (Kast, 2001, S. 131).

#### **e) Isolation**

Psychisch: Gefühl von Einsamkeit, Verlassensein, Ohnmacht, Resignation, Vertrauensverlust in sich und die Umwelt – Selbstwertproblematik: „Kinder kriegen ist doch das Einfachste der Welt“, „das kann doch jede(r)“, Minderwertigkeitsgefühl (s. Kap. 3.1.1.3.2), Abwertung, Selbstmitleid.

Physisch: Schlafstörungen, Alpträume, Essstörungen, Übelkeit, Neigung zur Somatisierung.

Kognitiv: manchmal Versuch von Ablenkung, oft Fokussierung des Problems.

Verzerrte bzw. eingeschränkte Wahrnehmung: „Alle bekommen Kinder.“

(Sozial)Verhalten: Rückzug, vor allem Vermeidung von Kontakt mit Kleinkindern, Schwangeren und Menschen, von denen Fragen befürchtet werden.

Intervention: darin unterstützen, dass die Gefühle, die zur Isolation führen (Schmerz, Scham, Neid, Eifersucht), wahrgenommen und als verständliche, menschliche Reaktion akzeptiert werden können. Unterschied zwischen Gefühlen und Gedanken, die sich von selbst einstellen und dem

Verhalten, das daraus resultiert herausarbeiten: die Impulskontrolle, das Aushalten der Spannung, wenn Gedanken und Gefühle (Neid, Wut) nicht gegen andere gerichtet werden, ist dies eine wertzuschätzende Leistung. Akzeptanz von vorübergehendem Rückzug und Konfrontation mit den Folgen permanenter Isolation. Interventionen zur Stärkung des Selbstwertgefühles.

#### **f) Depression**

Psychisch: Gefühl von Sinnlosigkeit, Antriebslosigkeit, lustlos (auch sexuell), weinerlich, energielos, kraftlos, verschlossen, ängstlich, hoffnungslos.

Physisch: Schlafstörungen, Essstörungen, müde, schmerzempfindlich, häufig Infektionen vor allem im Urogenitaltrakt oder den Atemwegen.

Kognitiv: Konzentrationsschwäche, Gedächtnisschwierigkeiten, selten Suizidgedanken, Hoffnungslosigkeit, Angst „es wird nie funktionieren, das Leben ist sinnlos“, kein Erkennen von Alternativen.

(Sozial)Verhalten: Rückzug und Vernachlässigung sozialer Aktivitäten, Sprachlosigkeit, Leistungsminderung, Verlangsamung.

Intervention: je nach Persönlichkeit des Klienten und psychotherapeutischer Schule Behandlung der Depression – oft eine Mischung verschiedener Ansätze: kognitiv, emotional, körperbezogen, vor allem stützend und ressourcen- und lösungsorientiert.

#### **g) Trauer**

Im Gegensatz zu Depression ist Trauer ein aktiver Prozess. „Trauerarbeit“ ist die Konfrontation, die Auseinandersetzung mit dem Verlust.

Psychisch: Schmerz, Verlustgefühl, Gefühl der Sinnlosigkeit, aber auch „Gefühlschaos“, übersensibel, Rückzug.

Besonderheit in diesem Zusammenhang: Trauer hier nicht um eine konkrete Person, sondern um einen nicht in Erfüllung gegangenen Lebensinhalt, um ein

Potenzial oder eine Möglichkeit (Petra Thorn, 2008, S. 26): „Abstrakte Trauer“.

Physisch: Appetitlosigkeit, Schlafstörungen, Druckgefühl vor allem in der Brust, müde, schwach, weinerlich, vegetative Veränderungen, kurzatmig, Verlangsamung.

Kognitiv: Konzentrationsstörungen, Verwirrung.

(Sozial)Verhalten: Rückzug, öffnen sich aber vertrauten Menschen gegenüber.

Intervention: aktives Zuhören, Rituale anregen, zumal dieser Verlust keine Öffentlichkeit hat, „verdeckt“ ist, keine Rituale kennt, auf wenig Verständnis trifft; Trauer „konkretisieren“ (durch Symbole, Namen, Bilder, etc.).

## **h) Akzeptanz**

Psychisch: Entlastung, Offenheit für andere, positive Gefühle, gebundene Energie wird frei, Zuversicht, Hoffnung.

Physisch: Symptome bilden sich langsam zurück, Schlaf bringt wieder Erholung, Entspannung, Genuss, Lust wird wieder möglich.

Kognitiv: Alternativen werden überlegt, neue Bilder werden kreiert, andere Lebensinhalte als der Kinderwunsch können wieder an Bedeutung gewinnen. Die Krise kann zur Chance werden, die kognitive Lethargie löst sich auf, Zugang zu Ressourcen ist wieder möglich.

(Sozial)Verhalten: Oft wurde durch die Krise hinsichtlich sozialer Kontakte der „Weizen vom Spreu“ getrennt. (Neue) Kontakte werden gesucht. Das Paar hat gemeinsam eine Lebensaufgabe bewältigt, ist – im Idealfall – durch einen Reifungsprozess gegangen und sucht neue Möglichkeiten. Offen für Impulse von Außen.

Intervention: Anregungen für Suchprozesse, Selbstvertrauen stärken, das Prinzip Hoffnung unterstützen. Intervention bedeutet – laut Verena Kast – zwischen die Person und ihre Krise treten, sie bekommt Abstand, Kontakt zur Krise: Möglichkeiten der Krise können genutzt werden (Kast, 2011, S. 17), der „schöpferische Sprung“ wird möglich.

Einzelne dieser Phasen können ausbleiben, übersprungen werden, nur kurz andauern, wiederkehren (zumal sich bei wiederholten Versuchen assistierter Reproduktion auch die Gefühle wiederholen). Phasen können verdrängt werden, unbewusst bleiben, andauern – der Prozess kann individuell unterschiedlich erlebt werden, abhängig von der jeweiligen Lebensgeschichte, inneren und äußeren Ressourcen, der generellen Belastbarkeit und der Fähigkeit, sich anzupassen, aber auch abhängig von Alter und Geschlecht, der Intensität des Kinderwunsches, seiner Dauer und auch davon, bei wem die Ursache liegt.

#### 3.1.1.5.2.3 Geschlechtsspezifische Unterschiede

Generell lässt sich sagen, dass Frauen meist mehr unter der Diagnose Sterilität leiden als Männer, unabhängig davon, ob sie Symptomträgerinnen sind oder nicht. Henning und Strauß führen elf Studien an, die das untermauern: Frauen waren depressiver, zeigten mehr psychosomatische Auffälligkeiten und geringeres Selbstwertgefühl im Vergleich zu den untersuchten Männern (Henning, Strauß, 2000, S. 27).

Sehr deutlich treten Unterschiede zwischen Frauen und Männern in der Verarbeitung der Situation zutage. Frauen suchen vermehrt soziale Unterstützung und das Gespräch, während Männer tendenziell zu Verdrängung neigen bzw. ihr Leid weniger deutlich zeigen (vgl. auch Wright et al., 1991, zit. nach Henning, 2000, S. 30, sowie Thorn, 2008, S. 23). Die Erkenntnis, dass die bisher angewandten Strategien und Ressourcen (einschließlich medizinischer Hilfe) bislang nicht ausreichen, erzeugt ein Gefühl von Kontrollverlust und Ohnmacht und in Folge dessen gerät das Selbstwertgefühl in diesen Phasen immer wieder ins Wanken oder erfährt zuweilen tiefste Erschütterung. Während bei Frauen die psychische Belastung sehr hoch ist, unabhängig davon, wer Symptomträger(in) ist (Henning und Strauß, 2000, S. 28 f.), konnte bei Männern eine deutlich erhöhte Belastung festgestellt werden, wenn sie selbst Symptomträger sind. Auch hier wird meist nach Gründen, Ursachen gesucht, wobei bei Männern häufig die Angst hinzukommt, die Partnerin psychisch und/oder körperlich zu sehr zu belasten. Vor allem aber erleben männliche Symptomträger die Diagnose „eingeschränkt zeugungsfähig“ oder

„zeugungsunfähig“ häufig als Verletzung ihres Selbstwertgefühls, zumal bei Männern Zeugungsfähigkeit und Männlichkeit eng aneinander gekoppelt (vgl. Thorn, 2008, S. 24) und an die Vorstellung von gelingender Sexualität gebunden sind (vgl. Henning, 2000, S. 28).

Wie unterschiedlich die Reaktionen auf die Diagnose ausfallen können, hier anhand von zwei Fallbeispielen aus der eigenen Praxis:

Fall 1, Oktober 2011:

Das Paar kommt gemeinsam. Die Frau ist 26 Jahre alt, der Mann 32. Sie ist Immigrantin, hat sich gut eingelebt, musste aber ihre Herkunftsfamilie – bis auf eine Tante – zurücklassen. Er ist in der Landwirtschaft tätig, mit höherem Schulabschluss, und beschreibt sich als sehr bewusst lebend. Er betreibt regelmäßig Sport, achtet auf seine Ernährung, wirkt auch sehr sportlich. Er hatte im Erwachsenenalter Mumps, allerdings ohne Hodenentzündung, und daher gab es keinen Verdacht auf Sterilität. Das Paar lebt in einer Kleinstadt in Niederösterreich, beide Herkunftsfamilien wissen um die Schwierigkeiten des Paares. Er kommt aus einer kinderreichen Familie und kann sich daher ein Leben ohne Kinder nicht vorstellen. Obwohl er die Diagnose schon vor einigen Wochen erhalten hat, befindet er sich noch immer in der Schock- und Verleugnungsphase. Gelegentlich wird er ein wenig wütend, meist ist er verzweifelt, weint. Diese Lebenssituation ist ihm unerklärlich, zumal er „so gesund lebt und nichts angestellt hat“ (siehe Kapitel 3.1.1.5.2.2). Der Gedanke an eine andere Lösung als die, ein (genetisch) eigenes Kind zu zeugen, ist noch weit entfernt. Er braucht eindeutig Zeit. Die Partnerin beginnt von HI (heterologe Insemination) zu sprechen, weint ihrerseits, macht Druck: „Ich habe keine eigene Familie hier, ich will eine eigene Familie haben.“ Die Paarbeziehung ist in Gefahr, leider kommt es jedoch zu keiner weiteren Begleitung dieses Paares.

Fall 2, Februar 2012:

Der Mann kommt alleine. Er ist 38 Jahre alt, Akademiker, seine gleichaltrige Ehefrau ist in gehobener Position in einem Großbetrieb tätig. Vor zehn Monaten hat er erstmals eine Samenprobe abgegeben, eine Azoospermie wurde festgestellt. Zwei Monate später

wurde ein zweites Spermogramm gemacht (das entspricht dem Standard), die Ergebnisse der ersten Untersuchung wurden bestätigt. Weitere Untersuchungen ergaben eine genetische Ursache der Sterilität. Ein halbes Jahr später entschloss sich Herr X. zu einer Hodenbiopsie, jedoch ohne Erfolg. Er hatte dieses Ergebnis bereits erwartet und nahm daher den Befund gelassen entgegen. Seiner Frau ging es schlechter als ihm, so erzählt er, sie konnte nicht verstehen, dass er so ruhig blieb. In der weiteren Exploration zeigt sich jedoch, dass Herr X. nach dem zweiten (Kontroll-)Spermogramm mit Schmerz, Verleugnung, Wut und kurzzeitigem Rückzug reagiert hatte, jedoch sehr rasch die neue Realität akzeptiert und nach Lösungen gesucht hat. An diese Reaktionen erinnert er sich erst wieder im therapeutischen Gespräch. Er befürchtet trotzdem, nicht normal zu sein, zu wenig lang, zu wenig heftig empfunden zu haben. Erst die Erkenntnis, dass er zu keinem Zeitpunkt Gefühle unterdrückt hat und sein Handeln immer kongruent zu seinen Emotionen war, sowie ein kurzes Gespräch über Radikale Akzeptanz<sup>1</sup> lassen ihn seine eigene Reaktion neu sehen. „Ich mag Kinder wahnsinnig und ich will Familie haben“, so bringt er die Sache ganz einfach auf den Punkt.

Nur in Ausnahmefällen wachsen Männer mit dem Wissen um ihre Unfruchtbarkeit auf und haben so die Möglichkeit, dieses Faktum in ihr Leben zu integrieren. Zumeist erfahren sie von dieser Diagnose erst im Zusammenhang mit einer Familienplanung. Schock, narzisstische Kränkung, Zweifel, Selbstwertprobleme, Abschied vom Lebensplan, Trauer, schmerzhaftes Eingreifen, Hoffen, Warten und Bangen – von all diesen Erlebnissen sind die ersten Monate nach Erhalt der Diagnose geprägt. Als zusätzliche Belastung wird die Konfrontation mit den Gefühlen der Partnerin wahrgenommen, deren Kinderwunsch vielleicht noch ausgeprägter ist als der eigene. Mit der Dauer des Kinderwunsches wird das innere Elternbild zum Idealbild und Wunsch und Realität klaffen immer weiter auseinander. Der Anstieg des psychischen Drucks wird meist nicht bewusst wahrgenommen (Fiegl, 2008, S. 12). „So stellt die *Erkenntnis* der Möglichkeiten, ein Ziel zu erreichen, die konkrete Form dar, in der die Bedürfnisse das menschliche Verhalten anstoßen und steuern“ (Arnold, 1988, Spalte

---

<sup>1</sup> Radikale Akzeptanz: ein Begriff aus der Dialektisch Behavioralen Therapie (DBT), entwickelt um 1980 von Marsha Linehan. Gemeint ist das Akzeptieren nicht veränderbarer Realitäten (eine Grundeinstellung, die vom Zen-Buddhismus übernommen wurde), um auf diese Weise Leid (durch Schmerz, der nicht angenommen werden kann) zu vermeiden.

1411). Dieses Bedürfnis, der Kinderwunsch, strebt nach Erfüllung, zumal es „machbar“ erscheint, also die Erkenntnis der Möglichkeit, das Ziel zu erreichen, gegeben ist, wobei Frauen in der Suche nach Lösungen mehr Aktivität zeigen als Männer (vgl. auch Greil et al., 1988, zit. nach Henning, 2000, S. 29). Für sie ist es oft wichtiger, ein eigenes Kind zu haben, Schwangerschaft und Geburt zu erleben. Newton et al., 1990 und Wright et al., 1991 (zit. nach Henning und Strauß, 2000, S. 29) erklären dies mit der hohen sozialen Verantwortlichkeit für Schwangerschaft und Geburt, die Frauen antizipieren. Daher können sich Männer häufiger – als Alternative – ein Leben ohne Kinder vorstellen. Manchmal geben sie als Grund für den eigenen Kinderwunsch an, ihrer Partnerin den Wunsch erfüllen zu wollen (Henning, Strauß, 2000, S.28), aber auch die eigene emotionale Stabilität und eine Erhöhung des Selbstwerts werden von Männern als Motive angegeben. Vor allem Männer, die alleinige Symptomträger sind, zeigen wenig Ambivalenzen gegenüber dem Kinderwunsch, und Zweifel werden oft von ihnen verdrängt (Henning, 2000, S.28).

Wichtig in der psychotherapeutischen Arbeit mit Kinderwunschpaaren ist die Stärkung der Toleranz für jeweils existierende Unterschiede, die biologisch, psychologisch, gesellschaftlich und individuell begründet sein können. „Auch hier wäre wichtig, die eigenen Bedürfnisse wahr zu nehmen und nicht immer nur an den anderen zu denken. Es kann sein, dass es dann quer läuft: sie macht ihm zuliebe viele Versuche, er möchte ihr zuliebe ihr Versuche ersparen“ (Thorn, 2008, S. 31).

Die Entscheidung für oder gegen eine heterologe Insemination braucht Zeit, sie erfordert Wertschätzung, Offenheit, Toleranz, Liebe zwischen den PartnerInnen und sollte ausschließlich gemeinsam gefällt und getragen werden. Sollte sich das Paar für eine Samenspende entscheiden, um nicht nur die gemeinsame Elternschaft (wie dies auch bei einer Adoption möglich ist) zu erleben, sondern darüber hinaus Schwangerschaft und Geburt ihres Kindes, dann gibt es nicht nur einen „Dritten“, den Spender, sondern noch mehrere beteiligte Personen, die in diesem speziellen Fall eine „sozial gestaltende Rolle“ im Leben dieses Paares ausüben (Bernat, 2000, S. 162). Der Partner und zukünftige Vater des Kindes sollte im Idealfall durch seine Anwesenheit während des medizinischen Geschehens, der HI, wieder in den

Zeugungsakt, aus dem er biologisch ausgeschlossen ist, „hereingeholt“ werden, es ist sinnvoll, wenn er sich von Anfang an einbringen kann.

## **3.2 Heterologe Insemination (HI)**

### **3.2.1 Medizinische Aspekte**

#### 3.2.1.1 Insemination: Begriff und Geschichte

Insemination – die Befruchtung von Eizellen auf andere Weise als durch Geschlechtsverkehr – ist die älteste Form assistierter Reproduktion (unterstützter Fortpflanzung) (vgl. Daniels, 2002, S. 31). Die ersten Dokumente darüber finden sich bei Talmud-Rechtsgelehrten aus dem 2. bis 3. nachchristlichen Jahrhundert. Ab dem 14. Jahrhundert verwendete man diese Methode in der Tierzucht, und 1799 berichtete der englische Experimentalchirurg John Hunter über eine erfolgreiche Insemination am Menschen. Die erste instrumentelle Spendersamenübertragung wurde von Dr. William Pancoast 1884 in Philadelphia (erfolgreich) durchgeführt (Katzorke, 2008, S. 14). Die Insemination kann homolog erfolgen, das heißt mit dem Samen des eigenen Partners (Ehemann oder Lebensgefährte), bzw. heterolog durch einen Samenspender (Donor). In diesem Fall wird von „Heterologer Insemination“ (HI), „Donorinsemination“ (DI) oder „Artificial Insemination of Donor“ (AID) gesprochen (Fischl, 1995, S. 163-172).

#### 3.2.1.2 Heterologe Insemination: Indikation – einst und jetzt

War die HI in früheren Jahren oft die einzige Möglichkeit, bei sehr eingeschränkter Samenqualität eine Familie gründen zu können, so hat sich die Indikation für diese Form der unterstützten Fortpflanzung seit 1994 auf wenige Gründe eingeschränkt: bei schweren Erbkrankheiten, bei Infektionsgefahr, bei Azoospermie (totales Fehlen von Samenzellen in der Samenflüssigkeit), bei Aspermie (kein Ejakulat – Samenflüssigkeit) und bei starker Hodenschädigung durch Bestrahlung oder Chemotherapie (Fischl, 1995, S 170 f. und Färber, 2001, S. 44). 1994 war das Jahr, in dem die ICSI (Intracytoplasmatische Spermieninjektion) – dabei wird unter einem

hochauflösenden Mikroskop mittels einer Pipette ein einzelner Samenfaden direkt in eine Eizelle eingebracht – auch in Österreich etabliert wurde (vgl. Würfel, 2007, S. 7). Diese Methode ermöglicht es, auch bei stark eingeschränkter Fertilität des Mannes eine Befruchtung (allerdings in vitro – also außerhalb des weiblichen Körpers) durchzuführen. Das Spermogramm (Untersuchungsbefund der Samenflüssigkeit) bestimmt die Qualität des Ejakulates, das üblicherweise mittels Masturbation gewonnen wird, in Bezug auf Flüssigkeitsmenge, Dichte der Spermien, Motilität (Beweglichkeit) und Morphologie (Gestalt – normgemäß oder missgebildet), wobei die WHO (World Health Organization – Weltgesundheitsorganisation) für alle Kriterien Grenzwerte festgelegt hat, die eine Aussage über die Norm bzw. die Einschränkung zulassen (vgl. Färber, 2001, S. 44).

#### 3.2.1.2.1 Männliche Subfertilität (eingeschränkte Fertilität)

Vor allem in den Industrieländern nimmt die männliche Fertilität (Fruchtbarkeit) seit Jahren stetig ab. Die Gründe dafür sind nicht eindeutig auszumachen, meist fällt die Erklärung für die eingeschränkte Samenqualität unzureichend und unbefriedigend aus – verlässliche Studien fehlen. Als mögliche Faktoren werden die Lebensführung (Stress, Genussmittel – vor allem Nikotin), Umweltbelastungen (Weichmacher, Elektrosmog), bestimmte Nahrungsmittel (so sagt man Sojaprodukten wegen der darin enthaltenen Phytohormone eine negative Wirkung nach), Extremsport (und die Verwendung von Anabolika), berufsbedingte Ursachen (wie Wärmeexposition oder Pestizide bei der Spritzmittelverwendung in der Landwirtschaft) und Medikamente genannt. Definitiv feststellbare Ursachen sind (Sport-)Verletzungen, Entzündungen (zum Beispiel Hodenentzündung im Zusammenhang mit Mumps im Erwachsenenalter), Hodenhochstand, Krampfadern am Hoden (Varikozele), immunologische Faktoren und Stoffwechselerkrankungen (vgl. auch Spitzer, 1995, S. 239-250, Färber, 2001, S. 44 und Pschyrembel 1991, S. 614).

### 3.2.1.2.2 Männliche Sterilität

Eine HI wird meist durchgeführt, wenn eine ICSI, eine MESA (Micro Epididymal Sperm Aspiration, Nebenhodenbiopsie) oder TESE (Testicular Sperm Extraction, Hodenbiopsie) – zwei operative Verfahren, die nur bei Azoospermie durchgeführt werden und wenn zudem die Vermutung besteht, im Hoden- oder Nebenhodengewebe könnten sich Samenzellen befinden – zu keinem Erfolg geführt haben.

Die Gründe für eine Azoospermie – völliges Fehlen von Samenzellen – sind meist genetisch bedingte verschlossene oder fehlende Samenstränge (die Samenzellen können nicht in die Samenflüssigkeit gelangen) bzw. keine oder eine extrem geringe Produktion von Samenzellen (Würfel, 2007, S. 8 f.) oder auch – in ganz seltenen Fällen – der Verschluss des Samenleiters durch eine Vasektomie (operativer Eingriff zur Sterilisation des Mannes, ein Eingriff, der oft nicht revidierbar ist). Zu den genetischen Gründen zählt auch das Klinefelter Syndrom, eine Veränderung des Geschlechtschromosoms (Karyotyp 47, XXY).

Die Entscheidung für eine HI kann auch getroffen werden, wenn das Paar beschließt, dem Mann eine MESA oder TESE, bzw. der Frau das (wiederholte und für viele Frauen körperlich und psychisch belastende) Procedere einer IVF (In-vitro-Fertilisation) zu ersparen. Bei der IVF wird die Frau hormonell stimuliert. Damit wird die Reifung mehrerer Follikel (Eibläschen) angeregt, um bei der Punktion (Entnahme der Follikelflüssigkeit aus den Follikeln unter Kurznarkose mittels einer Hohlnadel, die durch die Scheidenwand hindurch geführt wird) reichlich Eizellen zu gewinnen (Fischl, 2000, S. 47). Eine IVF ist in Österreich nur homolog – also mit dem Samen des Partners – erlaubt (s. auch FMedG Art.I, § 3. (1)). Bei eingeschränkter Fertilität des Mannes erfolgt eine ICSI, bei guter Samenqualität wird lediglich zu den Eizellen, die in ein chemisches Spezialmedium gebettet werden, ein Tropfen des Ejakulats hinzugefügt – die Befruchtung erfolgt dann in der Petrischale (Reagenzglas mit Abdeckung).

Auch wenn Wahrscheinlichkeit, medizinische Erfahrung und Ratio dagegen sprechen, aus psychologischer Sicht ist es oft von enormer Wichtigkeit, dass auch ein Versuch mit dem eigenen Samen unternommen wird, um sicherzugehen, dass alles unternommen wurde, um ein genetisch eigenes Kind zu bekommen.

Ebenso wichtig kann es sein, mehrere (auch ärztliche) Meinungen einzuholen, über den Zeitplan zu bestimmen, möglichst die eigene Kontrolle zu bewahren, selbstbestimmt zu bleiben und als Paar Teamgeist zu entwickeln (Thorn, 2008, S. 31 ff.). Ob die spätere Inseminationsfamilie gelingen kann, wird bereits zu diesem Zeitpunkt wesentlich mitbestimmt.

### 3.2.1.3 Procedere

Was die Frau betrifft, so kann eine Insemination im Naturzyklus erfolgen oder mithilfe einer leichten hormonellen Stimulation. Wichtig ist hierbei das Monitoring, d.h. regelmäßige Ultraschalluntersuchungen (US), um eine Mehrlingsschwangerschaft mit all ihren Risiken möglichst zu vermeiden (Würfel, 2007, S. 5). Eine Insemination macht nur Sinn, wenn bei der Frau keine Indikation für eine IVF gegeben ist. In erster Linie müssen die Eileiter funktionstüchtig sein. Mittels US wird der optimale Zeitpunkt für die Insemination bestimmt (unmittelbar vor der Ovulation, dem Eibläschensprung). Die Insemination selbst ist ein schmerzfreier Vorgang. Mittels eines weichen Katheters wird das Ejakulat direkt in den Uterus (Gebärmutter) eingebracht (Intrauterine Insemination – IUI) (Würfel, 2007, S. 5).

Was den Mann betrifft, so wird – wie bereits erwähnt – das Ejakulat mittels Masturbation gewonnen. Anschließend wird es im Labor aufbereitet: untersucht, zentrifugiert und gewaschen (Färber, 2001, S.45). Bei der HI – die genauen, sehr strengen gesetzlichen Bedingungen werden im nächsten Kapitel ausführlich dargestellt – wird es danach eingefroren, denn die Untersuchung des Spenders auf HIV wird einmal vor dem Tieffrieren und dann nochmals nach sechs Monaten durchgeführt, um auf jeden Fall eine Infektion ausschließen zu können. Erst dann

darf das Ejakulat verwendet werden. Zwar gibt es auch inzwischen Spezialverfahren, um Männern mit HIV oder Hepatitis C-Infektion ein gesundes, genetisch eigenes Kind zu ermöglichen, aber diese sehr aufwändigen Verfahren werden nur homolog durchgeführt.

### **3.2.2 Rechtliche Aspekte**

#### **3.2.2.1 Das Fortpflanzungsmedizingesetz (FMedG)**

Vor dem Fortpflanzungsmedizingesetz konnten alle Methoden, die nicht in anderen gültigen Rechtsnormen ausdrücklich verboten waren, angewendet werden. Dazu gehörten Eizellenspenden, „Samencocktails“ (das Ejakulat des Partners wurde mit dem des Spenders vermischt) und IVF mit Spendersamen.

Das FmedG ist mit 1. Juli 1992 in Kraft getreten. Es regelt den gesamten Bereich der medizinisch unterstützen Fortpflanzung. Die Voraussetzungen zur Durchführung, die Befugnisse, die Definitionen, Ausschließungsgründe, Meldepflichten, Dokumentation und Aufbewahrungsfristen sowie die entsprechenden Strafbestimmungen sind darin enthalten und geregelt. Das Gesetz hatte einige grundlegende Änderungen wie zum Beispiel die Aufhebung der Samenspender-Anonymität und das Verbot der Verwendung von Spendersamen bei IVF zur Folge:

§ 20. (2) Dem mit dem Samen eines Dritten gezeugten Kind ist auf dessen Verlangen nach Vollendung des vierzehnten Lebensjahrs Einsicht in die Aufzeichnungen [...] zu gewähren und daraus Auskunft zu erteilen. Der gesetzliche Vertreter oder der Erziehungsberechtigte kann zum Wohl des Kindes in medizinisch begründeten Ausnahmefällen mit pflegschaftsgerichtlicher Genehmigung Einsicht und Auskunft verlangen.

Nach kürzester Zeit entstand ein Mangel an zur Verfügung stehendem Spendersamen (Fischl, 1995, S. 170 f.) Es gab keine Lobby für die Betroffenen, keine Öffentlichkeitsarbeit, das Thema wurde tabuisiert. Der medizinische Fortschritt hatte sich rascher entwickelt als ein entsprechendes Bewusstsein in der Gesellschaft. Was inzwischen medizinischer Alltag war, hatte (und hat) in den Köpfen der Menschen

noch nicht ausreichend Platz gefunden, außer in denen der Betroffenen. Die irrationale Angst, plötzlich würden alle Kinder, die mit Spendersamen gezeugt wurden, mit 14 Jahren vor der Türe des Spenders stehen, war offensichtlich groß, obwohl im Gesetz der Schutz des Spenders gewährleistet wurde:

§ 20. (1) Die Aufzeichnungen über einen Dritten, der Samen zur Verfügung gestellt hat, sind vertraulich zu behandeln.

Eine weitere Absicherung für Spender ist im Artikel II des FMedG – Änderungen des Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuches – verankert:

„Vaterschaft zu einem unehelichen Kinde

§163. (4) Ein Dritter, dessen Samen für eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung verwendet wird, kann nicht als Vater des mit seinem Samen gezeugten Kindes festgestellt werden.“

Ebenso einschneidend war das Verbot, Spendersamen bei IVF zu verwenden – im Gesetz allerdings nicht als Verbot, sondern als ausschließliche Verwendung bei der Insemination festgeschrieben:

Artikel I – Begriffsbestimmungen:

§ 1. (1) Medizinisch unterstützte Fortpflanzung im Sinn dieses Bundesgesetzes ist die Anwendung medizinischer Methoden zur Herbeiführung einer Schwangerschaft auf andere Weise als durch Geschlechtsverkehr.

(2) Methoden der medizinisch unterstützten Fortpflanzung im Sinn des Abs. 1 sind insbesondere

1. das Einbringen von Samen in die Geschlechtsorgane einer Frau

[...]

Zulässigkeit:

§ 3. (1) Für eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung dürfen nur die Eizellen und der Samen der Ehegatten oder Lebensgefährten verwendet werden.

(2) Für die Methode nach § 1 Abs. 2 Z 1 darf jedoch der Samen eines Dritten verwendet werden, wenn der des Ehegatten oder Lebensgefährten nicht fortpflanzungsfähig ist.

Warum die Insemination mit Fremdsamen weiterhin erlaubt wurde, nicht jedoch die IVF, bleibt ein juristisches Rätsel. Diese „Wertungsinkongruenz“ lässt sich durch nichts rechtfertigen (vgl. auch Bernat, 1995, S. 255). 1992 gab es noch keine ICSI und keine Institute im nahen Ausland, wohin betroffene Paare hätten ausweichen können – ein Umstand, der sich 1994 durch die Methode der ICSI und in der Folge durch die steigende Anzahl von Reproduktionszentren in Ländern mit anderer Rechtslage veränderte.

Weitere wichtige gesetzliche Regelungen sind: Der Spender darf lediglich eine Aufwandsentschädigung, nicht aber ein Honorar erhalten, ein Spender darf nur in einer Klinik als Spender auftreten und darf nur in maximal drei Ehen (Lebensgemeinschaften) für Nachwuchs sorgen. Bei unverheirateten Paaren bedarf es eines Notariatsaktes für eine IVF, für eine HI brauchen auch verheiratete Paare einen Notariatsakt.

Psychologische Unterstützung ist zwar im Gesetzestext vorgeschrieben, aber nicht verpflichtend:

§5 (2) [...] Weiters muß die Möglichkeit zu einer ausreichenden psychologischen Beratung und einer psychotherapeutischen Betreuung gegeben sein.

An anderer Stelle:

§7(2) Der Arzt hat eine psychologische Beratung oder eine psychotherapeutische Betreuung der Ehegatten oder Lebensgefährten zu veranlassen, sofern diese eine solche nicht ablehnen.

Das FMedG erfuhr in der Folge zahlreiche Änderungen, zuletzt am 19.09.2011. Im Laufe der Zeit wurden die Aufbewahrungsfristen für Ejakulate (nunmehr unbefristet) und Embryonen (derzeit zehn Jahre) verlängert, Spendersamen müssen kryokonserviert (tiefgefroren) werden, die Gültigkeit des Notariatsaktes wurde von zwei Jahren auf ein Jahr verkürzt.

Dieses Gesetz wurde mit 01.01.2000 durch das Fondsgesetz ergänzt, das die Voraussetzungen und Bestimmungen für eine teilweise Kostenübernahme bei IVF regelt, jedoch für Inseminationen nicht relevant ist.

### 3.2.2.2 Das Gewebesicherheitsgesetz (GSG)

Das GSG wurde mit 19.03.2008 rechtskräftig und regelt die Gewinnung, Verarbeitung, Aufbewahrung und Verwendung menschlichen Gewebes und menschlicher Zellen durch festgesetzte Standards, die dem jeweils neuesten Stand von Wissenschaft und Technik entsprechen müssen.

### 3.2.2.3 Andere Länder – andere Sitten

In nur wenigen europäischen Ländern sind die gesetzlichen Regelungen restriktiver als in Österreich, beispielsweise in Deutschland. Hingegen lässt die Gesetzeslage mehrerer europäischer Staaten IVF mit Spendersamen, Eizellenspenden und Präimplantationsdiagnostik - PID (die genetische Untersuchung am Embryo, meist im Achtzellstadium) zu. So hat zum Beispiel das Kinderwunschzentrum Privatspital Goldenes Kreuz eine Tochterklinik in Bratislava und Referenzzentren in Polen und Rumänien, wo diese Interventionen durchgeführt werden können. Die KinderWunsch Klinik Dr. Loimer mit Sitz in Wien, Wels und Linz kooperiert mit Budweis, die IVF-Zentren Prof. Zech mit Sitz in Österreich, der Schweiz, Liechtenstein und Italien weichen für diese Zwecke nach Pilsen aus. Sowohl weibliche als auch männliche SpenderInnen bleiben in der Slowakei und in Tschechien anonym, während z.B. in Großbritannien oder Finnland auch „offene“, also nicht anonyme Spenden möglich sind.

Um die vielfältigen Aspekte, Probleme und Hindernisse, denen Menschen ausgesetzt sind, die assistierte Reproduktion in Anspruch nehmen müssen, nachvollziehbar zu machen bzw. um zu beleuchten, wie und warum der Wunsch, eine Familie zu gründen, so bedeutsam werden kann, dass Paare sich mit all diesen Bestimmungen und Prozeduren konfrontieren, werde ich in den folgenden Kapiteln die Bedeutung und die Geschichte von Familie einer genaueren Betrachtung unterziehen.

### **3.3 Familie**

#### **3.3.1 Zur Geschichte der Familie in unserem Kulturraum**

„Die Familie war immer eine veränderliche und flexible Institution. Schon allein die Definition dessen, was eine Familie ist, unterscheidet sich in verschiedenen Gesellschaften.“ (Hareven, 1996, S. 37). So war die Familie zu allen Zeiten ein Spiegel der jeweiligen Machtstrukturen und der vorherrschenden Religion, sie beugte sich äußeren Notwendigkeiten und Anforderungen, sie reagierte auf Veränderungen jedweder Art. Ebenso zwingend ist die Geschichte der Familie verbunden mit der Geschichte der Ehe, den Rollenbildern Frau/Mutter, Mann/Vater und dem Stellenwert des Kindes. „Die jeweiligen Rollen des Vaters, der Mutter und des Kindes werden anhand der Bedürfnisse und herrschenden Wertvorstellungen einer Gesellschaft festgelegt“ (Badinter, 1992, S. 13).

##### **3.3.1.1 Frühzeit, die biblische Familie, Griechenland, Sparta, Rom**

In den frühen Hochkulturen finden sich vor allem matriachale Familienformen, doch die indoeuropäische Wanderbewegung übte mächtigen Einfluss aus und ersetzte gewaltsam alteingesessene, matrizenrische Kulturen durch das Patriarchat (Chronik der Frauen, 1992, S. 58 ff.).

Das Patriarchat blieb dann für viele Jahrhunderte sowohl in der Gesellschaft als auch in der Familie vorherrschend: in der biblischen Familie, im antiken Griechenland und Sparta ebenso wie in Rom. Der Mann als Familienoberhaupt vertrat in diesen Kulturen die gesamte Familie nach außen und hatte weitgehende Rechte (bis hin zum

Tötungsrecht von Frau und Kind). Die Familien waren eigentlich Herrschaftsverbände und lebten in verschiedenen Haushaltsformen, beispielsweise als Kernfamilie (Eltern und Kinder), aber auch in Mehrgenerationenhaushalten beziehungsweise als Stammfamilie (dabei bleibt nur der Erbsohn im elterlichen Haus). Wegen der geringen Lebenserwartung lebten Menschen aber nur selten in Mehrgenerationenfamilien (Krause, 2003, S. 38 f.). Ehen wurden wegen der Nachkommen geschlossen, jedoch wurden Kinder nicht um ihrer selbst willen gezeugt, sondern waren funktionalisiert als Besitz, Machtzuwachs, Weiterbestand der Familie und des Namens, in ärmeren Familien auch zur Sicherheit im Alter (Krause, 2003, S. 71; vgl. auch Kap. 3.1.1.3). Im antiken Rom treffen wir erstmals auf den vertrauten Begriff „familia“, abgeleitet von famulus, der Diener. Familia bedeutete ursprünglich „Hausgenossenschaft“, einschließlich der Sklaven bzw. Diener (vgl. Kluge, 2002), konnte aber auch nur die Personen umfassen, die in agnatischer (rein männlicher) Linie von einem Vorfahren abstammen oder auch der Sammelbegriff für das Gesinde sein. Niemals bedeutete familia aber zu dieser Zeit Familie im Sinne der Kernfamilie (Krause, 2003, S. 95 ff.).

### 3.3.1.2 Mittelalter

Im frühen Mittelalter wurden Ehen nach wie vor aus wirtschaftlichen und praktischen Gründen geschlossen, denn die Hauptfunktionen der mittelalterlichen Familie waren Fortpflanzung, Arbeitsorganisation und Schutz.

Unter dem Einfluss des Feudalismus erstarkte die rein agnatische Familie. Der „Stammvater“ wurde kulturell verehrt und rückte mit jeder Generation mehr in die Position des „heldenhaften Begründers des Geschlechtes“ (Mitterauer, 2003, S. 163). Nicht nur der Adel mit seiner männlichen Erbfolge und der Weitergabe von Besitz und Macht vertrat dieses Feudalsystem, auch die Ständegesellschaft basierte auf dem agnatischen System. Die Familie war die entscheidende gesellschaftliche Instanz, und die Geburt bestimmte den Verlauf des Lebens (Ecarius, 2011, S. 17).

Neben der Verwandtschaftsfamilie entwickelte sich ab dem 10. Jahrhundert die Haushaltsfamilie. Das Abstammungsdanken verlor an Bedeutung, und mit ihm auch „Begleiterscheinungen“ wie Blutrache, Schwagerehe und Ahnenkult (Mitterauer, 2009, S. 17). Als Familie definierte sich die Gemeinschaft derer, die unter einem Dach wohnten, gemeinsame Arbeit verrichteten und um einen Tisch saßen um gemeinsam zu essen. Familie bedeutete: „Ganzes Haus“. Wer den Wohnort wechselte, wechselte häufig auch den Namen (Mitterauer, 2009, S. 24).

### 3.3.1.3 Neuzeit

Die Reformation (um 1517) führte zu einer Zäsur in bisherigen Auffassungen von Ehe und Familie. Die väterliche Gewalt wurde erheblich eingeschränkt, Kinder wurden geschützt, die Eheschließung war eine weltliche Angelegenheit. Die Aufgaben der Eheleute wurden aufgeteilt und die Elternschaft gewann an gesellschaftlicher Bedeutung. Die Eltern waren verantwortlich für die Erziehung der Kinder (Ecarius, 2011, S. 17), allerdings im Sinne eines göttlichen Auftrages (Gestrinch, 2003, S 372 ff.).

Das Christentum verlor durch die Entwicklung der Wissenschaften an Einfluss, die Kirche büßte aufgrund der Spaltung an Macht ein. Das Lehnswesen wurde von der Lohnarbeit abgelöst, die Industrialisierung veränderte materielle Grundlagen. Es kam zu Verstädterung und mehr Mobilität. „Familien reagieren auf sozialen Wandel und adaptieren sich. Solche Zusammenhänge zu betonen ist wichtig, um kulturpessimistischen Ideologien entgegenzuwirken, die Familie als eine ‚naturhafte Gemeinschaft‘ auffassen und jede Änderung als ein Zeichen des Verfalls deuten.“ (Mitterauer, 1996, S. 39).

Die beginnende Industrialisierung und das Angebot an Arbeit im 17. und 18. Jahrhundert stärkte die Position der Frau. Sie trug nun zum Familieneinkommen bei und wurde unabhängiger. Aber auch Männer profitierten von den Neuerungen, denn auch sie wurden unabhängiger von ihren Vätern. Das Industriezeitalter beeinflusste gesellschaftspolitisches Denken und damit das Bild bzw. die Vorstellung von Familie.

Begriffe wie Produktion und Reproduktion, Männerwelt und Frauenwelt, Gesellschaft und Familie, Rationalität und Gefühlswelt, Außen und Innen, Autonomie und Unabhängigkeit veränderten und manifestierten nachhaltig Rollenverteilungen und Geschlechtsidentitäten.

#### 3.3.1.4 Moderne

Die Ideen von Freiheit, Selbständigkeit und Selbstverantwortung schlugen sich als Tendenz zu mehr Unabhängigkeit von der Herkunftsfamilie, Erwerb von Privatbesitz und dem Recht auf Bildung nieder – das Individuum gewann an Bedeutung, die persönliche Leistung wurde maßgeblicher als die Abstammung.

Im 20. Jahrhundert erfuhren die Kategorien Familie, Freizeit, Arbeit, Religion, Gesellschaft, Staat und Wirtschaft eine Entflechtung.

Die moderne Kleinfamilie, die Kernfamilie war die Familienform dieser Zeit und damit „Normalfamilie“. Sie war in unserem Kulturraum derart dominant, dass sie fast „Monopolcharakter“ besaß – für relativ kurze Zeit im historischen Rückblick. Dennoch hat sich diese Familienform soweit etabliert, dass nach wie vor leibliche Eltern mit Kindern im gemeinsamen Haushalt als Inbegriff von Familie angesehen werden (Peuckert, 2008, S. 16 ff). Die Familie erfüllte eine Art von Pufferfunktion zwischen Gesellschaft und Individuum.

#### 3.3.1.5 Postmoderne

Den Familienideen der Gegenwart haften zwei hartnäckige Mythen an: Der Mythos vom Zusammenleben dreier Generationen im selben Haus, die alle füreinander sorgten und glücklich waren (Hareven, 1996, S. 16) und der Mythos der Kernfamilie als „Normalfamilie“ (Peuckert, 2008, S. 16). Die Drei-Generationen-Familie gab es lediglich als Ausgedingefamilie im bäuerlichen Raum und in städtischen Ballungszentren des 19. Jahrhunderts mit massiver Wohnungsnot (Gestrich, 2003, S. 471), die Kernfamilie als Normalfamilie war ein vergleichsweise kurzfristiges

Phänomen. Die Familienforschung belegt, dass längst zahlreichere und vielfältigere Familienmodelle gelebt werden, dennoch wird diesen beiden Familienformen als vermeintlichen Idealen nachgetrauert (vgl. auch Hareven, 1996, S.16).

Beobachtet man die gegenwärtige Gesellschaft in Europa, lässt sich eine Fülle von Lebensformen wahrnehmen, die allesamt unter den Begriff „Familie“ subsumiert werden (könnten): nichteheliche Lebensgemeinschaften mit oder ohne Kinder, gleichgeschlechtliche Paargemeinschaften (in manchen Ländern auch Ehen) mit oder ohne Kinder: „Regenbogenfamilien“, alleinerziehende Mütter oder Väter, Patchworkfamilien, Inseminationsfamilien, Adoptionsfamilien, Stieffamilien, PartnerInnenfamilien, Stammfamilien, u.v.m..

Definitionen, die Familie als Elternpaar mit Kind oder Kindern, unter einem Dach wohnend und blutsverwandt beschreiben, greifen (nicht nur) für die Gegenwart zu kurz. Ein Festhalten an alten und überholten Familienstrukturen kann Angst vor dem Zerfall der Familie oder einen vermeintlichen Verfall tradierter Werte auslösen. Unterschiedlichste Faktoren können so als Zerfallserscheinungen der Familie interpretiert werden, auch so offensichtlich unrichtige wie beispielsweise die Aufhebung der „biologisch-sozialen Doppelnatur der Familie“ (König, 1946, zit. nach Peukert, 2008, S. 226), die jedoch bereits im antiken Griechenland aufgrund von Adoption oder der Miteinbeziehung von Knechten und Mägden im Mittelalter stattgefunden hat bzw. hinsichtlich mütterlicher Ahnenreihen in patrilinearen Familienformen gänzlich geleugnet wurde. Was hingegen neu ist, ist das Tempo, mit dem sich in den letzten 30 Jahren Veränderungen vollziehen und das gelebte Nebeneinander vieler Möglichkeiten (Mitterauer, 2009, S. 142 ff.).

### 3.3.1.6 Konklusio zur Geschichte der Familie

Die vorangegangenen Ausführungen zeigen, wie unterschiedlich Familie definiert werden kann. Genealogisch, also auf die Ahnenreihe bezogen, kann dies agnatisch, kognatisch oder auf beide Ahnenreihen bezogen erfolgen. Familie kann die unter einem Dach lebenden Menschen, die verschiedene Familienformen bilden, meinen,

oder eine Sippe. Familie kann Produktionsgemeinschaft bedeuten, wie zum Beispiel die bäuerliche Familie mit Knechten und Mägden oder die Handwerkerfamilie mit Gesellen. Sie kann eine Herrschaftsform sein, wie zum Beispiel die patria potestas in Rom, oder eine kultisch-religiöse Gemeinschaft. Sie kann über Funktionen und Aufgaben definiert werden, die wiederum Veränderungen unterworfen sind.

Neben Vorteilen, die Familie sicher zu allen Zeiten in unterschiedlicher Form geboten hat, war sie doch über Jahrhunderte eine Herrschaftsbeziehung, von Autoritätsgefälle und teilweise sogar Gewalt geprägt, hauptsächlich auf besitzerhaltende und/oder kultische Ziele ausgerichtet. Und selbst die beiden Familienformen, die so oft als Idealbild herangezogen werden, waren weit entfernt von einem sozialen Raum, in dem Bezogenheit das Maß aller Dinge ist, wo Intimität und Geborgenheit tragende Elemente sind. Die derzeit geläufigste Definition von Familie spricht von der Zugehörigkeit von mindestens zwei aufeinander bezogenen Generationen, die zueinander in besonderer Beziehung stehen und als Eltern-Kind Beziehung bezeichnet werden kann (Lenz, 2003 zit. nach Peuckert, 2008, S.94). Eine Reflexion des Familienbegriffes drängt sich auf, eine neue Definition von „Familie“, in der andere Kriterien gelten, denen auch eine Inseminations- oder Adoptionsfamilie gerecht werden kann und die daher der heutigen Zeit gerecht wird.

### **3.2.2 Die Familie als sozialer Raum**

#### **3.2.2.1 Bindung**

Die Bindungstheorie des englischen Psychoanalytikers John Bowlby, der in den 1950er Jahren erkannte, dass bei Menschen von Geburt an die Tendenz besteht, Bindungen zu anderen Menschen aufzubauen (Brisch, 2009, S. 29 und S. 35), gilt heute in nahezu allen psychotherapeutischen Schulen als Basis hinsichtlich der psychischen Entwicklung des Menschen (Brisch, 2009, S. 92).

Da es sich bei Bindung zur primären Bezugsperson – meist die Mutter – um einen sozialisatorischen Grundprozess handelt, der erst alle anderen Formen von Bindungen und Beziehungen ermöglicht, kommt ihm basale Bedeutung zu. Denn Bindung ist als

Teil des weit komplexeren Systems der Beziehung zu verstehen (Brisch, 2009, S. 35), Beziehungen beeinflussen ihrerseits Sozialisation und Erziehung (Ecarius, 2011, S. 59).

Der Säugling sucht vor allem dann Kontakt, wenn er Angst oder Unsicherheit erlebt. Durch Erfahrung, Situationen von Trennung und Annäherung, Bedürfnisäußerung und Reaktion entwickelt der Säugling ein inneres „Arbeitsmodell“, ein Denkmodell, das ihm hilft, die Bezugsperson in Bezug auf Verlässlichkeit, Zuwendung und Beziehungsstabilität einzuschätzen. Besonders wichtig wird diese Einschätzung, wenn das Explorationsbedürfnis, das Bedürfnis, die Umwelt zu erkunden, auftritt. Diese natürliche Neugierde kann das Kind nur befriedigen, wenn die primäre Bezugsperson eine sichere emotionale Basis darstellt, zu der das Kind immer wieder zurückkehren kann. Durch diesen dyadischen, dialektischen Prozess wird eine soziale Wirklichkeit erschaffen, die während der Kindheit und Jugend sehr stabil (aber nicht gänzlich unveränderlich) auch auf andere Personen übertragen wird, sich generalisiert.

Diese Theorie wurde von Mary Ainsworth weiterentwickelt. Sie führte den Begriff der Feinfühligkeit ein, worunter die passende Antwort durch die Bezugsperson auf das Bedürfnis des Kindes zu verstehen ist (Nahrung bei Hunger, Nähe bei Bedürfnis nach Geborgenheit etc.). Feinfühligkeit ist eine wichtige Voraussetzung für die Entwicklung eines sicheren Bindungsverhaltens.

Drei Hauptgruppen von Bindungsverhalten hat Ainsworth beschrieben: sicher gebunden, unsicher gebunden – vermeidend, unsicher gebunden mit ambivalentem Interaktionsverhalten. Alle Hauptgruppen bilden Untergruppen. Später fand sie noch eine vierte Gruppe, die aber als pathologisch einzustufen ist: desorganisiert und desorientiert (Brisch, 2009, S. 51 ff.).

Die in frühester Kindheit erworbenen Bindungsmuster erweisen sich als extrem stabil und ließen sich in Längsschnittstudien in der Kindheit, der Jugend und sogar noch im Erwachsenenalter nachweisen. Die Studien ergaben keinen geschlechtsspezifischen Unterschied, weder im Hinblick auf das Geschlecht der Kinder noch auf das der primären Bezugsperson. Unterschiede zeigten sich hingegen bei unterschiedlichen

sozialen Schichten (Ecarius, 2011, S. 67), wobei Kinder aus sozial schlechter gestellten Familien häufiger unsicher gebunden waren. Die Längsschnittstudien wiesen auch einen Zusammenhang zwischen Bindungsverhalten und Selbstwertgefühl bzw. Identitätsentwicklung nach (Ecarius, 2011, S. 73).

Wie bei allen Studien hat auch hier die Erkenntnis Gültigkeit „[...]“, dass die Wissenschaft eine menschliche Schöpfung ist [...]. Ihre Ursprünge muss man in menschlichen Motiven suchen, ihre Ziele sind menschliche Ziele, sie wird von menschlichen Wesen geschaffen, erneuert und erhalten“ (Maslow, 2010, S. 27). Der praktische Nutzen der bindungstheoretischen Studien ist die Erkenntnis, wie sehr sich die „Investition“ Zeit in zwischenmenschliche Beziehungen „bezahlt“ macht, denn – wie nachgewiesen werden konnte – zeigen Kinder bereits im Alter von zwölf bis neunzehn Monaten ein ausgeprägtes Bindungsverhalten. Diese Zeit können heute die meisten Eltern ihrem Neugeborenen durch die Kinderkarenz widmen. Bei einem sicher gebundenen Kind sind auch keine Schwierigkeiten zu erwarten, wenn es in eine Krippe kommt (Ecarius, 2001, S. 67), jedoch sollten die Bezugspersonen in der Krippe auch auf die Bedürfnisse des Kindes adäquat reagieren können. Bis zum Alter von ungefähr zwölf Monaten hat das Kind ein stabiles inneres Bild (Objektpräsentation) der primären Bezugsperson entwickelt. Dieses innere Bild wird vom Kind aktiviert, um Trennungssituationen zu überstehen (Brisch, 2009, S. 77). Das Kind reiht diverse Bezugs- und Aufsichtspersonen in eine innere „Hierarchie“ – je schwieriger eine Situation, umso wichtiger ist es, die primäre Bezugsperson in der Nähe zu haben (Brisch, 2009, S. 37). Diese anderen Personen sind nicht nur eine Entlastung der Eltern, sondern können für das Kind Alternativbindungen und ein sicheres soziales Netz bedeuten.

Ob die erste, wichtige Bezugsperson im Leben eines Kindes genetisch verwandt ist oder nicht, verheiratet, hetero- oder homosexuell, jung oder alt, ist nicht relevant. Bedeutsam für das Kind sind hingegen Sensibilität, Anwesenheit, Verlässlichkeit, Schutz und adäquate Reaktion.

### 3.3.2.2 Sozialisation/Erziehung

Für das Kind ist die Familie, in die es hineingeboren wurde, die gesamte Welt, das Universum, ohne Vergleichsmöglichkeiten. Diese Exklusivität, die starke Emotionalität und der frühe Zeitpunkt im Leben machen primäre Bindung und Primärsozialisation so stabil (Rieländer, 2000, S. 2). Unter Sozialisation versteht man die Einbindung des Individuums in die Gemeinschaft (*sociare*, lat. verbinden, Stowasser, 2006, S. 473), womit sowohl der Prozess als auch das Ziel mit dem selben Begriff erfasst werden. Der familiäre Verband sorgt für den Erwerb jener grundlegenden emotionalen und kognitiven Fähigkeiten (Primärsozialisation), die für die Kommunikation (verbal und nonverbal), den Austausch mit anderen Menschen notwendig sind (Arnold, 1988, Spalte 2109 ff.). Das Kind übernimmt vorerst unreflektiert die Welt, die sich darbietet mit all den Normen, Werten und Gepflogenheiten, die es darin vorfindet, um in dieser Welt zu überleben, sich bewegen zu können und um schließlich handeln und sie aktiv gestalten zu können.

In der nächsten Phase der Sozialisation gilt es, die Spannung zwischen der eigenen Person und der Gruppe, die durch unterschiedliche Wünsche, Vorstellungen und Pläne entstehen, wahrzunehmen, zu reflektieren und sich mit den Konsequenzen des eigenen Handelns auseinanderzusetzen. Selbstkontrolle und Selbstbehauptung, Internalisierung von Werten und Verinnerlichung des in der Gemeinschaft gültigen Belohnungs- und Bestrafungssystems und letztendlich aktive, bewusste Einflussnahme auf das System sind Aufgaben in dieser Entwicklungsstufe (Arnold, 1988, Spalte 2110 ff.). Viele dieser Lernprozesse geschehen gleichsam nebenbei, absichtslos durch Vorleben und Beispielwirkung seitens der Erwachsenen. Deutlich wird hier, welche Chancen den Eltern gegeben sind, dem Kind grundlegende Werte zu vermitteln, aber auch, wie sehr Eltern in eine „Sandwichfunktion“ gedrängt sind: einerseits ist es ihre Aufgabe, das Wohl des Kindes im Auge zu haben, seine Entwicklung zu fördern und Schutz, Sprecher und Vertreter nach außen zu sein, andererseits repräsentieren sie dem Kind gegenüber die Gesellschaft mit ihren kulturellen Gepflogenheiten, Werten und Normen (Rech-Simon, 2010, S. 145). In zunehmendem Maße erwirbt das Kind soziale Identität, kann sich ein „Wir-Gefühl“ entwickeln, erfolgt Identifikation mit der Gruppe (Familie).

Institutionen mit Betreuungs-, Bildungs- und Erziehungsaufgaben wie Kindergarten oder Schule haben den (staatlichen) Auftrag, die soziale, emotionale, körperliche und geistige Entwicklung des Kindes zu fördern und treten damit in eine sozialisatorische Wechselwirkung mit der Familie, wobei diese Einrichtungen verstärkenden, kompensatorischen oder hemmenden Einfluss ausüben können (s. auch Ecarius, 2009, S. 101 ff.).

Sozialisation und Entwicklung sind Vorgänge, die ein Leben lang andauern, auch wenn sich die Anforderungen und Aufgaben im Beruf, in gesellschaftlichen Funktionen und in „Sekundärgruppen“ ständig verändern. Diese Lernprozesse helfen, Selbstbewusstsein, Selbstorganisation, soziale Kompetenz und damit menschliche Reife zu erlangen. Obwohl in Sekundärgruppen meist die Identifikation über Teilaspekte und spezielle Interessen stattfindet, während die Bezüge in der Primärgruppe etwas Ganzheitliches, die ganze Person betreffendes sind, kann es doch vorkommen, dass sich die Schwerpunkte verlagern, dass gegenüber der ursprünglichen Primärgruppe Distanz entsteht und eine Sekundärgruppe zur „Wahlverwandtschaft“ wird.

### 3.3.2.3. Identität

Es wäre naheliegend, bei diesem Thema ebenfalls in erster Linie an die Identitätsentwicklung des Kindes im Familienkontext zu denken, doch im Rahmen dieser Arbeit geht es vor allem um den sozialen, den psychologischen Vater und um dessen Befindlichkeiten, Störungen und Ressourcen. Seine Identifizierung mit seiner Rolle ist wesentliche Voraussetzung für das Gelingen von Familie. Ein zentrales Thema im Zusammenhang mit der Familiengründung mittels Samenspende ist die Identitätsfindung des Mannes in der Rolle des Vaters. Um die Identitätsfindung des Mannes als sozialer Vater eingehender zu betrachten, ist es jedoch erforderlich, die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Begriff Identität zu untersuchen.

### 3.3.2.3.1 Ich-Identität

Erik Erikson siedelt in seinem Stufenmodell die Identitätsfindung als zentrale Aufgabe vor allem in der Adoleszenz (Jugend) an, wobei Identifikationen aus der Kindheit aufgearbeitet werden und sich daraus Entscheidungen ergeben für die Rollen und Laufbahnen der Zukunft. Vertrauensgewinn in das eigene Leben ist erforderlich, um die Kontinuität der Identität aufrechtzuerhalten. Andere SozialwissenschaftlerInnen wie Krappmann, Bilden oder Gilligan verweisen auf den lebenslang andauernden und permanent in verschiedensten Lebensbereichen stattfindenden Prozess der Identitätsfindung (vgl. Krappmann, 1997, S. 66 ff.). Die Frage „Wer bin ich?“ lässt sich also nicht – oder nicht mehr – als Ausdruck einer das ganze Leben hindurch gültigen Identität eindeutig und für immer klar beantworten. So wird von vielen WissenschaftlerInnen immer wieder auf die Postmoderne verwiesen, die Epoche beschleunigter Veränderungen, der Destabilisierung bzw. dem Zerfall tradierter Werte, dem Nebeneinander vieler Wahrheiten und Weltansichten und der Notwendigkeit des Individuums, darauf adäquat zu reagieren. Begriffe wie „Recherche-Ich, Zufalls-Ich“ (Baacke 1987), „Identität als Patchwork“ (Keupp, 1988), „Identität als Collage“ (Pazzini 1986), „balancierende Identität“ (Krappmann 1969; Keupp, Höfer, 1997, S. 9), „Theorie der Bastel-Mentalität“ (Gross 1985), „Bastelexistenz“ (Hitzler/Honer, 1994) und der „flexible Mensch“ (Sennett, 1998) zeigen auf, wie vielfältig und veränderbar Identitätsentwürfe sein können (Eickelpasch, 2010, S. 11).

Andere Theorien beschreiben „Lebensfelder“, in denen sich sehr unterschiedliche Teilidentitäten bilden können (Keupp, 2002, S. 109 ff.). Helga Bilden spricht von einer „Vielfalt der Selbst“ – „ich bin Viele“. Sie unterscheidet „a) Vielzahl der Selbst im Laufe der Biographie, b) die Vielzahl der aus verschiedenen Beziehungen („Rollen“) hervorgegangenen Selbst („Rollen-Selbst“), c) die möglichen Selbst, d) die abgelehnten, die Schatten-Selbst“ (Bilden, 1997, S. 234). Wünschenswert sei demnach die Kooperation dieser Teil-Selbst als Voraussetzung für Handlungskompetenz.

Durch eine lockere Verbindung mehrerer Teil-Selbste (und deren relativer Autonomie) kann die Person an Stabilität gegen Erschütterungen und Enttäuschungen gewinnen. Störungen in einem Lebensbereich, einem Teil-Selbst können eher ausgehalten und gemeistert werden, weil sie nicht die ganze Person treffen, diese kann aus wohlfunktionierenden Lebensbereichen Befriedigung, Anerkennung und Energie schöpfen, um Probleme in einem anderen Bereich anzugehen (Bilden, 1997, S. 243).

Bei zu großer Trennung, Spaltung der Teil-Selbste droht der innere Zusammenhalt der Person verloren zu gehen, sie wird für die Umwelt unglaubwürdig, ist in ihrem Handeln unberechenbar (Rowan 1990, zit. nach Bilden, 1997, S. 244). Während aber Erikson als Gefahr für gelungene Identität nur diesen möglichen Zerfall, die Segmentierung einzelner Ich-Elemente sah, wird von Bilden auch die andere Seite, nämlich die starre, aber sinnentleerte Identität (die jedoch von der Umwelt nicht unbedingt als Störung betrachtet wird) aufgezeigt. Erikson prägte den Begriff „psychosoziale Modalität“ für die erworbene Kompetenz, sich einen Platz im sozialen Leben zu sichern – Identität als Sicherheit, als Festlegung, als Antwort auf die Frage: „Wer bin ich?“ Doch eine zu enge Koppelung der Teil-Selbste kann dazu führen, dass Widersprüche unerträglich werden. Mögliche Folgen können Verleugnung oder Rückzug aus diversen Lebensbereichen sein. Eine permanente Übereinstimmung aller Teil-Selbste ist nicht möglich (vgl. Erikson, zit. nach Keupp, 1997, S.74).

Vor allem die neueren, dynamischen Erklärungsmodelle werden den rasanten Veränderungen, mit denen Menschen heute konfrontiert sind, gerecht. Sie lassen sich auch am besten auf die Thematik dieser Arbeit anwenden.

#### 3.3.2.3.2 Männliche Identität

Das biologische Geschlecht ist angeboren, unsere Identität als Frau oder Mann „erlernen“ wir – in einem ständigen Regelkreis von Stimulus und Response, Verstärkung und Löschung, Identifikation und Abwehr. Dies wird auch deutlich in dem Diskurs um den Begriff Gender – das soziale Geschlecht. Familiäre Vorgaben,

persönliche Erfahrungen, die Kultur und die Zeit, in der wir leben, aber auch die Residuen tradierter Vorstellungen – sie alle haben Einfluss auf die Entwicklung unserer Geschlechtsidentität.

Analog zu anderen Veränderungen in der Gesellschaft unterliegt auch männliche Identität einem (Begriffs-) Wandel. Über Jahrhunderte hinweg wurde der Mann als Herrscher etabliert, als Patriarch. Er war der Beschützer, zog in den Krieg, war der Ernährer, ging auf die Jagd. Männliche Identitätsbildung erfolgte nach eindeutigen, unhinterfragten männlichen Vorbildern (s. auch Kap.3.3.1). In der Gegenwart fehlen solch eindeutige Bilder: „Mann“ muss sich neu positionieren. Faktoren, die bislang für viele Männer einigermaßen stabil und identitätsstiftend waren, wie berufliche Positionen, Erwerbstätigkeit an sich oder die Institution Ehe, wurden durch die Veränderung der Wirtschaftslage und das Aufbrechen von Traditionen dekonstruiert und müssen nun neu überdacht werden. Die eigenen Lebensentwürfe, und damit das Selbstbild, müssen immer öfter hinterfragt, angepasst oder verworfen werden. Männliche Identität ist also – wie Identität allgemein – eine ständige kreative Leistung des Einzelnen, ein Ausgleichen, ein Abwägen zwischen eigenen Vorstellungen und sozialen Erwartungen, zwischen Einmaligkeit und Norm. Um mit Christel Schachtner zu sprechen: „Ich denke, daß Identitätszwang und Identitätsstreben Probleme schaffen. Sie loszulassen könnte neue Wege eröffnen. Diese Offenheit ist besonders wichtig für diejenigen, die in ihrem Leben neue Weichen stellen wollen oder müssen“ (Schachtner, 1993, zit. nach Bilden, S. 238).

Jene Männer, die Forschungsmittelpunkt dieser Arbeit sind, nämlich die (sozialen) Väter, mussten neue Weichenstellungen vornehmen, spätestens nach Erhalt der Diagnose (eingeschränkte) Fertilität.

#### 3.3.2.3.3 Vaterschaft

„Der Vater wird im Kopf geboren mit dem ‚Ja‘ zum Kind, der Annahme der Vaterschaft“ (Ballnik, 2005, S. 17). Dieses prinzipielle „Ja“ kann schon sehr früh erfolgen: durch den gemeinsamen Kinderwunsch, die bewusste Familienplanung und

das „Raumschaffen“ für das Kind. Und es wird in der Schwangerschaft konkretisiert. In der Schwangerschaft bedeutet das „Ja“ die konkrete, phantasierte Auseinandersetzung mit dem Kind, auch die emotionale Auseinandersetzung mit Ängsten und Unsicherheiten sowie die gemeinsame Geburtsvorbereitung mit der Mutter und die aktive Beteiligung an der Geburt (Ballnik, 2005, S. 205). Wenn Geburten ohne Komplikationen verlaufen, kann der Vater mit Unterstützung der Hebamme die Nabelschnur durchtrennen. Dieser (auch symbolische) Akt ermöglicht bereits zu diesem frühen Zeitpunkt die Einbeziehung des Vaters und ist dadurch Hinweis auf eine seiner wesentlichen Aufgaben: die Bildung der Triade und das Hineinführen des Kindes in die Welt. Nach einer ersten Phase der Gebärenden mit dem Kind ist es heute immer öfter der Vater, der mit der Säuglingsschwester das Kind versorgt und badet, dem Kind erstmals das Gefühl des „Gehalten-Seins“, die Grundvoraussetzung für Urvertrauen, vermittelt, das Kind in Empfang nimmt, es willkommen heißt als Geschenk in der Welt und für die Welt. „[Die] Fähigkeit des Vaters, sich liebend mit der Mutter zu identifizieren, so daß das Kind in die Lage gebracht wird, sich von einer allzu engen Bindung an die Mutter zu lösen“, nennt man Triangulierung (Das Fremdwörterbuch, 1982). Durch die Anwesenheit einer dritten Person erlebt das Kind Sozietät – gehalten vom Vater nimmt es die Mutter anders wahr, als wenn es von ihr gehalten wird. Das Kind lernt so, zwischen verschiedenen Beziehungen zu differenzieren.

Dieses Verständnis von Vaterschaft unterscheidet sich vehement von früheren Rollenbildern. Mit dem Vater des antiken Rom oder des Mittelalters, aber auch mit den patriarchalen Leitbildern des 20. Jahrhunderts haben moderne Ideen von Vaterschaft nichts mehr gemeinsam. Das alte Vaterbild hat ausgedient, „wir leben in einer neuen Welt, tragen aber alte Muster, Mythen, Archetypen in uns“ (Ballnik, 2005, S. 189). Wie bereits im Kapitel „männliche Identität“ beschrieben, fehlen aufgrund der rasanten Veränderungen, die in den letzten Jahrzehnten stattgefunden haben, weitgehend neue Vorbilder.

Diesem Thema hat sich 2005 eine Studie des Instituts für psychosoziale Gesundheit, durchgeführt im Auftrag der männerpolitischen Grundsatzabteilung des

Bundesministeriums für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz, gewidmet. Mit projektiven Verfahren, qualitativen Interviews und Interaktionsanalysen wurden Vater-Kind-Lebenswelten untersucht, wobei auf mehreren Ebenen die Bedingungen und Wirkmechanismen positiver Väterlichkeit (und der Zusammenhang mit männlicher Identität) erforscht wurden. Ausgangspunkt war stets das Kind, erst wenn auf Seiten des Kindes positive Väterlichkeit wahrgenommen wurde, wurde der Vater in die Studie aufgenommen. In der Folge wurden die Mutter (wegen der Triade und der Komplementarität der Elternschaft), die Großeltern (wegen der Vorbedingungen und der eigenen Entwicklung des Vaters), sowie die Arbeitswelt und Gesellschaft (wegen der Wechselwirkungen, Einflüsse, Beschränkungen) einbezogen.

Als „guter Vater“ im Zusammenhang mit der qualitativen Befragung dieser Studie gilt der Vater, dessen väterliche Qualitäten bei mindestens einem seiner Kinder mit einem projektiven Verfahren überprüft wurde (Ballnik, 2005, S. 5).

„Guter Vater“ im Sinne der quantitativen Befragung ist der Vater, der die gleiche Erziehungsverantwortung übernimmt wie die Mutter (Ballnik, 2005, S.5).

In der Studie wurde u.a. untersucht, wie und woran sich Väter orientieren können, wenn althergebrachte Muster oder Ideen nicht hilfreich sind. Im Versuch, Kategorien zu bilden, ohne wertend zu sein, wurden vier Vätertypologien herausgearbeitet, an denen sich Väter orientieren und ihre entsprechenden Stärken und Ressourcen ausweiten können.

- 1) der begeisternde Vater – für ihn gibt es nichts Schöneres, als mit seinen Kindern gemeinsam Dinge zu erleben, zu tun, die Welt zu erobern.
- 2) der einführende, empathische Vater – er folgt den Bedürfnissen und der Entwicklung des Kindes als Hauptmerkmal seiner Qualitäten. Er verhandelt, ist hingebungsvoll, meist gelassen.
- 3) der bodenständige, realitätsbezogene Vater – er ist meist ruhig und geduldig, sorgt für Klarheit und Sicherheit, ist verlässlich.

4) der kreative Vater – ist neugierig auf die Entwicklung seiner Kinder, kann deren Besonderheiten akzeptieren, er ist vielseitig, spielerisch.

Neben den Vorzügen des jeweiligen Vaterschaftsstiles werden auch die möglichen Gefahren bei einem „zu Viel“ aufgezeigt, da jedoch gute Väterlichkeit (meist) in einer bilateral gestalteten elterlichen Beziehung stattfindet, kann die Mutter ausgleichen.

Hingewiesen wird in der Studie auch auf das Faktum, dass es sich bei den ausgewählten Probanden ausschließlich um Väter handelt, die alle drei Vaterrollen in sich vereinigen: den sozial-psychologischen, den biologischen und den juristischen Vater. Wünschenswert wäre eine ähnliche Studie bei entkoppelter sozial-biologischer Vaterschaft.

„Eines der Ergebnisse dieser Studie ist, dass der Wandel vom patrilinearen zum bilateralen Verwandtschaftstypus für den Vater nicht die Entmachtung in seiner familiären Position mit sich bringt, sondern die Eröffnung eines mit der Partnerin komplementär gestaltbaren Raumes bedeutet“ (Ballnik, 2005, S. 207)

Eine zweite, etwas ältere Studie: „Die Rolle des Vaters in der Familie“ (Fthenakis, 2001), durchgeführt vom Staatsinstitut für Frühpädagogik im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Deutschland), hat einen anderen Zugang zu dem Thema. Hier wurden repräsentativ über 1000 Paare unterschiedlichster Familienzusammensetzung befragt: kinderlos, das erste Kind erwartend, mit einem ersten Kind kurz vor der Einschulung, mit einem/einer Jugendlichen.

Untersucht wurden vier „Vaterschaftskonzepte“, die von den Befragten nach Wichtigkeit gereiht werden sollten: die soziale Funktion (mit dem Kind etwas tun), die Brotverdienerfunktion (der Familienerhalter), die instrumentelle Funktion (Förderung des Kindes, Wertevermittlung), der Karriereverzicht – hier bereits in der Reihung der Ergebnisse.

Die Befragung von Paaren vor der Geburt des ersten Kindes, sechs Monate nach der Geburt und 20 Monate nach der Geburt, zeigten auf: Je besser die Paarbeziehung funktioniert, desto eher entwickelt sich der Mann nach der Geburt zum Vater als Erzieher (soziale Funktion plus instrumentelle Funktion), je schlechter die Beziehung, desto mehr tendiert der Mann zum Vater als Ernährer. Nach der Geburt kommt es zu einer Retraditionalisierung der Geschlechterrollen, daher sind traditionell eingestellte Frauen nach der Geburt glücklicher als egalitär eingestellte, da bei Letzteren die Realität von der ursprünglichen Vorstellung der Aufgabenverteilung abweicht. Vor der Geburt war die Idealvorstellung, dass 70% der Aufgaben geteilt, 1-3% vom Vater alleine und 20-30% von der Mutter alleine erledigt würden. Tatsächlich übernehmen die Frauen mehr als 50% der Aufgaben alleine (Fthenakis, 2001, S. 9ff.).

In dieser Studie wurde die Vaterrolle als Entwicklungsprozess konzipiert und in die gesamte Familienentwicklung eingebettet. Dies lässt den Schluss zu, dass Vaterschaftskonzepte nicht nur mit der Entwicklung von Familien sondern im Weiteren auch mit Familienidentitäten korrelieren.

#### 3.3.2.3.4 Familienidentität

„Oft lässt sich das, was heute geschieht, überhaupt nicht verstehen, wenn man nicht weiß, was gestern geschah.“ (Elias, Norbert, zit. nach Carl, 2001, S.25).

Die Familie, in die ein Mensch hineingeboren wird, seine primäre Sozialisationsgruppe, die Herkunftsfamilie, hat – wie schon in den Kapiteln „Bindung“ und „Sozialisation“ beschrieben – entscheidenden Einfluss auf die weitere (psychische) Entwicklung der Person. Verhalten, Traditionen, Muster und Werte werden zum Teil unreflektiert übernommen, intuitiv abgewehrt, oder auch bewusst beibehalten, geändert oder verworfen. Selbst Bindungsverhalten wird genealogisch weitergegeben (Kap.3.2.2.1). Jede Familie hat ihre eigenen Gesetzmäßigkeiten für ihren „gemeinsamen Lebensvollzug“ (Ecarius, 2011, S.14). Und jede Familie hat „ihre Geschichten“, die verbinden, aber auch ausschließen. (Winkler, 2012, S.15 ff.). So entsteht im Laufe der

Entwicklung eines Menschen ein Bild von Familie, das automatisch abgerufen wird, eine Vorstellung, die sich zunächst von der Herkunftsfamilie ableitet. Daneben gibt es oft noch ein zweites Bild – das der „Idealfamilie“, die den eigenen Wünschen und Vorstellungen entspricht. Kommt es im Laufe des Lebens zur Gründung einer eigenen Familie, so entsteht mit großer Wahrscheinlichkeit ein drittes Bild. Im besten Fall ist dieses dritte Bild das Ergebnis (nicht im Sinne einer Endgültigkeit) eines kreativen, kommunikativen Prozesses zwischen vorerst zwei Menschen, dem Paar, der Dyade. Sie formen das, was sie selbst, die Beteiligten, unter „Familie“ verstehen (Winkler, 2012, S. 13). Anders formuliert: „Familiengemeinschaft als innere Übereinstimmung der Partner-[...] beziehung“ (Mitterauer, 2009, S.73). Fehlt diese Selbstdeutung als Familie, „[...] dann bestehen verwandtschaftliche Beziehungen, die nicht als Familie gelebt werden.“ (Winkler, 2012, S.13). Mit einiger Sicherheit lässt sich sagen, dass in einer neuen Familie wohl auch beide Ursprungsfamilien wiederzufinden sind.

Die Familie der Gegenwart unterscheidet sich in den meisten Kriterien von der Familie vergangener Zeiten, sowohl in Größe und Struktur als auch in ihren Funktionen und ihrem Selbstverständnis.

Moderne Familien haben durchschnittlich wenig Nachwuchs, oft wachsen Kinder ohne Geschwister auf. Die Folgen davon sind noch kaum erforscht, ebenso wenig wie die Bedeutung bzw. der Stellenwert anderer sozialer Kontexte wie beispielsweise Peergruppen.

Moderne Familien zeichnen sich durch eine „Pluralisierung der Lebensformen“ aus (Peuckert, 2008, S. 88).

Die Produktionsfunktion ist auf einen geringen Prozentsatz abgesunken, nach wie vor werden aber Haushaltsführung, Reproduktion und Sozialisation zu ihren Aufgaben gezählt, die Erholungsfunktion hat an Bedeutung gewonnen. Traditionell familiäre Aufgaben werden von anderen Institutionen übernommen, so kann sich die Familie auf „Intimität“ konzentrieren (Ecarius, 2010, S. 23). Und diese Intimität, die Emotionalität und die Erotik sind Kennzeichen der modernen Paarbeziehung (Gestrinch, 2003, S. 565).

Um diese Qualitäten auch leben zu können und um Kindern eine entwicklungsfördernde Sozialisation zu ermöglichen, bedarf es einiger Voraussetzungen.

Mitterauer (Mitterauer, 2009, S. 58 ff.) spricht in diesem Zusammenhang von der Wichtigkeit der Koresidenz der zeitlich die Kopräsenz entspricht: das Leben unter einem Dach und (zumindest) die gemeinsame Mahl-Zeit. Da die Synchronisation der einzelnen Familienmitglieder durch zahlreiche Außenaktivitäten wie Arbeit, Schule und andere Verpflichtungen und auch aufgrund der zunehmenden Individualisierung äußerst schwierig ist, haben gemeinsame Freizeitaktivitäten – vom gemeinsamen Theaterbesuch bis hin zum Urlaub – an Bedeutung gewonnen. Denn Familie ist nach Cooley eine „face to face group“ (zit. nach Mitterauer, 2009, S. 69) und direkte Kommunikation ist demnach ein wesentliches Merkmal von Familie. Sie ist Voraussetzung dafür, dass die bereits erwähnten Familiengeschichten, das Familiengedächtnis entstehen und weitergetragen werden, dass sich ein „Wir“ Gefühl entwickeln kann. Als sozialer Zusammenhalt grenzt sich Familie gegenüber anderen Individuen und Gruppen ab. Geschieht das nicht, verliert sie ihre Exklusivität, ist nicht mehr „Schutzraum“, in dem sich – auch erwachsene – Familienmitglieder „ausprobieren“ können.

Die Haltung „Good parenting“ bietet Raum für gute Beziehungen, Wertschätzung und Vertrauen (vgl. auch Winkler, 2012, S. 35 ff.). Bezugnehmend auf die Maslowsche Bedürfnispyramide sollte es im Familiensystem darum gehen, möglichst viele Bedürfnisse möglichst aller Familienmitglieder abzudecken, damit die oberste Stufe, die Selbstverwirklichung erreicht werden kann. „Selbstverwirklichte Menschen sind flexibel und können sich anpassen“ (Maslow, 2010, S. 67).

### **3.3.3 Die Inseminationsfamilie**

„Die Worte, die wir verwenden, dienen dazu, Beziehungen gestalten zu können. So wie die Namen, die wir uns gegenseitig geben. Worte sind keine Abbildungen der Welt, sondern zweckdienliche Handlungen in der Welt“ (Gergen, 2009, S. 52).

So gesehen dient auch der Begriff Familie zunächst der Beschreibung einer „Handlung“ bzw., im engeren Sinne, einer Konstellation, eines Settings. Familie

bedeutet der gängigen Definition zufolge die Zugehörigkeit von mindestens zwei aufeinander bezogenen Generationen, die zueinander in besonderer Beziehung stehen und als Eltern-Kind-Beziehung bezeichnet werden kann (vgl. Lenz, 2003 zit. nach Peuckert, 2008, S.94). Darüber hinaus jedoch impliziert der Begriff eine normative Wertung. Er setzt einen Maßstab, an dem alle anderen Formen sozialen Lebens gemessen werden. Daher werden aktuelle alternative Lebensformen, d. h. alle „neuen“ und praktizierten Modelle des Zusammenlebens, die der traditionellen Norm, dem Konstrukt „Familie“ nicht entsprechen, mit Skepsis, Ängstlichkeit und sogar mit Ablehnung betrachtet. Gesellschaftliche Institutionen beziehen sich noch immer auf die tradierten Funktionen von „Familie“, die allerdings zunehmend als überholt gelten können. Deshalb hinken auch gesetzliche Regelungen wie rechtliche Gleichstellung der Realität hinterher (vgl. auch Hareven, 1996, S.37).

Weiters impliziert der Familienbegriff, dass Elternschaft ungeteilt ist, er meint damit die „biologisch-soziale Doppelnatur der Elternschaft“ (Ecarius, 2011, S. 14). Inseminationseltern können somit einem wesentlichen Maßstab von „Familie“ per se nicht gerecht werden, was den Selbstwert Betroffener verständlicherweise beeinträchtigen kann (vgl. Thorn, 2008, S. 71).

Paare wollen Familie gründen, und nicht primär Inseminationsfamilie, Adoptionsfamilie oder Pflegefamilie. Hinzu kommt, dass selbst ein so spezifischer Begriff wie „Inseminationsfamilie“ mehrdeutig ist. Er meint generell Familien mit einem (oder mehreren) Kind(ern), das (die) mit Fremdsamen gezeugt wurde(n). Dabei kann es sich um heterosexuelle, aber auch um homosexuelle Eltern handeln.

Abstammungsdenken, das Genogramm oder die Familiengeschichte als Skript, können zweifellos identitätsbildend wirken und ein „Wir-Gefühl“ generieren. Es existieren jedoch auch viele andere, wesentliche Komponenten, die Zugehörigkeitsgefühl entstehen lassen, wie beispielsweise Verbindlichkeit, Angenommensein, Vertrautheit, Verlässlichkeit und Geborgenheit. Bedürfnisse können erzeugt, geweckt werden, auch das nach „Ahnenforschung“. Wenn Abstammung (wieder) einen gesellschaftspolitisch hohen Stellenwert darstellt, ist es verständlich, dass Eltern hinsichtlich der Aufklärung

ihrer Kinder in Bezug auf deren Herkunft Bedenken oder sogar Ängste haben, zumal die Geschichte ein vergleichbares Beispiel bietet: die Ehelichkeit eines Kindes war über viele Jahrhunderte hinweg derart bedeutsam, dass unehelich Gezeugte nicht in „heiliger Erde“ begraben werden durften. Mutter und Kind waren stigmatisiert.

„Nicht nur die Mütter, auch die unehelich geborenen Kinder bekamen die Verachtung ihrer Umgebung zu spüren.“ (Ziss, 1994, S. 315) Und es folgen – im Buch „Ziehkinder“ – Beschreibungen Betroffener, die betroffen machen:

„Die Erkenntnis der letzten Jahre, die sich nur allmählich und gegen immer wiederkehrende Gegenströmungen im allgemeinen Bewußtsein durchzusetzen beginnt, daß es nicht die leibliche Abstammung ist, die eine positive Eltern-Kind-Beziehung ausmacht, sondern vielmehr Liebe, Geborgenheit, Kontinuität und Stabilität gewachsener psychosozialer Bindungen – diese Erkenntnis wird durch die vorliegenden Biographien immer wieder belegt [...].“ (Ziss, 1994, S.10)

Gegenwärtig werden in Skandinavien bereits 55% der Kinder außerehelich geboren, und in vielen europäischen Ländern beträgt die Heiratsrate unter 50% – die Anzahl und die Akzeptanz außerehelicher Kinder wird also weiterhin ansteigen (Ecarius, 2011, S. 29). Mehr Akzeptanz ist auch hinsichtlich der vielfältigen Familienformen zu erwarten bzw. wünschenswert (Hareven, 1996, S.37). Und Winkler (2012, S. 14) meint dazu: „Diese Vielfalt verlangt, Familie als eine von den Akteuren selbst gestaltete soziale Wirklichkeit zu fassen.“

### 3.3.3.1 Das Trilemma der Wahrheit

In Deutschland, wo die Methode der HI bereits seit 50 Jahren praktiziert wird, wurde über lange Zeit zur Geheimhaltung gegenüber den Kindern geraten, um eine gesellschaftliche Stigmatisierung zu vermeiden, schreibt P.Thorn. Es ist anzunehmen, dass diese Praxis auch in anderen europäischen Ländern üblich war. Zudem wurde die HI einer außerehelichen Affäre gleichgesetzt, und war daher viele Jahre lang zwar

offiziell verboten, wurde aber trotzdem durchgeführt. Die Zahl der seither auf diese Weise gezeugten Kinder wird in Deutschland auf 100 000 geschätzt – analog zur Bevölkerungszahl kann davon ausgegangen werden, dass es in Österreich etwa 10 000 sind. Allerdings ist die Anzahl der Inseminationen in den letzten Jahren massiv zurückgegangen. In Deutschland werden derzeit etwa 1000 heterologe Inseminationen pro Jahr durchgeführt.

Obwohl die HI längst legalisiert ist und auch eine Geheimhaltung gegenüber den Kindern in der Zwischenzeit nicht mehr empfohlen wird, scheint diese Möglichkeit der Familiengründung nach wie vor tabuisiert zu sein. Laut einer Studie aus dem Jahr 2002 möchten nur 9-23% der Inseminationse Eltern ihre Kinder aufklären (Bernat, 2002, zit. nach Peuckert, 2008, S. 228). Neben dem Schutz des Kindes vor einer möglichen Stigmatisierung dürfte auch der Schutz der eigenen Person eine wesentliche Rolle spielen. Zitat eines durch HI gezeugten Mannes: „Um zu seiner Unfruchtbarkeit zu stehen, muss man ein richtiger Mann sein, und das hat mir mein Vater gezeigt. Es ist ein Menschenrecht, zu wissen, von wem man abstammt.“ (Thorn, 2008, S. 135).

Drei Möglichkeiten stehen also zur Wahl hinsichtlich der Aufklärung des eigenen Kindes:

a) Das Schweigen:

Es birgt die Gefahr, dass das Kind die Wahrheit durch andere Personen – zum Beispiel von ÄrztInnen im Rahmen einer Untersuchung – erfährt. Die Eltern-Kind-Beziehung als Vertrauensbasis ist damit gefährdet.

b) Die Aufklärung zu einem relativ späten Zeitpunkt des Lebens (Schulalter, Pubertät): Diese Möglichkeit hat zwar den Vorteil, dass das Kind bereits mehr Zusammenhänge herstellen kann, mehr versteht, aber das Bild von Familie ist für Kinder ab dem Schulalter bereits ziemlich stabil, die Erschütterung vermutlich groß. Außerdem besteht auch in diesem Fall die Gefahr, dass zwischenzeitlich die Wahrheit auf andere Weise zutage tritt.

c) Das „Heranwachsen mit der Selbstverständlichkeit“ der Tatsache:

Bisherige Erfahrungen haben gezeigt, dass, je selbstverständlicher eine Tatsache gehandhabt wird, desto uninteressanter wird sie für das Kind. Ein „Ausplaudern“ von Seiten des Kindes ist somit unwahrscheinlich und birgt zudem für Eltern, die offen und selbstbewusst mit dem Thema umgehen können, auch kaum Gefahren. Es existiert jedoch kein „bester Zeitpunkt“ für die Aufklärung. Das Kind gibt das Signal, oder die Signale – und idealer Weise reagieren die Eltern adäquat, schrittweise und entsprechend der Entwicklung des Kindes, getragen vom Vertrauen in die Bindung zum eigenen Kind, in eine tragende Beziehung.

[...], ob die biologische Asymmetrie, die dadurch zustande kommt, [...] in der Familie verarbeitet werden kann. Vor diesem Hintergrund müssen Inseminationsfamilien immer neu die gemeinsame Elternschaft konstruieren. Dies zeigt jedoch vielen Befürchtungen zum Trotz keine klinisch erfassbaren signifikanten Entwicklungsstörungen bei diesen Kindern, wenn sie nicht unvorbereitet oder von außenstehenden Personen mit ihrer familialen Situation konfrontiert werden (Ecarius, 2011, S. 28).

Vielleicht ist es an der Zeit, den traditionellen Familienbegriff zu erweitern und „Familie“ als eine Einheit von Beziehungen zu erkennen, die sich durch Intimität und intergenerationelle Verantwortung auszeichnet (Petzold 1999 zit.nach Thorn, 2008, S. 73), oder von „Familie“ dann zu sprechen, wenn sich Personen als „Familie“ empfinden, auch wenn sie biologisch nicht miteinander verwandt sind (Stein-Hilbers 1994, zit. nach Thorn, S73 ).

## **4. Empirischer Teil**

Nach der Darstellung der Forschungsfrage und der Erhebungsmethode werden die Interviewpartnerinnen und -partner vorgestellt. Gleichzeitig wird damit auch einer Forderung qualitativen Denkens – dem Vorverständnis (Mayring, 2002, S. 29 ff.) entsprochen.

Einem Einblick in die Durchführung der Interviews folgt die Auswertung der Untersuchung, die Darstellung der Kategorienbildung und die Interpretation der Ergebnisse.

### **4.1 Die Forschungsfrage**

Der Forschungsfrage „Wie definieren sich heterosexuelle Inseminationsfamilien als Familie unter besonderer Berücksichtigung des Mannes in seiner Vaterrolle?“ liegt die Annahme zugrunde, dass sich Inseminationsfamilien in erster Linie über gewachsene psychosoziale Beziehungen, wie Bindung oder Zugehörigkeitsgefühl, definieren (Kap.3.3.3) und die Väter aufgrund ihrer bewussten Entscheidung zumindest einem der vier Vätertypen, wie im Kapitel 3.3.2.3.3 beschrieben, zuordnen lassen, bzw. nach der Typisierung von Fthenakis „Väter als Erzieher“ sind. Das Interesse am Vatersein und die Möglichkeit, dass Männer trotz ihrer Vorgeschichte diese Rolle bzw. Funktion einnehmen (können), sollte anhand der Interviews erkundet werden.

Der lange Weg zur Erfüllung des Kinderwunsches (Kap. 3.1.1.5 ) wird Teil der Lebensgeschichte der Betroffenen, und damit auch Teil der Familiengeschichte, unabhängig davon, ob diese Tatsache reflektiert/kommuniziert wird oder nicht. Der Fremdwahrnehmung als „Normalfamilie“ steht das Wissen um ein Anderssein gegenüber. Dieser Diskrepanz und den entsprechenden Lösungsideen der Betroffenen wird nachgegangen. Bei der Untersuchung des Selbstverständnisses als Familie wurde erwartet, dass sich auch die persönlich-historische Dimension zeigt.

## 4.2 Die Methode

Da es sich beim Forschungsgegenstand um ein Stück Lebensgeschichte der interviewten Personen handelt, fiel die Wahl auf ein qualitatives Erhebungsverfahren, das narrative Interview (vgl. Mayring, 2002, S.72 ff.). Das Interesse aufgrund der Literatur galt vor allem folgenden Aspekten:

Kommunikation:

- aa) Wird die Geschichte Ihrer Familiengründung in Ihrer Beziehung thematisiert?
- ab) Ist Ihr Kind bereits (altersadäquat) über seine Zeugung aufgeklärt?
  - aba) Wenn ja: Wann und wie ist es geschehen?
    - abaa) Wie hat das Kind reagiert?
    - abab) Hat es mit anderen darüber gesprochen?
  - abb) Wenn nein: Wollen Sie Ihr Kind aufklären und gibt es dazu Vorstellungen über den Zeitpunkt und die Form?
- ac) Sind Familienmitglieder über ihre Familiengründung informiert?
  - Wenn ja: Wer? Und wie war die Reaktion?
  - Wenn nein: Ist es geplant, und wer soll es wissen?
- ad) Gibt es andere „Eingeweihte“?

Erinnerung an die Thematik Insemination:

- ba) Hören Sie oft Sätze wie: „Ganz der Papa“ oder Ähnliches?
  - baa) Wenn ja: Wie geht es Ihnen damit?
- bb) Wurden/werden Sie auf andere Art und Weise daran erinnert?
- bc) Denken Sie selbst im Alltag daran?

Unterstützung:

- ca) Wäre es für Sie hilfreich (gewesen), sich mit anderen Betroffenen austauschen zu können?
- cb) Nehmen Sie andere Unterstützung (Bücher, Zeitschriften) in Anspruch?

Überraschungen:

d) Gab es Überraschungen?

Schwangerschaft/Geburt:

e) War der Mann/waren Sie in Schwangerschaft und Geburt involviert?

Rat für andere:

f) Was würden sie einem Paar sagen oder raten, das vor dieser Entscheidung steht?

Diese Frage gab den interviewten Personen nochmals die Möglichkeit, gleichsam in einer beratenden Funktion zu reflektieren, mit welchen Emotionen ihre Entscheidung verbunden war.

Um nicht sozial erwünschte Antworten und durch Fragen indizierte Reaktionen zu erhalten, war die erzählgenerierende Frage sehr offen gehalten: „Wie haben Sie die Zeit seit Ihrer Entscheidung für eine heterologe Insemination erlebt, wie geht es Ihnen jetzt damit?“.

### **4.3. Die InterviewpartnerInnen**

Das größte IVF - Zentrum Österreichs ist das Kinderwunschzentrum Privatspital Goldenes Kreuz (laut Auskunft der beiden Leiter, Univ. Prof. Dr. A. Obruca und Univ. Prof. Dr. H. Strohmayer), gemessen an den Behandlungszyklen (IVF, ICSI) im Rahmen des IVF-Fonds.

Im Jahr 2009 kamen ebendort auf 13 IVF-Behandlungen eine HI, im Jahr 2010 betrug das Verhältnis 15:1 und im Jahr 2011 20:1. Es ist Kinderwunschzentren in Österreich nicht erlaubt, absolute Zahlen zu veröffentlichen, aufgrund der Verhältniszahlen und der Angaben der Statistik Austria in Bezug auf IVF lassen sich jedoch Rückschlüsse ziehen. Die Gründe für die sinkende Anzahl der HI (auch absolut betrachtet) sind unbekannt, es liegt aber die Vermutung nahe, dass Paare vermehrt im Ausland IVF mit Fremdsamen durchführen lassen, da diese Methode erfolgsversprechender ist.

Das obgenannte Kinderwunschzentrum bietet zur psychischen Unterstützung der dort behandelten Paare folgende (kostenlose) Begleitung an: an zwei Abenden pro Monat Selbstachtsamkeitstraining und Entspannung in der Gruppe (75-90 Minuten), ein einmaliges Gespräch als Paar oder als Einzelperson (50-60 Minuten) und pro erfolglosem Versuch – unabhängig von der durchgeführten medizinischen Methode – eine Krisenintervention (50-60 Minuten). Da es sich bei KinderwunschpatientInnen ganz allgemein nicht um psychisch kranke Menschen handelt, sondern um Menschen, die sich in einer schwierigen oder eventuell in einer Ausnahmesituation befinden, ist dieses Angebot für die meisten Paare ausreichend. Im Zeitraum 2009–2011 waren von 276 dokumentierten Therapieeinheiten 160 Einheiten Kriseninterventionen. Der häufigste Erstkontakt ist eine Krisenintervention nach dem zweiten bzw. nach dem dritten erfolglosen Versuch (bei IVF und bei homologen Inseminationen). Ein Grund für die späte Inanspruchnahme der psychotherapeutischen Stützung ist die meist unterschätzte Belastung für die Psyche. Eine Ausnahme bilden jene Paare, bei denen eine HI geplant ist. Sie kommen meist in der Phase der Entscheidungsfindung. Im Beobachtungszeitraum waren das 17 Paare. Die häufigsten Themen waren die asymmetrische Triade und die Frage, ob bzw. wann das Kind aufgeklärt werden sollte und die Angst davor, es zu tun. Seltener ist das Gespräch (auch) der Verarbeitung der Diagnose gewidmet, der Krise, in der sich das Paar aufgrund der Diagnose befindet.

Der gewünschte Erfolg tritt beim ersten Versuch einer assistierten Reproduktion eher selten ein. Daher nehmen PatientInnen die Krisenintervention bisweilen wiederholt in Anspruch, manche möchten während einer Behandlung begleitet werden, thematisieren ein ganz anderes Problem oder kommen für die Betreuung während der Schwangerschaft und/oder Geburt. Daher habe ich bis zum Jahr 2007 auch Geburten begleitet (insgesamt 30 Spontangeburt und 6 Kaiserschnitte) und bereite nach wie vor psychisch/mental auf die Geburt vor (etwa weitere sechzig Paare in 22 Jahren). Eine Ausnahme bilden jene Paare, die eine HI vornehmen lassen. Zwar kommen auch sie zu wiederholten Versuchen und nehmen nach Fehlversuchen Kriseninterventionen in Anspruch, jedoch in einem weit geringeren Ausmaß. Der weitere Verlauf, bzw. ob es zu einer Schwangerschaft kam oder das Paar andere Lösungsideen gefunden hat, wird meist nicht rückgemeldet.

Das Kinderwunschzentrum Privatspital Goldenes Kreuz besteht seit Beginn des Jahres 2001, und ich bin von Anfang an im Team. Es gab daher keine Zweifel daran, die Untersuchung für die vorliegende Masterarbeit durchführen zu können. Ursprünglich war geplant, sechs narrative Interviews mit drei Paaren zu führen. Die Kinder der befragten Eltern sollten zwischen sechs und acht Jahren alt sein, um sicherzustellen, dass die Eltern auf einige Jahre Erfahrung als Inseminationsfamilie zurückblicken und daher angeben können, wie und wann die Kommunikation der „Tatsache HI“ mit dem Kind sowie eventuell mit der Familie stattgefunden hat und aufgenommen worden war. Das Alter der Kinder sollte gewährleisten, dass es noch zu keinen Überlagerungen mit Problemen der Pubertät kommen konnte. Im Zuge erster Recherchen war feststellbar, dass im entsprechenden Beobachtungszeitraum (Behandlungen bis 2004) lediglich auf zehn gesicherte Geburten von neun Paaren zurückgegriffen werden konnte. Aufgrund der diffizilen Thematik, dem vermutlichen Wunsch von Paaren, ihre Lebens- und Familiengeschichte für sich zu behalten und der Gefahr, alte Wunden „aufzureißen“ (es könnte einen Kindstod zu beklagen geben oder die ersehnte Schwangerschaft ist nie eingetreten), wurden nur Paare kontaktiert, von denen eine Rückmeldung vorlag. Es konnten daher lediglich 18 Briefe versendet werden. Da das Patientenmaterial höchst sensibel ist und kein Zentrum einer fremden Person Einblick gewähren würde, war auf einen Zugriff von Patientenmaterial anderer Kinderwunschzentren nicht zu denken.

Ein gleichlautendes Schreiben wurde an alle Personen mit dem Hinweis geschickt, dass es von Vorteil wäre, beide PartnerInnen getrennt voneinander interviewen zu können, wobei drei Möglichkeiten der Rückmeldung innerhalb von zehn Tagen angeboten wurden: telefonisch, per E-mail oder postalisch. Für den Fall, dass die Briefe von anderen Personen als den Betroffenen geöffnet werden sollten, wurde die HI nicht ausdrücklich erwähnt, sondern mit der Formulierung „Patchworkfamilie der besonderen Art“ umschrieben. Vier Briefe wurden mit dem Vermerk „unbekannt verzogen“ retourniert und ich erhielt eine einzige Rückmeldung per E-mail.

Daraufhin wurde das Design insofern verändert, als auch Einzelpersonen InterviewpartnerInnen sein konnten und das Mindestalter der Kinder auf drei Jahre (Behandlungsjahr 2007) herabgesetzt wurde. Es konnten dadurch weitere 12 Personen

angeschrieben werden. Durch die gleichzeitige Aktivierung der Kontakte über WUKIKIWU gelang es schließlich, sechs InterviewpartnerInnen, nämlich zwei Paare, eine weibliche und eine männliche Einzelperson für die Studie zu gewinnen. Zur Verfügung standen dadurch schließlich vier Inseminationsfamilien. Das Alter der Kinder lag zwischen drei und 13 Jahren.

Das „fast vierte“ Interview-Paar

Durch eine private Intervention gab es Kontakt zu einem weiteren Paar, dessen Sohn zu diesem Zeitpunkt drei Jahre alt war. Vorerst schien es, als wären beide Elternteile zu dem Interview bereit. Nachdem zuerst der Mann seine Teilnahme an dem Forschungsprojekt zurückgezogen hatte, entschied sich dann auch die Frau – kurz vor Fixierung des Termins – gegen das Interview. Folgendes war in der kurzen Zwischenzeit geschehen: beim Sohn war eine Neurodermitis ausgebrochen. Da es weder in der Familie der Frau noch in der des Mannes eine ähnliche Erkrankung gegeben hatte (mit Ausnahme einer Verwandten, die eine Allergie hat), wurde sie von Seiten des Mannes dem Spender zugeschrieben. An das genetisch nicht verwandte Kind wurde also die Forderung der „Vollkommenheit“ gestellt. Solch ein Verhalten legt die Vermutung nahe, dass die Entscheidung für eine HI nicht von beiden PartnerInnen getragen wurde (s. Kap.3.1.1.5.2.3) oder andere, wichtige Voraussetzungen für einen gelingenden Prozess nicht gegeben waren. Interessant in diesem Zusammenhang ist die Tatsache, dass auch das Kind des Elternpaares B – Bea – Neurodermitis hat. Auch in dieser Familie gibt es keine Vergleichsfälle, mit Ausnahme einer Verwandten, die an einer Allergie leidet. Der Vater des Paares B meinte dazu, dass er wisse, dass es sich bei Neurodermitis um eine inzwischen weit verbreitete Erkrankung handle und gab zu bedenken, dass man auch bei einem genetisch eigenen Kind nie wissen könne, ob es gesund zur Welt kommt, und er berichtete von einigen ihm bekannten Fällen im unmittelbaren Bekanntenkreis (diese Darstellung findet sich im Interview selbst).

#### **4.4 Durchführung**

Fünf der sechs Interviews fanden in meiner Praxis statt (die Interviewpartnerinnen und -partner konnten den Ort wählen), Frau C wollte in ihrem Haus interviewt werden. Die beiden Paare (B und D) wurde getrennt voneinander am selben Tag und unmittelbar hintereinander befragt. Die Vergabe der Buchstaben erfolgte in der Reihenfolge der Interviews. Alle persönlichen Angaben, wie z.B. Alter und Beruf beziehen sich auf den Durchführungszeitpunkt der Interviews. Den Interviewpartnerinnen und -partnern wurde schriftlich Anonymität zugesichert.

Interviewpartner Herr A ist Ende 40 und in einem technisch-künstlerischen Beruf tätig. Er hat zwei HI-Töchter (Anna und Anke), sechs und acht Jahre alt, von zwei verschiedenen Samenspendern. Er befindet sich zum Zeitpunkt des Interviews am Ende eines schwierigen Scheidungsprozesses. Interviewpartner Herr B ist Anfang 40, Biochemiker, hat eine HI-Tochter (Bea) mit drei Jahren. Interviewpartnerin Frau B ist Ende 30, mit Herrn B verheiratet und derzeit als Hausfrau tätig. Interviewpartnerin Frau C ist Anfang 40, Unternehmensberaterin, hat einen HI-Sohn (Cäsar) mit sieben Jahren, und einen Pflegesohn (Chris) mit drei Jahren. Interviewpartnerin Frau D ist Mitte 40, Kunstpädagogin, hat eine HI-Tochter (Danny) mit dreizehn Jahren und einen gemeinsam gezeugten Sohn (David) mit acht Jahren. Interviewpartner Herr D ist Ende 40, Techniker, mit Frau D verheiratet.

Die Interviews mit den Frauen dauerten zwischen 45 und 55 Minuten, die mit den Männern zwischen 65 und 80 Minuten. Die Interviews wurden aufgezeichnet und transkribiert.

#### **4.5 Die Ergebnisse**

Die Ergebnisse wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet (Mayring 2002, S. 115 ff.). Zu diesem Zweck wurde von jedem Interview – als Zwischenschritt – eine formulierende Zusammenfassung angefertigt um danach entsprechende Kategorien zu bilden. Sowohl die Hauptkategorien als auch die Unterkategorien wurden induktiv

durch Auswahl geeigneter Textstellen gebildet, in Kategorie II wurden zudem die „Vatertypen“, wie in Kapitel 3.3.2.3.3 beschrieben, herausgearbeitet.

**Übersicht über die in den Interviews enthaltenen Kategorien:**

<b>Kategorie I:</b> Selbstdefinition als Familie, gewachsene psychosoziale Bindungen, das „Wir-Gefühl“, der Weg zum Wunschkind als Teil der Familienidentität, das Problem der Kommunikation über das Thema.		
Unterkategorie	Definition	Ankerbeispiel
1) Der Alltag als Ausdruck der Normalität	Die gängige Familiendefinition von mindestens zwei aufeinander bezogenen Generationen, die unter einem Dach wohnen, gilt auch für Inseminationsfamilien	Herr D: „Da stehen immer die gleichen Schuhe im Vorzimmer.“
2) Das Wissen um das Anderssein	Das Wissen um die Art der Zeugung des HI-Kindes vermittelt ein Anderssein als die Normfamilie.	Frau B: „Ach ganz der Papa! Da denke ich mir, wenn die wüssten ...!“
3) Die Kommunikation über das Thema	Präsenz des Themas zwischen den PartnerInnen, die Aufklärung des Kindes und der Familie, die Kommunikation nach außen.	Frau D: „Je mehr Leute das wissen, um so größer ist die Gefahr, dass halt irgend jemand einmal eine Bemerkung macht.“
4) Die Geschwister	Einblicke in den Geschwisteralltag	Frau C: „Cäsar und Chris sind Brüder, mit allem was dazugehört, mit Höhen und Tiefen.“
5) Der Liebe auf der Spur – Umwelt ist wichtiger als Gene	Familie als Ort, wo primär Liebe und Geborgenheit erfahren wird	Herr D: „... und die Liebe, die zählt.“

Tabelle 1

<b>Kategorie II:</b> Darstellung der Vaterrolle in der heterosexuellen Inseminationsfamilie; gelungene Vaterschaft; die asymmetrische Triade.		
Unterkategorie	Definition	Ankerbeispiel
1) Die Geburt des Vaters	Das Ja zum HI-Kind und die Annahme der Vaterschaft	Herr D: „Wollen Sie sich reproduzieren oder wollen Sie ein Kind?“
2) Die Geburt des Kindes – die Dyade Vater-Kind	Die Bindung zwischen Vater und Kind	Frau C: Der Mann ist bis heute stolz darauf, dass er den Sohn nach der Geburt vor ihr gehalten und ihn gewaschen hat.
3) Die Vatertypen gemäß der Studie aus 2005:  Der begeisternde Vater  Der einführende, empathische Vater  Der bodenständige, realitätsbezogene Vater  Der kreative Vater	Er will mit seinen Kindern gemeinsam Dinge erleben und tun.  Er ist besonders feinfühlig, achtet auf die Bedürfnisse des Kindes, gemäß dem Entwicklungsstand.  Er ist verlässlich, ruhig und geduldig, er gibt Sicherheit.  Er ist neugierig auf die Entwicklung seiner Kinder, er ist vielseitig und spielerisch.	Herr D: Geht mit der Tochter alleine Radfahren und Schifahren, bastelt mit ihr.  Herr B: Wartet auf das Signal von Bea zur Aufklärung.  Herr A: Kämpft um die Töchter in der Scheidung, damit sie wissen, er gibt sie nicht auf.  Herr D: Ist neugierig, welche Talente Bea entwickelt.
4) Die asymmetrische Triade	Die ungleichen biologischen Gegebenheiten (leibliche Mutter, sozialer Vater) als mögliches Problem	Herr A: Die Frau gab ihm manchmal das Gefühl, ein „second-hand-Vater“ zu sein.

Tabelle 2

## **Ergebnisse im Detail**

Originalzitate werden in der Folge unter Anführungszeichen und kursiv wiedergegeben. Die Kleinbuchstaben in Klammer beziehen sich auf die im Zitat enthaltenen Unterfragen (wie in Kap.4.2 ausgeführt), jedoch ohne Hinweis darauf, ob die Frage tatsächlich gestellt wurde, oder von den InterviewpartnerInnen selbst in der Erzählung thematisiert wurde.

### **Tabelle 1/ Kategorie I**

#### **ad 1 aus Tabelle 1: Der Alltag des Familienlebens als Ausdruck der Normalität**

Ankerbeispiel: Herr D: Da stehen immer die gleichen Schuhe im Vorzimmer

Die Kernfamilie des 20. Jahrhunderts gilt noch immer, wie in Kap. 3.3.1.5 (Peuckert, 2008) beschrieben, als Leitbild für Familie. Es ist das, was Paare, wenn sie Familie gründen wollen, anstreben. Die heterosexuelle Inseminationsfamilie entspricht nach außen diesem Bild: Es gibt ein heterosexuelles Paar, es gab eine Schwangerschaft und eine Geburt und es gibt ein Kind. Keine außenstehende Person weiß üblicher Weise um die Entstehungsgeschichte. Die Integration der Erfahrungen mit der Krise, die Akzeptanz der neuen Lebenssituation und die Rückkehr zur Normalität sind Zeichen gelungener Trauerarbeit (Onnen-Isemann, 1998, Kap. 3.1.1.5.2.2.). Eine neue Identität – als Mann, als Paar und als Familie konnte offensichtlich entwickelt werden (Eickelpasch, 2010, Kap. 3.3.2.3.1, 3.3.2.3.2 und 3.3.2.3.4). Der Alltag hilft, die schmerzhafteste Erinnerung zu überwinden, und nur das ersehnte Ergebnis, das Kind, beziehungsweise sich selbst als Elternteil, wahrzunehmen (Maslow, 2010 Kap.3.1.1.3.4). Neben Phasen der Erinnerung leben die interviewten Inseminationsfamilien ganz normalen Alltag, ohne ständig an die Vergangenheit zu denken, sind also in ihren Schilderungen authentisch. Diese Unterkategorie korreliert weitgehend mit der Unterfrage bc (Kap.4.2), sie ist daher nicht zusätzlich in Klammern angegeben.

Herr B: *„Wir sind, glaube ich, genauso wie viele Eltern auch manchmal mit den Nerven ein bisschen am Ende. Ja, so kleine Kinder können einen ja wirklich manchmal in den Irrsinn treiben. Dann denkt man sich: jetzt zum Mond schießen, das wär´ auch mal was, und alle, alle Mütter, vor allem mit denen wir uns unterhalten am Spielplatz und so, sagen das über ihre Kinder auch, dass das manchmal so ist. Ich halte das also für was Normales (lacht) und da, und da spielt also die Frage des Spenders überhaupt keine Rolle dabei.“*

Herr D: *„Nein, ich würde ihm was anderes sagen. (Unterfrage f) Ich würde ihm sagen, ihr müsst – und zwar als Paar – weil ich glaube, ja, nämlich meistens oder zu 90% glaube ich ja viel eher, dass das Problem ja ganz woanders liegt: Das Problem liegt wahrscheinlich daran, dass man sich für die Kinder aufgibt und als Paar einfach dann nicht mehr existent ist. Du bist dann als Mutti und Vati existent, aber nicht als Liebespaar. Ja. Und das ist aber wieder etwas, was von HI oder nicht HI völlig unabhängig ist, ja das ist abhängig von schafft´ euch, auch wenn ihr ein Kind habt´s einen Freiraum. Das ist das Wichtige glaube ich. Ja. Und wie gesagt, deswegen ist auch meine große Unsicherheit das mit dieser Sache zu korrelieren weil ich glaube, das ist es nämlich nicht. Ich glaube es ist was ganz was anderes.“*

Frau B thematisiert Normalität in einem ganz anderen Zusammenhang: *„[...] aber das finde ich ist es jetzt kein Unterschied zu einer Familie, die jetzt auf natürlichem Weg ihr Kind bekommt, also da hab ich jetzt nicht darüber nachgedacht, also ich meine da gibt's natürlich viel zu beachten bei der Schwangerschaft, Geburt und Stillzeit und so. [...] also das ist dann – das läuft einfach dann ganz normal, ja.“*

Auch Herr A greift an drei Stellen dieses Thema – jeweils kurz – auf, ebenfalls im Zusammenhang mit der Schwangerschaft, im Zusammenhang mit dem Auftreten als Elternteil und wie folgt:

Herr A: *„[...] wo sie mich da praktisch eingeladen haben für diese Arbeit [...], dann habe ich mir am Anfang gedacht wieso ich? [...] Dann ist mir erst bewusst geworden, aha ich bin eigentlich gar nicht der genetische Vater also ich ... das war ein*

*Stück weit war das schon weg dieses Thema. Also das ist mir dann wieder erst bewusst geworden darüber [...]“*

Eine interessante Unterscheidung trifft Frau C, die auch die Situation kennt, ständig an das „Anderssein“ erinnert zu werden. Allerdings nicht im Zusammenhang mit Cäsar, dem HI-Sohn, sondern mit Chris, dem Pflegesohn: *„[...] und vor allem ist es ja bei Pflegekindern so, dass man mit den leiblichen Eltern noch Kontakt halten sollte, wenn beiderseitig der Wunsch besteht [...] dass man sich dann mit den Eltern einfach trifft und so gesehen wird man da permanent daran erinnert. Natürlich, er hat einen anderen Namen, immer noch [...].“*

Herr D spricht vom gelebten, ganz normalen Alltag und dem Unterschied, den er im Vergleich zu Patchwork-Familien erkennt: *„[...] vom praktischen Betrieb her ist es für mich völlig irrelevant. Wie es wahrscheinlich auch für Familien mit Adoptivkindern irrelevant ist. Nicht so für Patchwork-Familien. Weil die haben tatsächlich jede Woche ein massives logistisches Problem, nicht? Die halbe Woche sind die Kinder da, die andere Hälfte sind sie da, und da kommen die Kinder von dem Partner und dann kommen die von dem und das mischt sich alles und das geht hin und her, ja. Das haben wir nicht. Also unser Rollenbild ist eigentlich das der klassischen Familie. Ja, da sind immer die gleichen Leute zusammen, stehen immer die gleichen Schuhe im Vorzimmer und das, und genau deswegen sage ich, das hat für mich im praktischen Betrieb keine Relevanz.“* (vgl. Kap. 3.3.2.3.4 Mitterauer, 2009, Kopräsenz und Koresidenz).

### **Zusammenfassung:**

Sowohl im äußeren Erscheinungsbild als auch in der eigenen Wahrnehmung gleicht die Inseminationsfamilie in alltäglichen Situationen der „Normalfamilie“. Fünf der sechs interviewten Personen haben solche Alltagssituationen beschrieben, an mehreren Stellen, in unterschiedlichem Zusammenhang. Lediglich Frau D erzählt von keinem Alltagsgeschehen, das sich hier einordnen ließe.

## ad 2 aus Tabelle 1: Das Wissen um das Anderssein

Ankerbeispiel: Frau B: Ach ganz der Papa! Da denke ich mir, wenn die wüssten ...!

Der unerfüllte Kinderwunsch, medizinische Untersuchungen, Laborbesuche und Notariatsakt, die schockierende Diagnose, die Trauerarbeit und der glückliche Ausgang – all diese Erinnerungen leben in dem Paar weiter, sind Teil ihres Lebens geworden (Kap. 3.1. und 3.2). Neben der Normalität des Alltags, wie in Kategorie I, 1 beschrieben, dem Gefühl, zu sein wie die Anderen, gibt es auch dieses Wissen, anders zu sein. Und es ist genau diese Spaltung zwischen dem Gefühl: alles ist normal und dem Wissen: etwas ist anders, das die Betroffenen beschäftigt (Ballint, 2005, Kap.3.3.2.3.3). Diese Unterkategorie korreliert weitgehend mit den Unterfragen ba, baa und bb (Kap. 4.2). Sie sind daher nicht zusätzlich in Klammern angegeben.

Herr D: *„Ja. Ja also das ist jetzt wieder genau das Ding: Intellektuell betrachtet ist meine Familie vielleicht zum Teil anders als andere Familien, weil wir ein Kind haben das halt mit HI gezeugt worden ist. Noch einmal, vom praktischen Betrieb her ist es für mich völlig irrelevant.“* Und an anderer Stelle: *„[...] das ist für mich sehr abstrakt. Meine Emotionen gehen eigentlich genau bis zur Reproduktionsklinik.“*

Herr B: *„[...] das ist für mich eine abstrakte Angelegenheit und keine emotionale. Ich kann das, glaube ich, sehr gut trennen. Was vielleicht – ich weiß nicht, ob das jeder kann, vielleicht liegt es bei mir auch, hängt es auch mit dem Beruf zusammen, weil ich es gewöhnt bin, in Chromosomen-Angelegenheiten zu denken [...].“*

Eine häufig auftretende Situation, in der die Eltern an dieses Anderssein erinnert werden, ist der Vergleich von äußeren Merkmalen zwischen Vater und Kind, was vor allem im Kleinkindalter häufig vorkommt.

Frau B: *„Und da muss ich dann manchmal schon schmunzeln, wenn jemand irgendwie sagt ‚Ach, ganz der Papa‘ und so, da denke ich mir, wenn die wüssten [...] da denke ich auch jetzt nicht weiter darüber, also das ist weder positiv noch negativ dann also ja, mhm.“*

Herr D: „[...] Ja, es ist noch kaum auf der Welt, und sie sagen schon ‚Mein Gott, das Kinn hat’s vom Papa‘, mah, so deppert (lacht).“

Herr B: „Ja. Ja, ja, ja, das kommt auch von außen, und dann schmunzle ich natürlich innerlich ganz besonders. Ne? Also ich hab dann ich (lacht), das war zum Beispiel so, dass es eine Zeit gab, da war die, also, als die Bea ein Baby war, wo sie mir wahnsinnig ähnlich sah, als ich ein Baby gewesen bin. Und ehrlich gesagt, mit dem Hintergrundwissen muss ich davon ausgehen, dass wahrscheinlich jedes Baby mir ähnlich gesehen hätte in der Phase aber (lacht), aber da haben da gibt’s da wirklich ein Bild, das ist ein Bild von mir früher in etwa dem Alter, und daneben ist halt das Bild von der Bea und zufälligerweise lacht sie so ähnlich wie ich damals gelacht hab’ und wir sehen uns zum Verwechseln ähnlich.“

Können Frau und Herr B sowie Herr D über derartige Bemerkungen schmunzeln, so beschreibt dies Herr A gänzlich anders:

Herr A: „Ah, die Nase is vom Papa‘ oder irgendwas, irgendein Merkmal is vom Papa. Vom Vater. Und das ist etwas, das hat mich, das hat mich schon irgendwie – wie soll ich sagen – das hat mich zum Teil wirklich geschmerzt. Muss ich sagen. Nö, also auch grad, wenn dann also meine Eltern oder die Geschwister kommen und sagen ‚Ja das sieht ja aus wie – wie du, als du noch ein Baby warst‘ oder so, das ist etwas, da ist es mir irgendwie bewusst geworden, dass ich eigentlich, hhm, dass ich eigentlich mit dieser äh – wie würd ich sagen – in Anführungszeichen mit dieser, dieser Lüge oder was auch immer, wie ich damit umgehen kann – ja?“ Herr A kann aber auch die positiven Aspekte erkennen: „Hm, das hängt natürlich schon auch damit zusammen, dass versucht wird, ähm den den Spender auch so auszusuchen, dass er dem sozialen Vater zumindest in den Hauptmerkmalen etwas ähnlich sieht, rein vom optischen her [...] und das hat eigentlich sehr gut funktioniert muss ich sagen, also.“

Anders reagiert Frau C, die die Frage nicht direkt beantwortet und das Gespräch zum Pflegesohn Chris lenkt, von dem alle sagen, dass er so gut in die Familie passt.

Frau D berichtet, dass die Tochter ihr ähnlich sieht, und Vergleiche mit dem Vater daher nie angestellt wurden. Sie äußert dennoch ihre Vermutung : „[...] weil eben die Leute sehen nur, was sie wollen und finden wahrscheinlich selbst bei einem Kind, das keinem Elternteil ähnlich schaut, trotzdem Ähnlichkeiten, weil sie immer annehmen, es ist eben so.“

Auch Merkmale, die sich bei keinem Elternteil finden, können den Sachverhalt in Erinnerung bringen.

Frau B: „Ja, und ab und zu denkt man natürlich auch schon daran, weil sie ja jetzt die Erkrankungen hat, und woher sie das hat, da denken wir natürlich schon daran, also, ob sie das sonst auch hätte oder nein, also ich meine, so kann man gar nicht denken, [...] (Unterfrage d) wenn jetzt mein Mann praktisch der biologische Vater wäre, dann würde man das auch vielleicht denken, woher hat sie das, also [...]?“

Frau D: „Ja, also wir scherzen da auch manchmal so einfach herum, ja, also wenn sie sicher, wenn sie irgend etwas macht, wo er nicht einverstanden ist, oder so, was ich auch gar nicht weiß, irgend ein Beispiel, dann sagt er ebenso im Scherz: ‚Das kann's aber nicht von mir haben‘ und so, also das ist eigentlich – kommt schon ab und zu vor, gelt, dass dass wir dann auch so einen Scherz machen.“

Was diese Unterkategorie betrifft, so erlaubt die Konstellation der interviewten Personen und des „fast vierten Interview-Paares“ Einblick in fünf Inseminationsfamilien und daher ein Spektrum des Umgangs mit dem Thema vom Schmunzeln über Abwehr zu Schmerz und Schuldzuschreibung (das vierte Paar, Kap. 4.3). Es lässt sich feststellen, dass ein humorvoller Umgang mit dem Thema von den meisten Personen gepflegt wird und die Erinnerungen im Laufe der Jahre und mit der Persönlichkeitsentwicklung des Kindes verblassen.

Herr A: „Also nach ein paar Jahren, hm ist es dann nicht mehr das Thema, hm wenn die Kinder dann einfach selbständig sind und ihre eigene Persönlichkeit haben, hm ist dieser Vergleich nicht mehr da mit den Eltern oder mit dem Elternteil.“

Frau B: „[...] Und da habe ich aber trotzdem öfters nachgedacht, was hat sie vielleicht von mir, was hat sie von dem Spender, aber das ist jetzt überhaupt eigentlich kein Thema mehr, dass ich das denke.“

### **Zusammenfassung:**

Das Anderssein stellt für die interviewten Personen ein Wissen, kein Gefühl dar. Zwei Personen, Herr B und Herr D, beschreiben dies wörtlich. Erinnerung wird dieses Wissen häufig durch Bemerkungen Dritter, vor allem wenn Vergleiche äußerer Merkmale zwischen Vater und Kind angestellt werden. Herr A, Ehepaar B und Herr D haben dies so erlebt. Frau D hat es anders wahrgenommen, da das Kind ihr selbst ähnlich sieht. Während jedoch das Ehepaar B und Herr D darüber lächeln können, empfindet Herr A die Erinnerung als schmerzlich. Frau C meint, selbst durch Bemerkungen Dritter nie an ein Anderssein erinnert zu werden.

### **ad 3 aus Tabelle 1: Die Kommunikation über das Thema**

Ankerbeispiel Frau D: Je mehr Leute das wissen, um so größer ist die Gefahr, dass irgend jemand einmal eine Bemerkung macht.

Dieses Thema umfasst vier Ebenen:

Die Kommunikation zwischen den PartnerInnen,

Die Aufklärung des Kindes – das Trilemma der Wahrheit

Die Aufklärung der Familie

Das Gespräch mit Außenstehenden, z.B. FreundInnen, Selbsthilfegruppen oder Institutionen

Der Themenbereich Kommunikation nahm bei fünf der sechs interviewten Personen den meisten Raum ein, wobei der Aufklärung des Kindes (Thorn, 2008, Kap.3.3.1) das größte erzählerische Interesse galt. Diese Unterkategorie korreliert mit den Unterfragen aa-ad (Kap.4.2), sie sind daher nicht zusätzlich in Klammern angegeben.

Das Paar

Wenn ein Problem wie der unerfüllte Kinderwunsch über Monate oder vielleicht sogar Jahre das Leben beeinflusst, Vorhaben nach medizinischen Behandlungen geplant werden und nahezu jedes Gespräch auf dieses Thema hinausläuft, ist es durchaus nachvollziehbar, dass, sobald der Erfolg eingetreten ist, die Betroffenen „gesprächsmüde“ werden.

Alle interviewten Personen betonen – zumindest rückblickend – wie wichtig es ist, dem Kernproblem, der Sterilität und den damit einhergehenden Konsequenzen genug Aufmerksamkeit zu widmen, in der Paarbeziehung darüber zu kommunizieren oder auch psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Trotz dieser Einsicht existiert immer wieder eine deutliche Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis.

Herr A: „[...] Ich bin jetzt auf Wolke sieben und und eigentlich, eigentlich, man denkt eben, das Problem ist damit gelöst eigentlich, ja, die Frau ist schwanger, dann ist das Problem gelöst. Das ist es aber eigentlich nicht, [...] dass man versucht, zu reflektieren und dass man eben immer irgendwie wieder herunterkommt und und ähm sich einfach das Paar also grad in der Schwangerschaft das Paar sich auch Zeit nimmt, über solche Ängste und Sorgen zu sprechen, ähm wie wird das sein? Unser Kind ist nicht auf natürlichem Weg gezeugt worden, unser Kind hat einen, einen biologischen Vater, den wir nicht kennen, wie kann das sein? Und grad solche Themen, wie geh ich damit um, äh wenn das Kind dann da ist [...], wird es einfach verglichen: die Ohren hat's vom Papa, ja? Das ist, das ist, das macht, glaub'ich, jeder. Und ich glaub' [...], wie man mit so was umgehen kann, und [...] weil das sind vielleicht dann doch Sachen, einfach die sind so, so das sammelt sich dann mit mit den Jahren [...] Natürlich es gäbe, es kann ja auch sein, dass die Eltern ganz offen damit umgehen, und sofort sagen, wie äh wie das ganze gelaufen ist [...]" (Unterfrage f, Kap.4.2)

Rückblickend meint Herr A, sie hätten leider verabsäumt, psychologische Hilfe in Anspruch zu nehmen (Unterfrage f, Kap.4.2), gibt jedoch an, dass auch derzeit keine

Gesprächsbasis zwischen den PartnerInnen existiert. Zumindest die „Aufklärung“ sollte jedoch der Kinder wegen gemeinsam vorgenommen werden.

Herr B: „[...] ich würde dazu raten, (f) das zu machen aber unter der Voraussetzung, dass sich die die beiden, dass sich das Paar vorher darüber sehr eingehend unterhält und grade der Mann sich sehr klar darüber ist, was das für ihn bedeutet – und das war für mich äh auch ´ne Phase, die ich vorher durchgemacht hab´. [...] Ich kann nicht sagen, wie es bei anderen Paaren ist, wie oft die darüber sprechen, aber ich schätz´ es mal so ein, dass wir eher nicht so oft darüber sprechen. Es liegt aber auch daran [...], dass wir auch gar nicht so oft daran denken und das, das ist einfach so: Die Bea ist für mich so wie mein selbst gezeugtes Kind.“

Frau B: „Also, wir reden da schon immer wieder drüber also zwischen meinem Mann und mir[...].“

Ehepaar B nahm sich für die Entscheidung (siehe auch Kategorie II, 1) viel Zeit, und die Betroffenheit des Mannes und die der Frau wurden thematisiert. Die PartnerInnen äußern unterschiedliche Wahrnehmungen darüber, ob und wie oft über das Thema gesprochen wird. Die Eltern sind sich auch nicht darüber einig, wann und wie Bea und die Familie die Fakten erfahren sollen.

Frau C: „Aber es ist so, wie gesagt, also die Männer werden da ja immer unter einen Glassturz gestellt, es kann ja nicht an ihnen liegen, und ich glaube auch, dass Männer extreme Schwierigkeiten damit haben.[...] Und, wenn man ihn dann wieder daran erinnert, (bb) glaube ich, kommt das alles wieder hoch wahrscheinlich von damals, diese, und ich glaub schon, dass sich ein Mann schlechter fühlt bei der Diagnose als eine Frau wahrscheinlich. Und (Pause) ja, und deshalb glaube ich, will er überhaupt nicht daran erinnert werden. Ich glaub´ ein Mann geht da wirklich durch die Hölle bei so einer Diagnose.“

Das Ehepaar C spricht demzufolge prinzipiell nicht über das Thema.

Frau D: *„Es ist eigentlich auch kein Thema normalerweise. Wir haben aber vor einiger Zeit – wie lange ist das her? – zwei Jahre sag ich jetzt mal, hatten wir schon einmal eine ziemliche Krise also nicht deswegen – aber einfach war halt alles ein bisschen viel glaube ich.[...]Also so, das ist natürlich, also ich hab´ mich schon immer gefragt, wie er damit umgeht. Wir haben's eigentlich so wirklich nicht so ausführlich darüber gesprochen und für ihn ... natürlich dachte ich mir aber schon immer, dass es für ihn als Mann natürlich schon auch schwer sein muss, ja, denn es ist so selbstverständlich sonst Kinder zu kriegen und so dieses dass man das jetzt als Mann eben nicht schafft und dann jemand anderer für einen quasi einspringen muss, das habe ich mir schon immer gedacht, das muss schon auch belastend sein für einen Mann. Um also in der Situation wo es bei uns eben ein bisschen gekriselt hat, glaube ich ist ihm das halt wieder bewusster geworden, dass er da quasi Hilfe gebraucht hat. Natürlich durch den David hat sich wieder manches relativiert, weil da haben wir ja, es geht ja doch und es ist ja doch nicht so, dass das gar nicht möglich ist.“*

Herr D: *„[...] Und da denke ich mir manchmal ist es deswegen weil ich als Reproduktionspartner für meine Frau eigentlich nicht in Frage komme, ist es deswegen passiert, dass ich als quod a quod Sexualpartner für sie nicht mehr attraktiv bin oder oder nicht oder fast nicht mehr in Frage komme, oder ist es einfach nur eine Folge des Lifestyles den wir haben. Ja. Das ist etwas, was ich nicht hundertprozentig beantworten kann, und manchmal wenn ich selbst mit mir sehr hadere, dann denke ich mir, naja, das kann schon deswegen sein, weil Kinder kann ich keine machen und deswegen bin ich ...“ Ich stelle fest, dass es ja einen Sohn gibt. „Ja. Eben. Deswegen ja auch nur manchmal. Nein, das war schon vor dem Sohn so. Das war schon vor dem Sohn so und es wird auch weiter so sein.“*

Herr D bestätigt, dass sein Selbstwert als Mann durch die Diagnose Sterilität eine Verletzung erfahren hat – spürbar zumindest in manchen Situationen.

### **Zusammenfassung:**

Alle interviewten Personen thematisierten die Kommunikation in der Partnerschaft.

Herr B hat sich ausreichend Zeit für seine Trauerarbeit genommen, Frau B hat sich mit ihren Ängsten auseinandergesetzt. Offen bleibt, ob sie auch als Paar darüber kommuniziert haben. Herr A, Frau C, Frau D und Herr D haben über HI in der Vergangenheit vor allem sachlich gesprochen, wobei Frau C nicht ausschließt, dass dieses Versäumnis irgendwann zum Problem werden könnte. Bei Herrn A, Frau D und Herrn D wurde die Selbstwertproblematik des Mannes erst aufgrund von Ehekrisen thematisiert. Die Beziehung zu den Kindern wurde nie in Frage gestellt. Frau B hat den Eindruck, immer wieder über die Familiensituation zu sprechen, Herr B, Frau D und Herr D teilen mit, dass sie eher wenig mit dem Partner, der Partnerin darüber sprechen, Frau C spricht prinzipiell nicht über das Thema und Herr A kommuniziert mit seiner Frau aufgrund des Scheidungsprozesses derzeit überhaupt nicht.

Jedes Gespräch zwischen den PartnerInnen bezüglich Aufklärung des Kindes (der Kinder) oder der Familie erinnert zwangsläufig auch an die Verletzung des Mannes durch die Diagnose und die Zeit als Kinderwunschpaar. Zumindest bei den drei Paaren A, C, und D wurde diese Verletzung nicht offen angesprochen, da der Kinderwunsch als solcher, die Behandlungen, und danach die Wunscherfüllung im Zentrum der Aufmerksamkeit standen. Analog zu dem Zitat „Sie macht ihm zuliebe viele Versuche, er möchte ihr zuliebe ihr Versuche ersparen“ (Thorn, 2008, Kap.3.1.1.5.2.3) kann auch hier die vermeintliche Schonung zu einer Verdrängung des Problems führen, das vor allem in Krisensituationen wieder aufbricht. In den Interviews zeigt sich durchaus, dass es den Männern ein Anliegen wäre, darüber zu sprechen und die Frauen geben an, dass sie sich der Belastung des Partners bewusst sind. Gemeinsame Gespräche darüber scheinen nicht stattzufinden.

Die Aufklärung des Kindes oder das Trilemma der Wahrheit

Die Aufklärung der Familie

Diese beiden Fragekategorien sind schwer zu trennen, denn den InterviewpartnerInnen – sie vermittelten dies in den Gesprächen – ist als Eltern deutlich bewusst, wie belastend

die Situation für alle Beteiligten sein würde, wären nur einzelne Personen informiert und daher zu einer teilweisen Geheimhaltung verpflichtet.

Obwohl nur sechs Personen – die vier Familien repräsentierten – für die Interviews zur Verfügung standen, war das Spektrum der Antworten sehr breit und reichte vom bereits aufgeklärten Kind bis hin zum Entschluss, zu schweigen.

Das Ehepaar D hatte von Anfang an geplant, der Tochter die Wahrheit zu sagen, wollte aber auf ein Signal des Kindes warten und nutzte die erste Gelegenheit, die sich anbot.

Frau D: *„[...] Also wir wollten es eigentlich immer, dass sie das schon weiß, nämlich auch aus dem Grund, einfach wenn einmal irgend etwas sein sollte, wo sie irgend einen Spender braucht für, ja, irgendein Organ oder irgend etwas Gesundheitliches [...], aber natürlich war es ja die Frage, wann ist der richtige Zeitpunkt, und ich habe eigentlich immer gesagt, ich möchte es ihr auf alle Fälle vor der Pubertät sagen, weil in der Pubertät ist wahrscheinlich kein guter Zeitpunkt und danach ist es vielleicht auch ein bisschen spät, und es hat sich dann eigentlich zum Glück ja sehr gut ergeben, dass sie in der dritten Klasse Volksschule eben das Thema Sexualkunde hatten und die Lehrerin auch wirklich ganz viele Dinge da angesprochen [...] ja, und da war es eben dann so, dass dann eines Tages die Danny – ich habe sie ins Auto eingeladen und dann sagt sie plötzlich zu mir „sag ist der Vati eigentlich mein richtiger Papa?“ Und da hab ich mal kurz geschluckt und dann habe ich gesagt weißt was, da unterhalten wir uns am Abend darüber [...]“*

Danny hatte schon vorher gewusst, dass es bei der Familienplanung Schwierigkeiten gegeben hatte. Dieses Wissen und die umfassende Thematisierung durch die Lehrerin brachten Danny vermutlich auf die Idee, ihr Vater könnte nicht der leibliche Vater sein. Das Aufklärungsgespräch übernahm der Vater: *„[...]und er hat ihr einfach gesagt er ist ihr Vati und wird immer ihr Vati sein und dass einfach für ihn halt das Vatersein das ausmacht, schon die ganze Schwangerschaft mitzuerleben sich auf das Kind zu freuen bei der Geburt dabei zu sein es aufzuziehen es lieb zu haben, ja also für ihn ist halt das*

*das, was das Vatersein ausmacht und wir haben uns quasi von einem anderen Mann weil es halt bei ihm nicht ging, nicht möglich war, quasi die Spermien geborgt.“*

Danny hat das Thema von sich aus seither nicht mehr angesprochen, aber Frau D rechnet jederzeit mit dieser Möglichkeit. Die Befürchtung, Danny könnte sich benachteiligt fühlen, weil David der leibliche Sohn des Vaters ist, konnten sie zerstreuen. David sei eben die Überraschung, mit der niemand gerechnet hat. Frau D erzählt, sie selbst habe in der Pubertät manchmal den Gedanken gehabt, ihre Eltern könnten nicht die leiblichen Eltern sein, sie weiß aber nicht, wie sie darauf kam.

Herr D: *„[...] Ich kann mich noch gut erinnern, meine Frau ruft mich an, ich war in der Firma, und sie sagt, ja, und die Tochter ist nach Haus gekommen und hin und her, und sie ist ganz verstört. Na, ich sofort ins Auto, Fuß aufs Gas, 20 Min. nach Haus, und (hustet) dann haben wir das besprochen und ich habe ihr halt gesagt, und das würd´ ich heute genauso machen, vielleicht ein bisschen ausführlicher, aber schau, das war halt so, dass wir medizinisch das nicht können haben, da hat es halt einen gegeben, der hat uns über die Klinik einmal geholfen und das war´s.[...]“* Herr D betont in der Folge im Gespräch vor allem die vielen Gemeinsamkeiten und die emotionale Verbundenheit zur Tochter und gibt dem Kind damit wieder Sicherheit.

Der Tochter sagten die Eltern beim Aufklärungsgespräch, dass dieser Umstand nicht unbedingt nach außen getragen werden sollte, sie haben aber kein Geheimnis daraus gemacht. Ob Danny mit jemandem darüber gesprochen hat, weiß der Vater nicht, meint aber: *„Also, wenn sie glaubt, sie muss das irgend jemandem mitteilen, dann ja, dann wird sie es halt tun, und ich werde auch nicht böse darüber sein.“*

Die Großeltern kannten in dieser Familie von Anfang an die Wahrheit.

Ehepaar B plant ebenfalls, mit der Tochter über die Umstände der Zeugung zu sprechen.

Herr B: *„Ich meine, es bringt nichts, wenn man ihr erst das eine erzählt bevor sie das andere überhaupt nicht weiß. Und wir sind sicher Leute, die ihr Kind aufklären, bevor´s die Schule macht, also da sind wir nicht gehemmt, aber wir möchten sie halt*

*dann aufklären, wenn sie in einem Alter dafür ist, dass sie's versteht [...] und ich denke, wir werden den Zeitpunkt erkennen, wenn es soweit ist, dass wir ihr dann ja auch sagen können, dass es eben normalerweise so ist und bei ihr, da musste eben der Doktor dabei sein und dann kann man ein bisschen weiter gehen vielleicht beim nächsten Mal, dass man sagt, der Doktor musste helfen dafür und dann irgendwann kommt man zu dem Punkt, dass es halt einen Unterschied gibt zwischen dem Mann, der ihr Papa ist in ihrem Leben und der Mann, der ihr – ja – genetischer Vater oder ihr Spender ist – sagen wir mal so. Ja.[...] Und, also da möchte ich dann gerne hin aber eben wirklich sanft und versuchen, dem Verständnishorizont angepasst, und da sie früher oder später sicher Fragen stellt: ‚Woher kommen die Babies?‘ das tun, glaube ich, alle Kinder, dass sie das irgendwann fragen, mach ich mir keine großen Sorgen, dass wir irgendwann auch zu diesem Punkt kommen.“*

Herr B möchte in der Aufklärung dem Kind die Normalität des Zeugungsaktes vermitteln, damit sie sich auch selbst ganz normal fühlen kann, und betont das Recht seines Kindes, diese Tatsache zu erfahren. Er nimmt dabei Hilfe in Anspruch, hat bereits im Internet recherchiert (cb). In der Familie ist noch niemand informiert, und es folgt eine Argumentation, in der klar wird, dass Bea geschützt werden soll: *„...Im Normalfall gibt es Checks davor, aber was dann wirklich ist, sieht man erst wenn das Kind da ist, und dann haben wir uns gedacht, wenn das jetzt die Familien vorher wissen – das ist eh fraglich, wie sie damit umgehen, wir waren uns da bei den Großeltern gar nicht so sicher, dass das so kritiklos aufgenommen wird, und wenn dann mit dem Kind doch irgendwas sein sollte, dann wär das letzte was wir hören wollten: ‚seht ihr, hättet ihr das mal nicht so gemacht, ja!‘ Da hatten wir schon ein bisschen Angst ... nur irgendwann, wenn wir's der Bea sagen, dann müssen wir's natürlich auch der Familie sagen, weil sonst wird's ein komisches Versteckspiel das würd' die Bea auch belasten glaube ich, ...“*

Dieser Überlegung – das Kind auf keinen Fall durch ein Geheimnis zu belasten, gibt Herr B nochmals Raum. Er meint aber, das liege noch in der Zukunft und gehöre, auch wenn es Angst macht, zum Leben. Herr B würde den Austausch mit anderen Betroffenen schätzen, auch was die Aufklärung des Kindes (Unterfrage ca, Kap.4.2)

und die Reaktionen der Familien betrifft. Er kann sich jedoch auch vorstellen, dass die eigene Familie dann doch anders reagiert als erwartet. Ein loser Kontakt zu einer Gruppe wäre ihm recht.

Für Frau und Herrn B ist die HI in der Paarbeziehung kein Thema, das wird durch das Interview mit Frau B klar, denn für sie steht der Zeitpunkt der Aufklärung von Bea keineswegs so fest wie für ihren Mann. Sie schwankt zwischen Vorschulalter, damit sie „hineinwachsen“ kann, der Pubertät, oder wenn der Zeitpunkt doch zu spät sein sollte, vielleicht lieber gar nicht.

Frau B: *„Ich kann's nicht sagen ich kann's einfach nicht sagen, weil ich meine, jetzt ist sie noch so klein und ich weiß nicht, wie sie sich weiter entwickelt, also momentan ist sie eher aufbrausend, also es kann sein, dass es dann wahrscheinlich eher schwierig wird erst mal wenn ihr ... dass sie sich dann auch erst mal ja wieder finden muss oder Gedanken machen muss, aber sie haben's ja gerade gesehen, wie sie ihren Papi liebt (zwischen den beiden Interviews traf sich das Ehepaar in meiner Praxis, um jeweils die Betreuung der Tochter zu übernehmen, wobei Bea spontane, große Freude zeigte, den Vater wiederzusehen), also ich glaub das ist, also ich mach mir auch oft Gedanken wenn ich das jetzt erfahren hätte, also wenn ich jetzt so ein Kind wäre und mir hätte das ... dann hätten das dann meine Eltern mir gesagt, also für mich hätte das keinen Unterschied gemacht, also ich wäre immer das Kind meiner Eltern gewesen [...]“.* Sie bleibt noch beim Thema, erzählt vom Bericht eines Betroffenen, der es erst mit 18 Jahren erfahren hat, und schockiert war. Das schlimmste wäre für sie, wenn es Bea über eine dritte Person erfahren würde: *„Also das wäre für uns die größte ja das Größte, also Schlimmste was passieren könnte.“*

Auch Frau B hat die Internetseite und die Broschüren gesichtet (Unterfrage cb, Kap.4.2) und auch sie meint, wenn es die Tochter weiß, soll es auch die Familie wissen.

Frau B: *„[...] Wir haben's niemanden gesagt im Umfeld. Weil wir einfach uns gedacht haben, falls irgend etwas ist mit der Bea, also falls sie krank ist oder so, wir hatten einfach Angst, dass jemand da voreingenommen ist ihr gegenüber und dass man sagt,*

*das hat sie vom Spender oder so, und das wollten wir nicht, also, wir wollten sie einfach so als unser Kind eben in der Familie praktisch hinein bringen, also, aber wir haben's schon vor, ihr zu sagen, [...] doch, die sollen es dann, also wenn es das Kind weiß wird es auch, werden es auch die anderen erfahren. Also, aber zuerst wird es das Kind erfahren, also so ist unser Gedanke.“*

Herr A will den Töchtern die Wahrheit sagen, spricht jedoch von keinen konkreten Vorstellungen und möchte damit auf jeden Fall bis zur Pubertät warten. Er erzählt, dass außer seinem Bruder niemand Bescheid weiß.

*Herr A: „Weil das ist auch Schutz den Kindern gegenüber. Hm, weil ich natürlich nicht möchte, dass die Kinder über eine dritte Person hm ... das erfahren sollten. Es ist nicht so, dass ich mich dagegen sträube, und wenn die Kinder reif sind, was auch immer das heißt, hm, ja, ich ich glaub das Kind muss einfach ein gewisses Alter haben, um mit so einer Information umgehen zu können. Und jetzt, die Kinder die jetzt sechs und acht sind, die die können das nicht äh verstehen, und die können auch nicht damit umgehen und ich hab eher das Gefühl, dass sie da vor den Kopf gestoßen werden.“*

Er glaubt, dass es auch seine Frau bislang niemandem erzählt hat. Herr A betont wiederholt, wie wichtig ihm der Schutz der Kinder ist. In der folgenden Textstelle spiegelt sich deutlich die derzeitige Lebenssituation der Familie wider, in der er den Töchtern keine zusätzliche Belastung zumuten möchte: *„[...] Also ich ... meine Kinder sind jetzt sechs und acht. Ich kann mir jetzt nicht vorstellen, wie das sein wird, wenn das Kind vierzehn Jahre alt ist, also ich würde ich sag´ mal von meiner Seite, ich würde das meinem Kind so wie ich es jetzt sehe auf keinen Fall vor dem 14. Lebensjahr und ich würd's sogar noch später machen, ich würd's wahrscheinlich erst wenn das Kind wirklich, ähm ich glaube ich würd's sogar erst machen, wenn wenn meine Töchter eine Beziehung haben, wenn sie wirklich jemanden haben und wissen auch einfach Liebe und Zuneigung und Vertrauen, irgendwie dieses, dass sie das haben, diesen Halt auch, ich glaube ich würd's ihnen erst dann sagen und vielleicht würde ich´s Ihnen auch erst sagen wenn sie 40 Jahre alt sind[...]* Auf meine Frage, wie es ihm denn ginge, wenn er jetzt erfahren würde, dass sein Vater nicht sein leiblicher Vater ist, meint er: *„[...] Wenn ich jetzt erfahren würde, dass ich einen anderen biologischen Vater habe – irgendwo*

würde ich mich schon irgendwie betrogen vorkommen oder ich glaube, ich wäre dann schon erst mal schockiert.“ Nach einigen Überlegungen meint Herr A, die Töchter sollten schon „aus dem Elternhaus sein“, wenn sie es erfahren. Mit der Mutter der Kinder hat er keinen Kontakt, es wurde daher auch kein gemeinsames Vorgehen besprochen.

Frau C hat beschlossen, das Kind nicht über die Fakten zu unterrichten.

Frau C: „[...] Also für uns war immer klar, dass wir es ihm nicht sagen .Ja. Also es hat für uns überhaupt keine, keine Bedeutung, ich meine, wenn das Kind jetzt, weiß ich nicht, wirklich eine schwere Erkrankung hätte, wo man, wo man die biologische DNA braucht, dann könnte man das dann immer noch überlegen. Also wenn meine nicht ausreicht. Aber bis dahin sehen wir überhaupt keine keine Veranlassung dazu. Weil es ja nicht so ist, dass jemand der ... ich verstehe es bei Adoptivkindern, die dann irgendwie auf die Suche gehen, weil sie mehr oder weniger das Gefühl haben, ich wurde verlassen. Das ist hier auch nicht der Fall, also ich glaube nicht, dass hier eine Wurzelsuche stattfindet, weil zu welchen Wurzeln? Ich glaube, der Samen ist ein bisschen zu wenig, um auf Wurzelsuche zu gehen. Und deshalb wollen wir ihn, glaube ich, auch in dieses Dilemma gar nicht hineinlassen. [...] Wir haben uns nie damit auseinandergesetzt, ob er es erfahren könnte, weil ich wüsste nicht, wie.[...] die einzige Möglichkeit ist bei einer Untersuchung. Ja und dann setze ich schon darauf, dass er es dann versteht.“

### **Zusammenfassung:**

Alle interviewten Personen wollen ihr Kind (ihre Kinder) schützen, wenngleich auf unterschiedliche Weise.

Ehepaar D: Danny kennt die Wahrheit.

Ehepaar B: Bea soll es vor Schuleintritt erfahren.

Herr A: Anna und Anke sollen nicht vor der Pubertät aufgeklärt werden.

Frau C: Cäsar soll es nicht wissen.

Danny, die Tochter von Ehepaar D kennt bereits die Wahrheit. Die Eltern wollten sie vor der Pubertät in Kenntnis setzen, und so ist es geschehen. Das Gespräch hat der Vater übernommen. Die Großeltern wussten es von Anfang an, sonst wusste es niemand, zum Schutz des Kindes, damit die Tochter nicht von jemand anders über ihre Entstehung erfährt. Sie hat es gut aufgenommen. Die Eltern haben Danny auf die Privatheit des Themas hingewiesen, ihr aber kein Redeverbot auferlegt.

Bea, die Tochter von Ehepaar B, soll es vor Schuleintritt erfahren, damit die Eltern die gesamte Aufklärung selbst übernehmen können. Sie wollen, dass Bea mit dem Wissen um ihre Abstammung aufwächst. Bei Herrn B kommt diese Haltung stärker zum Ausdruck als bei Frau B. Die Gefahr, dass Bea in diesem Alter vielleicht darüber plaudert, ist gegeben, wurde aber nicht artikuliert. Um sie zu schützen, wird die Familie erst in Kenntnis gesetzt, wenn auch Bea es erfährt. Sie soll vorbehaltlos in die Familie integriert werden. Herr B reflektiert seine Angst vor der Situation.

Anna und Anke, die Töchter von Herrn A, sollen es frühestens in der Pubertät erfahren, am besten dann, wenn sie in einer Beziehung sind und nicht mehr zu Hause wohnen. Außer dem Bruder weiß es niemand, damit die Töchter es nicht durch Zufall erfahren.

Cäsar, der Sohn von Frau C, soll es nie wissen. Er soll so aufwachsen, dass für ihn leibliche Abstammung nicht von Bedeutung ist. Sollte er es dann doch, zum Beispiel im Rahmen einer Erkrankung, erfahren, baut Frau C auf das Verständnis des Sohnes.

#### Außenstehende

Frau D: *„Also natürlich in der Selbsthilfegruppe (Unterfrage c, Kap.4.2), aber da wussten es natürlich alle [...], engere Freunde wissen schon, dass wir eben Probleme hatten und da sind wir dann aber immer bei der ICSI-Version geblieben. Also IVF oder ICSI, manche wollten das gar nicht so genau wissen, gell. Ich meine, IVF Kinder kennen doch die meisten, und also sind wir der Einfachheit halber meistens bei dem geblieben, weil wir das ja anfangs machten, das haben wir dann schon oft erzählt, dass wir dann umgeschwenkt haben und das eben mit der Samenspende machten, das haben*

*wir dann eigentlich nicht erzählt, eben auch aus dem Grund, weil wir nicht wussten, wann wir es der Danny sagen werden und einfach damit dann nicht irgendwann durch ... je mehr Leute das wissen, um so größer ist die Gefahr, dass halt irgend jemand einmal eine Bemerkung macht, und da wollten wir nicht, dass uns jemand zuvor kommt einfach, und dann irgendwas sagt, das das Kind sich absolut nicht auskennt, was das jetzt heißen soll, also eigentlich hauptsächlich aus dem Grund, ich mein, wir hätten jetzt nicht das Problem eigentlich gehabt, das ehrlich zu erzählen, aber das war eigentlich zu Danny's Schutz.“*

Herr D erzählt, dass er und seine Frau im Freundeskreis und in der Selbsthilfegruppe offen mit dem Thema umgehen, sie möchten auch die Hilfe, die sie selbst erhalten haben, zurückgeben. Darüber hinaus ist die HI für ihn ein Thema, das nur er und seine Partnerin teilen und sonst niemanden etwas angeht. Bei außenstehenden MitwisserInnen hätte seiner Meinung nach außerdem die Gefahr bestanden, dass Danny es durch Zufall von jemand anders erfährt.

*Frau B: „Also Schule, Kindergarten, ich weiß gar nicht, inwieweit die das dann auch wirklich so erfahren würden, also, ich meine, ich glaube nicht, dass wir das jemals so an die ganz große Glocke hängen, also ich mein´, auch wenn es dann die Familie weiß, und wahrscheinlich auch enge Freunde und so, wird es dann auch immer weiter gebracht, aber, also ich weiß jetzt nicht, ob ich das direkt jetzt so einfach in einem Gespräch im Kindergarten erzählen würde. Also da habe ich mir jetzt noch keine Gedanken darüber gemacht.“*

Herr B würde den Austausch mit anderen Betroffenen schätzen, auch was die Aufklärung des Kindes und die Reaktionen der Familien betrifft. Er kann sich aber vorstellen, dass die eigene Familie doch anders reagiert als erwartet. Es ist nach seiner Schlussfolgerung nicht möglich, die Sicherheit zu haben, das Richtige getan zu haben.

*Herr B: „... dass das sicher interessant wäre, sich mit anderen zu unterhalten, die diesen Zeitpunkt auch schon hinter sich haben, die da Erfahrungen gesammelt haben (ca). Und es wär' auch interessant, schon zu wissen, ob es auch Leute gibt dann, die*

*sagen, sie würden es beim nächsten Mal anders machen [...] aber ich stell mir das so individuell verschieden vor (lacht), ob man jetzt da in der Verwandtschaft eher tendenziell eher konservative Menschen hat oder Menschen die halt sehr aufgeschlossen sind, und ... oder wieder andere, die vielleicht auch selbst im Leben alles mögliche hatten – Patchwork-Familien können ja auch anders entstehen und die dann sagen: ,ach, das ist doch eh alles wurscht.‘“*

Das Ehepaar C kommuniziert nicht über das Thema HI. Daher war Frau C sehr verwundert, dass ihr Mann ganz offen mit einem Freund, der in der gleichen Situation ist, darüber gesprochen hat. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass Frau C lediglich annimmt, dass Herr C geschont werden möchte und selbst nicht über das Thema sprechen will.

*Frau C: „[...] Es hat eher mein Mann mit ihm gesprochen – und dem hat er es offen gelegt, wie es wir gemacht haben, was mich sehr gewundert hat, und der X hat gleich gesagt, nein, das kommt für ihn nicht in Frage. Also für den war es einfach total wichtig, seine Gene weiterzugeben.“*

Herr A. möchte nicht mit Außenstehenden über dieses Thema sprechen, „[...] alles wird in einen Topf geschmissen, und wenn man künstliche Befruchtung macht, dann kommt gleich dieses Schlagwort Designerbabys [...]“ auch nicht im Freundeskreis: „also ich kenn´ einige Paare, die diesen Weg gegangen sind, bei einigen hat´s geklappt, bei anderen nicht, aber ich kenn´ niemanden, der wirklich offen darüber gesprochen hat und gesagt hat: o.k., wir haben das mit Spender, mit Spendersamen haben wir unser Kind gezeugt, sozusagen. [...] Da ist einfach noch ein, eine gewisse Blockade da, jetzt so weit zu gehen, so offen darüber zu reden, also mit betroffenen Paaren, und ich glaube, das ist auch gut so, also wenn jemand darüber reden möchte, dann ist das sicher super, aber also, ich für meinen Fall fände das jetzt nicht richtig und ich würd's auch nicht machen, also ich würd's nicht machen.“

### **Zusammenfassung:**

Frau und Herr D sprechen in der Selbsthilfegruppe offen über das Thema. FreundInnen wissen, dass sie ICSI gemacht haben, aber nichts von der HI. Gegenüber anderen Außenstehenden ist es kein Thema für sie. Frau C spricht mit Freundinnen über die in Anspruch genommene medizinische Hilfe, aber nur von Insemination, nicht über HI. Ihr Mann hat sich einem Freund gegenüber geöffnet. Frau B und Herr B könnten sich einen Austausch mit Gleichgesinnten vorstellen, mit anderen außenstehenden Personen ist es kein Thema für sie. Herr A lehnt jeden Austausch mit Fremden ab.

### **ad 4 aus Tabelle 1: Die Geschwister**

Ankerbeispiel Frau C: Cäsar und Chris sind Brüder, mit allem was dazugehört, mit Höhen und Tiefen.

In drei der vier Familien sollte zum HI-Kind ein Geschwisterkind kommen, lediglich das Ehepaar B wollte ein Einzelkind. Alle drei Paare wollten den selben Spender haben, doch bei keinem der Paare war dies möglich. Der neuerliche Wunsch lässt den Schluss zu, dass der Prozess für die Familie gut verlaufen und gelungen ist.

*Frau C: „Dann war eben der Samenspender, der war nicht mehr verfügbar und bei anderen hat's einfach nicht funktioniert. Und dann sind wir sogar nach Bratislava ausgewichen für diese – was in Österreich nicht erlaubt ist – die Fremdsamen IVF, und da ist es aber dann auch nicht gegangen und irgendwann einmal haben wir uns für unsere Psyche entschieden und das einfach abgebrochen.“*

*Herr A: „[...] Eine Sache ist vielleicht noch auch interessant in diesem Zusammenhang: unsere Kinder haben zwei verschiedene Spender. Ähm, das war am Anfang auch ein Riesenproblem eigentlich für uns, also für die Eltern, weil wir gedacht haben, wir bekommen jetzt also zwei Kinder von zwei verschiedenen Vätern und äh die sind dann so wie wie Tag und Nacht, dass man das Kindern praktisch ansieht so dass das irgendwie ... dass sie eigentlich gar nicht so richtig zusammengehören eigentlich. [...] Mit dem zweiten Samenspender haben wir uns da sehr viele Sorgen gemacht, die eigentlich völlig unbegründet warne.“ (Unterfrage d, Kap.4.2).*

Herr D: „[...] Als wir dann die HI für unser zweites Kind angingen und die Frage war, naja, sollen wir das mit dem Samen des gleichen Spenders machen, und dann war einfach nicht mehr genug da nach dem vierten Versuch. [...] Und ich glaube, er wurde dann sogar noch einmal kontaktiert und gefragt, ob er nicht noch mal spenden möchte und hat dann nein gesagt. Ich glaube mich daran, an so etwas, zu erinnern, [...]“

Die Lösungen fielen denkbar unterschiedlich aus. Beim Ehepaar D fand die große Überraschung statt: das selbst, auf natürlichem Weg gezeugte Kind, mit dem niemand mehr gerechnet hatte. Ehepaar A entschied sich für einen anderen Spender und Ehepaar C für ein Pflegekind. Bei den Paaren A, B und D waren auch für das erste Kind andere Optionen denkbar: Adoption, Auslandsadoption, Pflegekind oder auch ein Leben ohne Kind. Frau C wollte unbedingt selbst Schwangerschaft und Geburt erleben (Kap. 3.1.1.6.2.3, Newton et al., 1990 und Wright et al., 1991, zit. nach Henning und Strauß, 2000). Beim zweiten Kind war ihr das nicht mehr so wichtig.

Die Geschwisterbeziehung wird von allen InterviewpartnerInnen als gelungen beschrieben:

Herr A: „[...] Die zwei Mädchen sind irgendwie ein Herz und eine Seele zusammen, also sie ergänzen sich wunderbar und hm ... kein Mensch hat jemals irgendwie gefragt, wieso sieht die eine so aus oder reagiert so und die andere so, oder wie kommt das eigentlich also, hm, die sind zwei unterschiedliche Persönlichkeiten, hm, wobei ich hab zwei, ich hab zwei Geschwister, zwei Brüder und wir drei Brüder, ha, wir sind auch eigentlich komplett unterschiedlich.“

Frau C: „Die beiden sind Brüder. Obwohl der Cäsar auch weiß, woher der Chris kommt, natürlich, weil der Cäsar damals schon dreieinhalb war, und er gesehen hat, dass ich nicht schwanger bin, sind das Brüder. Ganz klar. Mit allem, was dazugehört. Mit Höhen, Tiefen, liebhaben, schlagen, ‚können wir den nicht umtauschen?‘, also alles. Wie es wie es bei normalen Geschwistern auch der Fall ist. Also da ist überhaupt kein Unterschied.“

Frau D: *„Die zwei sind wie Tag und Nacht. Also die sind grundverschieden, wobei also mir die Danny vielleicht auch, wenn sie ein Mädchen ist, aber auch weil Sie mir einfach, glaube ich, einfach charakterlich viel ähnlicher ist, also sie ist eher die ruhigere, der David ist eben genau das Gegenteil, er ist ein richtiger, richtig wilder und richtig lauter, also eigentlich sehr, sehr verschieden.“*

Herr D hat den Eindruck, die Kinder werden von ihnen, aber auch von den Großeltern gleich behandelt. Danny beklagt sich zwar immer wieder darüber, dass sie benachteiligt wird, das hat jedoch mehr damit zu tun, dass der Bruder der Kleinere ist. Herr D meint, dass sie manchmal als Eltern vielleicht auch scheitern – in der Aufgabe, gerecht zu sein.

### **Zusammenfassung:**

Geplant waren – bis auf Ehepaar B – Kinder von einem Spender, doch Herr A hat zwei Töchter von zwei verschiedenen Samenspendern. Sie sind sehr unterschiedlich aber „ein Herz und eine Seele.“ Ehepaar B hat ein Einzelkind. Frau C hat einen HI-Sohn und einen Pflegesohn. Die beiden sind Brüder. Ehepaar D hat eine HI-Tochter und einen leiblichen Sohn. Sie sind wie Tag und Nacht.

### **ad 5 aus Tabelle 1: Der Liebe auf der Spur – Umwelt ist wichtiger als Gene**

Ankerbeispiel Herr D: Und die Liebe, die zählt.

Aus der Studie von Fthenakis (Fthenakis, 2001, Kap.3.3.2.3.3) geht hervor, dass jene Männer eher die Rolle des „Vaters als Erzieher“ (soziale Funktion plus instrumentelle Funktion) übernehmen, deren Paarbeziehung harmonisch ist. Laut Winkler (Winkler, 2012) ist good parenting eine Haltung, die eine gute Beziehung, die auf Dauerhaftigkeit angelegt und von Vertrauen und Wertschätzung geprägt ist, ermöglicht.

In allen untersuchten Familien ist das HI-Kind das erstgeborene (oder einzige) Kind. Es ermöglichte dem Paar, Familie zu gründen, der Gruppe „Eltern“ anzugehören. (Maslow 2010, Kap.3.1.1.3.2). Alle interviewten Personen erzählten von der Freude über die

Schwangerschaft und auch die Ängste waren vergleichbar mit denen anderer werdender Eltern: Sorge um die Gesundheit des Kindes oder Angst vor einer Frühgeburt. Kap.II, 2 und II,3 beschreibt die Wichtigkeit der Einbeziehung der Männer in Schwangerschaft und Geburt. Keine der Frauen gab an, in der Schwangerschaft Schwierigkeiten mit dem Bewusstsein gehabt zu haben, dass das Kind genetisch nicht vom Partner ist. Mit Eintritt der Schwangerschaft war die Entstehungsgeschichte unwichtig geworden.

Frau B.: *Und ich glaube, dass man sich eben nicht so viele Gedanken über den Spender machen soll. (...) Wie sie dann in der Familie aufwächst und so – das prägt ja ein Kind, denke ich mal, viel mehr als jetzt die Gene, die sie vielleicht in sich trägt. (...) Aber ich glaub, dass man da gar nicht so darüber nachdenken sollte, sondern eben liebevolles Zuhause bieten und oder geben. (...) Und (...) jetzt entwickelt sie sich einfach und man denkt gar nicht mehr so viel darüber nach und ist über jedes froh oder stolz, was sie da wieder kann, und sie malt nämlich eben sehr gerne und auch recht schön, find ich schon, und ja, und da denke ich jetzt aber nicht irgendwie, woher hat sie das ... sondern das ist einfach schön dass sie das kann. (...) Also wir waren jetzt ja eine Woche bei den Großeltern wieder, (...)also, wenn man die Großeltern sieht mit der Bea zusammen und wenn ich mir denke, das würde es nicht geben, also das kann man sich gar nicht, also ich meine, man kann sich's eh nicht vorstellen, wenn's einen Menschen gibt, dass es den dann nicht gibt, also aber das ist jetzt einfach ein ganz anderes Leben, aber so ist es eben schön und gut so und wir fühlen uns auch, also wir drei erst,mal so als Familie, aber eben dann auch mit den Großeltern zusammen, es ist also, und grad die Bea, das sind die Eltern von meinem Mann, die hängt so sehr an der Oma, also das ist so schön, also das zu sehen (...)Wenn meine Großeltern das wüssten, also. Aber mittlerweile sage ich, die lieben die Bea so wie sie ist, und dann ist es eben, dann kommen sie auch damit klar, also wenn sie es erfahren würden oder wenn sie es erfahren, sagen wir einmal so.“*

Die Einbindung in die Familie war Ehepaar B von Anfang an wichtig, um Bea vorbehaltlos zu integrieren, ihr ein soziales Netz und ein Nest zu bieten, aber auch, um sich selbst als Familie wahrzunehmen. Mit Freude beobachtet die Mutter die gute

Beziehung zwischen Bea und den Großeltern und die Entwicklung der kindlichen Persönlichkeit und Talente. Ein Leben ohne Bea wäre für sie nicht mehr denkbar.

Herr B erzählt von dem Moment, als er das erste US-Bild von seiner Tochter sah: „[...] Also dich, dich will ich will ich lieben und dich will ich nie belügen [...] Und die Liebe, die ich für sie empfinde – ich kann sie mir nicht stärker vorstellen. [...] Hm, weil es uns sehr, sehr gut getan hat, die Bea zu bekommen und es hat unser Leben so sehr bereichert, ich mein, sonst hätten wir auch gelebt, wir hätten andere Dinge gemacht, die wir jetzt nicht machen können aus vielen Gründen und – aber ich glaube nicht, dass das Leben so erfüllt wäre. Trotzdem, ja, obwohl wir eine gute Beziehung haben, aber das Leben wäre nicht so erfüllt, weil eben, dieser Mensch, der jetzt mit dabei ist, und der uns aufmischt, der hätte, der wär´nit da und ich kann´s mir einfach ohne die Bea jetzt gar nicht mehr vorstellen. Da kann man dann noch so viel reisen und was weiß ich machen, ins Kino gehen, das ist nicht – das ist kein Ersatz dafür. Also einmal kann ich sicher sagen, dass die letzten drei Jahre die Besten in meinem Leben bisher waren, also ich glaub´, so kann man´s ganz einfach zusammenfassen, weil sich in diesen drei Jahren eine wahnsinnig schöne Bereicherung ergeben hat, und das ist halt die Bea. [...] Weil ich eben gesprochen hab mit der Familie drumherum mit Großeltern und so – ist alles letztlich lösbar und das Entscheidende wird immer sein, dass die Eltern zu dem Kind stehen. Das ist das Allerwichtigste [...]“

Auch für Herrn B ist ein Leben ohne Bea nicht mehr vorstellbar. In den Aufzeichnungen sind mehrere Liebeserklärungen an die Tochter zu finden, und auch in den Beschreibungen und Erzählungen ist die besondere Sorgfalt und Feinfühligkeit zu erkennen.

Herr A : „[...] Der Kontakt zu meinen Kindern ist, äh, obwohl sie ja, äh 800 km von hier entfernt jetzt leben, äh ist aber herzlich und und ähm, die Kinder sagen ganz normal Papa zu mir oder wenn wir auch weg sind mit anderen Freunden, da ist ganz klar, dass ich der Papa bin bzw. jetzt fangen sie auch schon an, meinen Vornamen zu sagen ähm, was ich aber auch gut finde, [...] dass die Kinder also für die Kinder, und so empfinde ich das auch, wenn ich ihr hundertprozentiger Vater ... und da gibt es keine, da gibt es

*keine Abstriche, also was die Kinder mir entgegenbringen, und aber auch was ich den Kindern entgegenbringe [...] Grundsätzlich würde ich sagen, ich würde das immer wieder machen ähm, ich würde es immer wieder machen [...] Vielleicht ist es gerade durch diese ... durch diese Trennung und Scheidung habe ich erst vielleicht, habe ich dann erst wirklich begriffen, was das eigentlich ist und hab dann wirklich mich eigentlich viel intensiver damit auseinandergesetzt vielleicht, hm? Ich ich weiß nicht, wie ja dieses Thema ähm, Vater sein und Verantwortung und Rechte ... das ist mir erst bewusst geworden durch die Trennung und dann durch diese Scheidung, ja erst dadurch eigentlich.“*

Die Gefahr des Verlustes und der Schmerz machten Herrn A klar, dass Vaterschaft etwas Selbstverständliches geworden war, aber auch, dass Vaterschaft etwas ist, das auch weite Entfernungen überwinden kann.

*Herr D: „[...] Ich glaube nur zum Teil an die Sache mit der Genetik und ich glaube sehr stark, dass es auch die soziale Kompetenz oder die soziale Erziehung ist, die man einem Kind mitgibt und ja, da ist sie mir schon in gewissen Dingen ähnlich und in gewissen anderen Dingen ist sie ihrer Mutter ähnlich und ... also für mich ist das überhaupt kein Problem. Und auch in der Schwangerschaft, nicht, also wie die – wie meine Frau gesagt hat, ich bin jetzt schwanger, ja, ich denke mir, so hätte sich jedermann gefühlt. Ja? Wahrscheinlich. Ich weiß es nicht, nein, ohja natürlich weiß ich es, natürlich weiß ich es, ich hab mich genauso gefühlt wie jedermann dessen Frau ihm sagt: Du, ich bin jetzt schwanger, weil, unser zweites Kind, ist ja dann ganz anders entstanden (hustet), das ist ja völlig natürlich entstanden nachdem wir gesagt haben o.k. und jetzt ist Schluss mit Behandlungen. Und, ja, ich habe zu meinem Zweitgeborenen, der also offensichtlich die Frucht meiner eigenen Lenden ist, kein anderes Verhältnis wie zu meiner Tochter, die das nicht ist. Das sind beides meine Kinder und die habe ich beide gern und für die würde ich beide alles geben. Und: Ja.“*

Herr D zur Tochter im Aufklärungsgespräch: *„Und die Liebe, die zählt. Ja? Ich bin der, der dir die Liebe gibt, die du als Kind brauchst, verdient hast, und wo du ein Recht darauf hast es zu kriegen. Kinder haben ein Recht darauf, geliebt zu werden. Und das*

*ist meine Rolle und die werde ich nicht aufgeben, und aus (lacht). Mehr gibt es für mich darüber eigentlich nicht zu sagen.“*

Herr D ist der einzige Interviewpartner, der auch ein leibliches Kind hat. Wenn jemand einen Unterschied beschreiben könnte, dann er. Stattdessen spricht er von Liebe.

In den folgenden Erzählungen kommen zwei Frauen zu Wort:

*Frau D: „Weil ich halt meistens auch eher die bin, die eher zu Hause ist, und ja das wird natürlich jetzt tendenziell weniger. Weil jetzt wird sie 14 und da glaube ich, teilt sie sich auch dann nur noch lieber den Freundinnen mit, aber nein wir haben ein sehr gutes Verhältnis zum Glück, Gott sei Dank. Ich hoffe, das bleibt so und ja, also ich kann da wirklich von dem her keinen Unterschied feststellen, beide, beide Kinder sind sehr anhänglich. Das ist voll integriert, diese Tatsache. [...] Wenn ich dann erzähle, einfach wie der D mit der Danny auch umgeht, oder was er für sie macht, dass das einfach wirklich, wirklich keine Bedeutung glaube ich hat, ja also, dass er wirklich ihr Vati ist und das glaube ich aus vollstem Herzen, also, das merke ich einfach auch, wenn ich darüber rede, dass das wirklich, das ist wahrscheinlich auch das, worauf es nicht wirklich ankommt, von wem die Spermien sind.“*

*Frau C: „Und das geht mir heute teilweise noch so, dass ich, wenn er bei mir liegt oder wenn er schläft oder ich weiß nicht, bei mir kuschelt, dass ich mir denke, das ist unfassbar, ja. Deshalb war es für uns einfach hundertprozentig die richtige Entscheidung [...] Und dass man mit einem sozialen Umfeld einfach vieles wett machen kann, falls wirklich irgend etwas wäre.“ (Genetisch ist gemeint).*

Die vier Vatertypen (Kap.3.3.2.3.3) sind bereits das Ergebnis einer Studie, die untersucht hat, wie gute Vater-Kind-Beziehungen auf der Handlungsebene zum Ausdruck kommen können. All diese Tätigkeiten und Verhaltensweisen (Kategorie II, 3) leben im Kind weiter. Hier soll ein Blick darauf geworfen werden, wie sich ein Weiterleben väterlicher Eigenschaften im Kind zeigen kann.

Herr B: „[...] Und ich entdecke in der Tat auch manchmal Dinge in der Bea, die ich von mir selber kenne, das kann ja sein, dass das tatsächlich dann auch wirklich der nicht genetische Einfluss ist, das wäre gut möglich, aber die Bea hatte einige Eigenschaften von denen ich weiß, dass ich die als Kind auch hatte und das finde ich sehr nett, also das so zu sehen. Das ja, is einfach. Also ich hab schon das Gefühl, da ist auch etwas von mir mit dabei in ihrer Entwicklung das das läuft net parallel irgendwie neben mir.“

Herr D: „Also, ob die jetzt ... ich glaube nur zum Teil an die Sache mit der Genetik und ich glaube sehr stark, dass es auch die soziale Kompetenz oder die soziale Erziehung ist, die man einem Kind mitgibt und ja, da ist sie mir schon in gewissen Dingen ähnlich und in gewissen anderen Dingen ist sie ihrer Mutter ähnlich und also für mich ist das überhaupt kein Problem.“

Frau C bringt ein Beispiel von Chris, dem Pflegesohn: „[...] Das ist wirklich eine rein biologische Geschichte und man weiß ja aus der neuesten Gehirnforschung, dass die Genetik nicht mehr das Thema hat, das man noch vor kurzem geglaubt hat, und ich meine, der Chris ist das beste Beispiel, das sage ich immer, soziales Umfeld schlägt Genetik. So wie er aufwächst und wie er sich verhält und wie er ist, das ist wie wenn er hundertprozentig mein Kind wäre [...]“

### **Zusammenfassung:**

Alle interviewten Personen messen psychosozialen Bindungen mehr Bedeutung bei als der Genetik (Ziss, 1994, Kap.3.3.3). Gesprochen wurde von Liebe ( Frau B, Herr B, Herr D), körperlicher Nähe (Frau C), das sich Anvertrauen (Frau D), Verantwortungsgefühl (Herr A), und einige Elternteile beschreiben, dass das Kind dem Vater ähnelt: (B, C, D) (Kap.3.3.2.2).

### **Tabelle 2/ Kategorie II**

#### **ad 1 aus Tabelle 2: Die Geburt des Vaters**

Ankerbeispiel Herr D: Wollen Sie sich reproduzieren, oder wollen sie ein Kind?

„Der Vater wird im Kopf geboren mit dem ‚Ja‘ zum Kind, der Annahme der Vaterschaft“ (Ballnik, 2005, Kap. 3.3.2.3.3). Das prinzipielle Ja zum Kind ist bei Kinderwunschaaren eine Selbstverständlichkeit – sonst wären sie keine Kinderwunschaare, sind doch die Entscheidung und der gesamte Prozess sehr bewusste Schritte. Das prinzipielle Ja muss aber noch nicht das Ja zu dieser spezifischen Art, Vater zu werden, bedeuten. Denn wie in Kap.3.1.1.5.2.3 (Fallbeispiel 1 und Henning und Strauß, 2000) ) zu lesen ist, kann es vor allem bei Männern, die alleinige Symptomträger sind, zur Verdrängung von Ambivalenzen kommen, und sich der starke Wunsch der Partnerin, Schwangerschaft und Geburt erleben zu wollen, durchsetzen.

Voraussetzungen für eine gelungene Vaterschaft sind laut Ballnik die konkrete, phantasierte Auseinandersetzung mit dem Kind, eine emotionale Auseinandersetzung mit Ängsten und Unsicherheiten, sowie die gemeinsame Geburtsvorbereitung mit der Mutter und die aktive Beteiligung an der Geburt. Inwieweit diese Voraussetzungen gegeben sind, wurde anhand des Fragenkatalogs untersucht.

Das prinzipielle Ja zum HI-Kind:

Frau und Herr D lernen einander kennen, als sie nicht mehr ganz jung sind. Von Anfang an ist klar, dass sie Familie gründen wollen, daher reagieren sie rasch auf die auftretenden Schwierigkeiten. Medizinische Untersuchungen ergeben, dass Herrn Ds Fertilität eingeschränkt ist. Das Paar macht vier erfolglose ICSI-Versuche. Beim vierten Versuch geht es Frau D sehr schlecht. Herr D: *„[...] und ich habe mir gedacht, um Gottes willen, das kann's doch nicht sein, dass man die arme Frau so malträtirt nur weil ich keinen gescheiten Samen habe.“* Die Frau des Andrologen, die die Ordination betreut, stellt die entscheidende Frage: *„[...] die hat zu mir gesagt: Hören Sie, was wollen Sie, wollen Sie sich reproduzieren oder wollen Sie ein Kind? Und dann hat sie mir erzählt, wie das früher gemacht worden ist, nicht, da hat man den Mann zuerst einmal, den Mann ins Bordell geschickt und wenn der dann kein außereheliches Kind zeugen hat können, dann hat man die Frau auf Kur nach Bad Ischl geschickt und auf einmal war sie schwanger (hustet). Und das war für mich dermaßen einleuchtend, dass für mich – wir hatten damals vielleicht einmal*

*theoretisch über HI gesprochen, aber das war für uns nicht wirklich noch ein Thema – aber einfach durch dieses Gedankenmodell hat das für mich einfach jeden Schrecken verloren und ich hab gesagt, ja, ich will eigentlich eine Familie, nicht?“*

In der Erzählung von Frau D findet sich eine korrespondierende Stelle an der sie berichtet, dass sie beim zweiten Versuch schwanger wurde.

Herr B schildert sein Ja so: *„[...] Es ist nicht so gewesen, dass ich mit der Idee morgens aus dem Bett aufgestanden bin und hab´ gesagt: ‚Ach ja super, lass´ uns das machen‘, sondern das war natürlich ein Prozess, äh weil mir ja klar war, ich bin derjenige, der da genetisch außen vor steht am Ende, und das, das hatt´ ich ´ne Zeit lang mir überlegt, in mich rein gefühlt, gehorcht, das waren nicht Tage, nicht Wochen, das waren schon ein paar Monate, die ich dafür gebraucht hab´, aber danach war ich mir 100%ig klar darüber, dass ich das sehr gut voneinander trennen kann und das mir das nichts ausmacht. [...]Also für beide ist das wichtig, aber für ihn ist es wahrscheinlich noch wichtiger, sich darüber Gedanken zu machen. Und ja, nicht nur Gedanken, sondern auch ins Herz rein zu hören und dann mit dem Herzen darüber zu entscheiden und auch keine Angst zu haben [...].“*

Frau B erzählt, dass auch sie sich lange mit der Entscheidung Zeit gelassen hatte, weil sie befürchtete, das Kind könnte krank sein. Auch bei diesem Paar wäre ICSI möglich gewesen, aber vor allem für Herrn B kam eine so technisierte Methode nicht in Betracht.

Bei Herrn A war durch eine Erkrankung klar, dass er steril ist. Er konnte dieses Wissen in sein Leben integrieren, es gab mehrere Optionen, aber das Paar entschied sich letztendlich für die HI: *„Und dann haben wir uns auf dieses Wagnis eingelassen und haben eigentlich gesagt, wir können eigentlich nichts verlieren, sondern nur gewinnen mit dieser, mit dieser ganzen Prozedur und, ah, wir haben dann geheiratet und nach der Hochzeit eigentlich haben wir dieses, dieses Projekt dann in Angriff genommen.“*

Frau C: „[...] Für uns war es die richtige Entscheidung, weil ich schwanger werden oder weil ich ein Kind austragen wollte, sagen wir einmal so. Und ein eigenes Kind haben wollte. Nicht um jeden Preis, aber schon mal mit einem gewissen – schon über einen gewissen Zeitraum es zu versuchen. Das, und einem Mann, dem es jetzt scheinbar, oder der mir glaubhaft gemacht hat, dass es für ihn nicht so wichtig ist, der biologische Vater zu sein. Und deshalb, wie gesagt, es gehört schon was dazu, dann zu sagen, o.k., aber ich erfülle meiner Frau den Kinderwunsch und nehme dann den Samenspender und bin dann der Vater für das Kind.“

### **Zusammenfassung:**

Für die Paare A, B und D kamen auch für das erste Kind andere Optionen wie: Adoption, Auslandsadoption, Pflegekind oder auch eine Leben ohne Kind in Betracht. Paar D versuchte es zudem mit ICSI. Die Entscheidung für HI wurde gemeinsam und nach reiflicher Überlegung gefällt, bei den Paaren B und D ging die Initiative sogar eher vom Mann aus. Ob Herr C sein prinzipielles Ja zu dieser Methode äußerte, ist nicht bekannt, da er kein Interviewpartner war. Der Erzählung von Frau C ist jedoch zu entnehmen, dass eher sie es war, die sich mit einem sehr starken Wunsch nach einem leiblichen Kind durchgesetzt hat (Henning, 2000, Kap. 3.1.1.5.2.3).

In der Folge wurde hinterfragt, in wieweit die Männer in die Schwangerschaft involviert waren und sie sich gedanklich mit dem Kind und ihren eigenen Ängsten und Unsicherheiten auseinandergesetzt haben (Ballnik, 2005).

Beteiligung an der Schwangerschaft (dieser Teil korreliert weitgehend mit der Unterfrage e (Kap.4.2), sie ist daher nicht zusätzlich in Klammern angeführt):

Herr A: „Am Anfang war die die Angst bevor das Kind auf der Welt war, war schon da, die Angst, irgendwie wie ist es ... kann ich ... wie werde ich das empfinden wenn ich das Kind in meinem Arm habe oder wenn ... kann ich, kann ich überhaupt ein Vater sein, ist das überhaupt möglich, wie ... ich habe mir schon viele Gedanken gemacht [...].“

Herr B: „[...]Die Schwangerschaft ist bestätigt worden, es gab die ersten Ultraschallbilder von der Kleinen, in dem Moment, war alles andere, was davor war, dieser, der Kinderwunsch, diese Unsicherheit, klappt das, oder klappt das nicht, und die Sehnsucht danach, war das einfach erfüllt, da war es in den Hintergrund getreten. Da war sie da, sie war im Bauch und das war wunderbar, und ich bin sicher, dass das so war, wie ... als wenn ich sie gezeugt hätte, also da hab´ ich ganz sicher keinen Unterschied empfunden.“ Und an anderer Stelle: „[...] Als es das erste Ultraschallbild gab, da sah sie aus wie so ein kleines Gummibärli mit so – mit so kleinen Ausbuchtungen, wo die Arme und Beine dann entstehen, so süß sah das aus da hab´ ich sie gesehen auf diesem Ausdruck und da hab´ ich so bei mir gedacht ... in dem Moment war ich mir sicher, irgendwann, also a) dass es der richtige Weg war und b) dass ich´s ihr irgendwann auf jeden Fall sagen möchte, weil das war so das erste Mal, dass ich sie gesehen hab´ [...]. Und dann – also die wirklich starke innere Bindung so, und dann, ja wenn dann der Bauch immer dicker wurde, und die Bilder immer detaillierter wurden, da hat sich das, so, das haben wir so empfunden, wie das mit Sicherheit auch alle anderen Eltern auch empfinden. Auch ich.“

### **Zusammenfassung:**

Herr A hat sich mit eigenen Ängsten auseinandersetzt, bei Herrn B hat die tatsächliche und die phantasierte Begegnung mit dem Kind stattgefunden. In der Erzählung von Herrn D findet sich keine entsprechende Äußerung. Herr B erinnert mit seinen Ausführungen an den Kinderwunsch auf Stufe fünf der Bedürfnispyramide – der Selbstverwirklichung (siehe Kap.3.1.1.3.4, Maslow, 2010).

### **ad 2 aus Tabelle 2: Die Geburt des Kindes – Die Dyade Vater-Kind**

Ankerbeispiel Frau C: Der Mann ist bis heute stolz darauf, dass er den Sohn nach der Geburt vor ihr gehalten und ihn gewaschen hat.

Diese Unterkategorie korreliert mit der Unterfrage e, sie ist also nicht zusätzlich in Klammern angegeben.

Herr A: „[...] Hm, die Geburt, hm ... die erste Geburt war normal die zweite war sehr einfach, hm, es ging sehr schnell, hm, so gut, dann war das Kind auf der Welt und dann war das aber schon eine Vater-Beziehung, die ich zu dem Kind hatte. Also ich kann ja nicht sagen wie es normal, wie es normal wäre, wenn das wirklich mein eigenes biologisches Kind wäre, aber ich hab´ schon eigentlich das so empfunden, dass das jetzt mein Kind ist.“ Und an anderer Stelle: „[...] Aber als das Kind dann wirklich da war, als ich dann zum, als ich bei der Geburt eben, ich glaub´ das ist auch wichtig, die, dieser, dass man bei der Geburt dabei ist und einfach von ... diese erste Sekunde dann das Kind im Arm hat, und es ist, glaube ich, wichtig für diese, für diese Bindung dann auch, ja [...].“

Frau B meint zur Frage, ob der Mann bei der Geburt dabei war: „Ja ja ja ja. Also wir hatten eine wunderschöne Geburt. Ja, also ganz schnell (lacht) und auch ganz schmerzlos, also (lacht). Ja, also das würde ich also jedem sagen: Macht euch keine Sorgen um die Geburt, also, wir haben sie als wunderschön, eben gar nicht so wie man´s immer hört, erlebt, also ich hatte einfach keine Schmerzen dabei, und es war auch schon da.“

Frau C beantwortet die Frage, ob der Mann bei der Geburt dabei war: „Ja. Ja, ja. Er hat geheult wie ein Schlosshund, ja. (Lächelt) Er hat ihn auch gewaschen gleich, und alles. Da ist er heute noch ganz stolz darauf, dass er ihn vor mir gehalten hat. Das erzählt er jedem und der Cäsar weiß es auch, also dass er von seinem Papi als erstes gehalten wurde.“

Herr D sagt zur Frage, ob er bei der Geburt dabei war: „Jaja, natürlich. Ja.“

### **Zusammenfassung:**

Alle vier Männer waren bei der Geburt ihres Kindes (ihrer Kinder) dabei. Dies kann als starkes Indiz interpretiert werden, dass es diesen Männern wichtig war, von Anfang an eine Beziehung zu ihrem Kind aufzubauen und an der Entwicklung und Erziehung des Kindes beteiligt zu sein (Kap. 3.3.2.1 und 3.3.2.3.3, sowie Brisch, 2009 und Ecarius, 2011).

**ad 3 aus Tabelle 2: Die vier Vatertypen gemäß der Studie aus 2005  
(Kap.3.3.2.3.3)**

- a) Der begeisternde Vater: Er will mit seinen Kindern gemeinsam Dinge erleben und tun.
- b) Der einfühlende, empathische Vater: Er ist besonders feinfühlig, er achtet auf die Bedürfnisse des Kindes, gemäß dem Entwicklungsstand.
- c) Der bodenständige, realitätsbezogene Vater: Er ist verlässlich, ruhig und geduldig, er gibt Sicherheit.
- d) Der kreative Vater: Er ist neugierig auf die Entwicklung seiner Kinder, er ist vielseitig und spielerisch.

Ankerbeispiele:

- ad a) Herr D geht mit der Tochter alleine Radfahren und Schifahren, bastelt mit ihr.
- ad b) Herr B wartet auf das Signal von Bea zu Aufklärung.
- ad c) Herr A kämpft um die Töchter in der Scheidung, damit sie wissen, er gibt sie nicht auf.
- ad d) Herr B ist neugierig, welche Talente Bea entwickelt.

Die vier Vatertypen sind das Ergebnis einer Studie, die untersucht hat, wie gute Vater-Kind-Beziehungen auf der Handlungsebene zum Ausdruck kommen können. In den ausgewählten Textstellen der Erzählungen bedeuten die Buchstaben in Klammern die Zuordnungen zum jeweiligen Vatertyp.

Herr D: *„Ähm, ja also zum Beispiel ich war es, der mit meiner Tochter Schifahren gegangen ist, weil das ist also so in den anderen Teilen der Familie nicht sehr populär, [...] ich habe ihr das Fahrradfahren beigebracht, [...] naja, wir haben uns zusammen einen Kratzbaum für unsere Katze gebaut, also das hat schon sehr geeint, [...] war sehr lustig. Nein, es gibt, es gibt immer wieder Dinge, die ich mit der Tochter gemeinsam mache und wo halt nur wir zwei sind (a). Was zum Beispiel absolut uns gehört, das ist (hustet) das morgendliche in die Schule fahren (b). Also für mich ist die Definition: der Vater ist also der, der die Windeln wechselt, und der ihr das Radfahren beibringt, und*

(hustet) *der sie in der Früh in den Kindergarten oder dann später in die Schule bringt und solche Sachen ja (a,b).*

Herr B: *„[...] Ich glaube, das Gefühl dafür, was ein Kind verstehen kann, bekommt man vielleicht am besten, wenn man seinen Fragen zuhört. Also wenn sie anfängt Fragen zu stellen: ‚Woher kommen Kinder?‘ (b). Ich gehe oft und gern mit ihr in den Tierpark zum Beispiel (a), auch weil’s mich selbst interessiert und so, das hat mein Papa früher mit mir auch gemacht und ich hab´ mir vorgenommen – da ich´s von mir kenne, wie schön das war, dass ich viele dieser Dinge auch machen möchte, also Tierpark oder oder Winter – schlechtes Wetter irgendwelche Museen (a) hier, und so – Wien hat ja sehr viel zu bieten – und auch wenn sie das alles noch in dem jungen Alter noch nicht alles wirklich versteht, aber ich möchte einfach, dass sie Vielfalt sieht (a) und ich bin mal gespannt, wie sie dann damit einmal umgeht, in welche Richtung sich ihre Interessen entwickeln (d) ob das Natur ist oder Kunst, Musik das ist ganz egal, sie soll das machen, was ihr liegt aber ich bin mal gespannt, wie sich das, wie sich das ergibt.“*

Herr A: *„Aber ich bin dann auch zu diesem Schluss gekommen, weil es sind meine Kinder, und ich, im Endeffekt habe ich auch die Verpflichtung meinen Kindern gegenüber auch zu sagen, ich, ich hab euch nicht aufgegeben, ich hab euch nicht verloren und ich ähm, ich ähm versuche einfach, aus dieser schwierigen Situation ähm, versuche ich es irgendwie klarzustellen, dass ich auch noch da bin, dass ich euer Vater bin [...] (c).“* Ergänzend sei hier erwähnt, dass sich Herr A zum Zeitpunkt des Interviews in Scheidung befindet. Obwohl er selbst dadurch sehr verunsichert ist, vermittelt er seinen Töchtern durch sein Verhalten Sicherheit.

### **Zusammenfassung:**

Die obigen Textstellen stellen eine Selektion dar. So lässt sich bei Herrn D hinsichtlich der Feinfühligkeit gegenüber dem Kind (Brisch, 2009, Kap.3.3.2.1) ein ähnliches Verhalten erkennen wie bei Herrn B, auch in der Frage der Aufklärung über HI. Insgesamt lässt sich eine eindeutige Zuordnung aller drei Väter zum „Vater als

Erzieher“ – mit dem Kind etwas tun und für das Kind etwas tun – feststellen.  
(Fthenakis, 2001).

#### **ad 4 aus Tabelle 2: Die asymmetrische Triade**

Ankerbeispiel Herr A: Die Frau gab ihm manchmal das Gefühl, ein second hand-Vater zu sein.

Das Ja zum Kind, die bewusste Auseinandersetzung mit der Schwangerschaft, die Präsenz bei der Geburt, die gemeinsame Zeit mit dem Kind – all diese Dinge helfen, die asymmetrische Triade zu bewältigen. Dieses Thema ist, wie in Kapitel 4.3. beschrieben, eines der beiden Hauptthemen – bereits bei der Entscheidungsfindung. Was in dieser Phase allerdings noch fehlt, ist die praktische Erfahrung mit Bewältigungsstrategien, die die Tatsache „nur“ sozialer Vater zu sein und der „biologisch-sozialen Doppelnatur der Elternschaft“ (Ecarius, 2011) nicht zu entsprechen, weitgehend in den Hintergrund geraten lassen. Im Alltag scheint dies gut zu gelingen, treten allerdings Probleme auf, kann das Gefühl der „Minderwertigkeit“ aktualisiert werden und im Extremfall zu einer Retraumatisierung führen. Der Selbstwert, die Identität als Mann und als Vater, der Platz in der Familie kann dadurch gefährdet sein.

Herr A beschreibt die Phase der Familiengründung, die naturgemäß eine große Umstellung bedeutet, sich aber in dieser Konstellation noch etwas schwieriger gestaltet: *„[...] Also für den sozialen Vater ist es eine schwierige Phase, aber auch für die, für die leibliche Mutter natürlich ähm, die, dieses Zusammenspiel also, wie funktioniert so eine Gemeinschaft sozusagen, wie wie geht man damit um? [...] Also meine Frau hat schon öfters so kleinere Anmerkungen gemacht, wo dann schon klar war, dass ich eigentlich so ein – ich sag´ mal so ein second hand oder 2B Papa bin, ähm also das war noch während der Ehe, als die Ehe noch aufrecht war, also es gab so Kleinigkeiten, vielleicht habe ich das auch überinterpretiert und nicht äh ... vielleicht bin ich da einfach sensibler für manche Sachen [...]. Ich hab's schon gesagt, habe ich überhaupt das Recht dazu, so zu reagieren, darf ich als als sozialer Vater in Führungszeichen als „nur“ sozialer Vater, darf ich so was überhaupt machen, darf ich überhaupt sagen, ich möchte*

*das alleinige Sorgerecht haben? Das ist schon eine wichtige ... und da, da habe ich mich schon sehr intensiv damit auseinandergesetzt, aber ich weiß, also ich bin, ich bin der Vater meiner Kinder. Also ich, das ist bei mir, das weiß ich, das ist so in mir drin, ja das ist so. Da habe ich keinen ... das ist so, ich hab', ich hab' das ja auch ... ich habe das auch lernen müssen, ja, das ist ein Prozess irgendwie.“*

### **Zusammenfassung:**

Herr A hat es geschafft, sich seine Kompetenz, seinen Platz im sozialen Leben zu sichern, zurückzuerobern, sich neu „zusammenzusetzen“, indem er aus anderen Teil-Selbsten (Bilden, 1997, Kap. 3.3.2.3.1) Ressourcen schöpfte.

Bei Frau C zeigt sich diese Problematik gänzlich anders. Es ist auffallend, dass sie wiederholt die Erzählung von Cäsar auf Chris lenkt. Chris ist der Pflegesohn, bei ihm ist die Triade symmetrisch, beide Elternteile sind nicht verwandt.

Bei den Ehepaaren B und D finden sich keine entsprechenden Stellen, die Rolle als Vater war nie in Frage gestellt, die asymmetrische Triade war (ist) kein Thema – entgegen den Befürchtungen wie in 4.3 beschrieben.

### **Ergänzungen**

Bei der Bearbeitung der Interviews fanden sich zwei Themenbereiche, die wiederholt angesprochen wurden, aber für eine Kategorienbildung nicht ausreichten.

#### **Der Samenspender**

Er ist allgegenwärtig durch die Präsenz des Kindes, das Erzählen der HI-Geschichte, das Hinterfragen von Ähnlichkeiten und Besonderheiten des Kindes uvm..

Herr A erwähnt ihn, meint jedoch, dass er für sein Leben nicht wichtig ist. Frau B meint, dass der Spender, da sie nichts von ihm weiß und auch nichts über ihn zu wissen braucht, für sie nicht relevant ist. Sie sagt, man sollte sich nicht zu viele

Gedanken über ihn machen. Herr B denkt an die Zukunft und spricht davon, dass es sein könnte, dass Bea den Spender kennenlernen möchte. Er schließt diese Möglichkeit auch für sich selbst nicht aus. Sollte der Spender dazu bereit sein, möchte er sich bei ihm für den wunderbaren Menschen bedanken, der dabei entstanden ist. In Gedanken hat er dies schon öfter getan. Frau C sagt, dass der Samenspender keine Qualifikation als Vater hat, er war der Spender, darauf beschränkt sich ihrer Meinung nach seine Funktion. Frau D erwähnt den Spender im Zusammenhang mit einer möglichen medizinischen Hilfe, die die Tochter vielleicht einmal brauchen könnte. Für Herrn D ist der Spender kein Thema, zumal er nicht direkt mit ihm zu tun hat. Einmal war er wütend auf ihn, weil er für Danny ein Geschwisterkind haben wollte und der Spender nicht dazu bereit war.

Ergänzend sei hier erwähnt, dass vor allem in den letzten zwei Jahren immer wieder Anfragen von Paaren kommen, die den Spender zumindest einmal persönlich treffen möchten. Auch im Zusammenhang mit Eizellenspenden existieren derartige Anfragen. Inzwischen haben sich Internetforen gebildet, über die eine Kontaktaufnahme möglich ist.

### Öffentlichkeit und Lobby

Herr A meint, dass in den USA alles viel einfacher ist, da sich viele prominente Paare offen zu alternativen Familienformen und Wegen der Reproduktion bekennen. Frau B gibt an, dass eine Lobby zur Normalisierung beitragen und Aufklärungsarbeit leisten könnte. Auch Herr B hätte Interesse an einer entsprechenden Lobby. Er beklagt den öffentlichen Diskurs zu diesem Thema, meint, dass assistierte Reproduktion verzerrt dargestellt wird, abschreckend, schmerzhaft und teuer. Es werden Paare gezeigt, von denen selbst er als Betroffener den Eindruck hat, dass sie verkrampft und fixiert sind und keine Alternativen im Leben sehen. Das Thema HI kommt seines Erachtens so gut wie nie vor, und wenn, dann nur im Zusammenhang mit homosexuellen Paaren. Frau C wünscht sich mehr Aufklärungsarbeit darüber, dass die Spender untersucht und ausgewählt werden, und dass Genetik weniger Einfluss hat, als über lange Zeit angenommen wurde.

## 5. Kritik, Selbstreflexion

Wenn ich meine eigene Herangehensweise an die vorliegende Arbeit reflektiere, muss ich feststellen, dass die dichten und ausführlichen Erzählungen der InterviewpartnerInnen mich dazu veranlasst haben, (vielleicht) zu wenig explorativ in den Interviews vorzugehen. Bei der Bearbeitung der narrativen Texte ist mir aufgefallen, dass die empathische Psychotherapeutin in manchen Phasen die Forscherin in den Hintergrund gedrängt hat. Aufgrund meiner psychotherapeutischen Erfahrung war mir bewusst, wie sehr die Themenkomplexe Identität und Fruchtbarkeit Selbstzweifel oder Selbstvorwürfe generieren können. Berufsethische Gründe verhinderten daher möglicherweise, dass die Thematik mehr Tiefe erlangen konnte.

Ein weiterer Kritikpunkt ist meines Erachtens, dass das Thema „Selbstbild von Inseminationsfamilien“ ein mir persönlich sehr nahe gehendes ist, und dies dazu geführt hat, dass ich immer wieder „eintauchte“, mich in weiter führenden Fragestellungen verlor und es mir dadurch schwer fiel, die Arbeit auf die Forschungsfrage zu reduzieren. Epigenetik, Familiengeheimnisse, Konstruktionismus und Konstruktivismus waren Themen, die ich „zurücklassen“ musste.

Die sechs vorhandenen und ausgewerteten Interviews geben Auskunft über vier Familiensituationen. Trotzdem hätte ich gerne weitere Personen interviewt, um ein noch vielfältigeres Bild zu erhalten. Ich denke, dass es vielleicht doch möglich gewesen wäre, über andere Institute entsprechende Kontakte herzustellen und bedaure nachträglich meine Zurückhaltung.

Erste Analysen der transkribierten Interviews lösten in mir den Impuls aus, meine Interviewpartnerinnen und -partner zu einem zweiten, kurzen Interview einzuladen. Zum einen hätte ein zweites Gespräch Gelegenheit geboten, Versäumnisse nachzuholen, zum anderen hatte ich den Eindruck, dass das Interview in den befragten Personen nachwirkte und vielleicht auch Veränderungen oder andere Sichtweisen ermöglichte. Aus heutiger Sicht würde ich einen Folgetermin auf jeden Fall für sinnvoll erachten, weil dadurch ein Prozess beobachtet werden könnte.

## 6. Interpretation

Ziel dieser Arbeit und zentrales Erkenntnisinteresse war, sich der Identität von Inseminationsfamilien und dem Selbstbild der Väter in diesen Familien anzunähern.

Identität generiert sich über das Selbstbild – wie sehe ich mich – in Wechselwirkung mit dem Fremdbild – wie sehen mich die anderen. Fremdbilder entstehen aufgrund von Rückmeldungen, erlebten Reaktionen und Annahmen. Erfahrungen, Erfolge und Misserfolge werden zur Identitätsbildung herangezogen. Jede Veränderung der Lebenssituation wirkt sich auf die Identität und in besonderem Maße auf Teil-Identitäten aus (Bilden, 1997, Kap.3.3.2.3.1). Davon ausgehend war hinsichtlich der vorliegenden Untersuchung zu erwarten, dass in den Geschichten von Kinderwunschaaren deren Familienidentität, bei einer erfolgten HI vor allem aber die Vateridentitäten zum Ausdruck kommen.

Diese Studie ging davon aus, dass die folgenden vier Faktoren meist verhindern, dass der besonderen Belastung des Mannes, seiner psychischen Verletzung und seinem Selbstwertproblem genug Raum und Zeit gegeben werden:

- ♣ Frauen leiden generell mehr unter Kinderlosigkeit als Männer (Henning, Strauß, 2000, Kap.3.1.1.5.2.3).
- ♣ Kinderlosigkeit wird medizinisch über die Frau „behandelt“ (3.1.1.5.1), sie ist demnach in weit größerem Ausmaß medizinischen Eingriffen ausgesetzt – abgesehen von wenigen Ausnahmen (MESA, TESE), wo auch der Mann einer Operation unterzogen wird (3.2.1.2.2).
- ♣ Männer neigen dazu, emotionale, psychische Probleme eher zu verdrängen (Thorn, 2008, Kap.3.1.1.5.2.3).
- ♣ Der Alltagsstress, die Veränderung des Zusammenlebens und der beruflichen Situation führen oft zu einer Verdrängung von individuellen Gefühlen und Bedürfnissen.

Wie elementar die Selbstfindung für HI-Väter ist und wie sehr die Bedeutung dieses Prozesses unterschätzt wird, zeigt sich daran, dass fünf von sechs interviewten Personen das Selbstbild des Mannes und die damit verbundene Problematik ausführlich thematisiert haben. Die sechste Person, Frau B, sprach von ihren eigenen Ängsten. Vor allem die Frage, (Unterfrage f, Kap.4.2), was HI-Eltern einem Paar raten würden, das sich jetzt in der Entscheidungsphase befindet, wurde von den InterviewpartnerInnen für dementsprechende Reflexionen genutzt. Die in Kap. 3.3.2.3.3 vorgestellte Studie aus dem Jahr 2005 zeigt eine positive Korrelation zwischen „guter Vaterschaft“ und einer stabilen männlichen Identität auf. In dieser Studie wurden ausschließlich genetische Väter untersucht. Die HI-Väter, die in der vorliegenden Untersuchung befragt wurden, konnten alle trotz „verletzter Männlichkeit“ den vier Grundtypen einer „guten Vaterschaft“ (Ballnik, 2005, Kap. 3.3.2.3.3) zugeordnet werden. Aufgrund dieser Ergebnisse kann vermutet werden, dass sich soziale Väter bewusster mit ihrer Rolle auseinandersetzen (müssen), dass die Verletzung ihrer Identität als Mann aufgrund der Zeugungsunfähigkeit zu einer konstruktiven Auseinandersetzung mit ihrer Identität als Vater führt oder zumindest führen kann. Auch die befragten Frauen ließen diese Schlussfolgerung zu, wie vor allem aus der Kategorie I, 5 hervorgeht.

Identitätsbildung kann jedoch nicht außerhalb der Gesellschaft und ihrer Normen, nicht unabhängig von kulturellen Werten stattfinden. Die Geschichte der Familie in unserem Kulturraum, tradierte Vorstellungen, Mythen und Archetypen (Ballnik, 2005, Kap.3.3.2.3.3) haben wesentlichen Einfluss auf die Selbstwahrnehmung. Das tradierte Bild von Familie ist nach wie vor das der Kernfamilie, der „Normalfamilie“, einer biologisch-sozialen Doppelnatur der Elternschaft (Ecarius, 2011, Kap. 3.3.1.5). Das ist der Maßstab und es zeigt sich deutlich, dass die interviewten Personen bestrebt waren, diesem Bild zu entsprechen. Dies ist umso verständlicher, als die Erreichung des Zieles „Familie“ für diese Eltern nur durch großen Aufwand möglich war, und durch nichts unnötig gefährdet werden soll (Maslow, 2010, Kap.3.1.1.3.4). Die Sorge, das Kind und die Familie einem sozialen Stigma auszusetzen ist groß, denn auch dies ist eine Tradition: Anderssein kann Ausgrenzung bedeuten (Ziss,1994. Kap.3.3.3). Nicht unwesentlich ist in diesem Zusammenhang der Umstand, dass HI lange einer außerehelichen Affäre gleichgesetzt wurde (zumindest

in Deutschland), und drei interviewte Personen erwähnten den Begriff „Kuckuckskinder“, um sich deutlich davon abzugrenzen. Familie wurde im Laufe der Geschichte verschiedentlich definiert (Mitterauer, 2009, Ecarius, 2011, Kap.3.3.2.3.4). Über das Erscheinungsbild nach außen und im Alltag definieren sich Inseminationsfamilien mehrheitlich als „Normalfamilien“, Herr D hat dies sogar wörtlich ausgesprochen (Peuckert, 2008, Kap.3.3.1.5). Dennoch existiert in Inseminationsfamilien ein innerer Widerspruch, das Wissen darum, dass sie „anders“ sind (vgl. Rech-Simon, 2010, Kap.3.3.2.2). Wie die befragten Familien damit umgehen, ist unterschiedlich. Als Gemeinsamkeit lässt sich jedoch feststellen, dass sie sich über das Zugehörigkeits- und Verantwortungsgefühl definieren, über die Liebe zum Kind und das Vertrauen in die eigene elterliche Fähigkeit (vgl. Winkler, 2012, Kap. 3.3.2.3.4).

Je mehr die Teil-Identität „Familie“ über das Fremdbild – was denken die anderen über mich (uns), bzw. was glaube ich, dass die anderen über mich (uns) denken – definiert wird, desto größer ist die Gefahr der Unsicherheit. Inseminationsfamilien sind besonders gefordert, ein sicheres „Nest“ zu schaffen, ein starkes „Wir-Gefühl“ zu entwickeln, Geborgenheit zu vermitteln und in ihrer Erziehung auf Toleranz zu achten. Eine stabile Familienidentität setzt jedoch auch Offenheit und Authentizität voraus. Dies führt wiederum zur Thematik, wie die Entstehungsgeschichte der Familie kommuniziert wird. Je früher das Kind die Wahrheit erfährt – wie ExpertInnen empfehlen (Thorn, 2008, Kap.3.3.3) – desto besser kann zwar das Kind das Wissen integrieren, desto größer ist aber auch die Gefahr, dass dieses Wissen nach außen getragen wird. Eine mögliche gesellschaftliche Stigmatisierung kann Auswirkungen auf die ganze Familie haben. Zusammenhalt und ein selbstsicheres Auftreten ist daher besonders wichtig. Mit dem Älterwerden des Kindes minimiert sich die Wahrscheinlichkeit, dass Außenstehende ungewollt von der Tatsache erfahren, hingegen erhöht sich das Risiko einer Erschütterung der Stabilität oder gar eines Bruchs in der Eltern-Kind-Bindung. Das innere Bild von Familie wird für Kinder mit zunehmendem Alter stabiler, erfährt aber zumindest eine Veränderung durch die Aufklärungssituation. Gelebte Toleranz, Wertschätzung und eine möglichst sichere Bindung ermöglichen dem Kind, sich nicht auf genetische Merkmale reduziert

wahrzunehmen (Winkler, 2012, Kap.3.3.2.3.4). Nicht genetisch verwandte Familienmitglieder dürfen dann auf andere Weise in der Person des Kindes weiterleben: durch Verhaltensmerkmale, vermittelte Werte, die (nicht genealogische) Familiengeschichte, Traditionen und überlieferte, innerfamiliäre Riten (Mitterauer, 2009, Kap.3.3.2.3.4). Mit dem Älterwerden des Kindes steigt auch die Sorge der Eltern, dass die Wahrheit unter anderen Umständen, z.B. im Zusammenhang mit einer Lebenskrise erfahren wird. Eine der InterviewpartnerInnen sprach von der Befürchtung, dass eine Erkrankung der eigenen Person oder eines – vermeintlich – verwandten Familienmitgliedes, bei der es auf die Genetik (z.B. bei Organspende) ankommt, zur unfreiwilligen Aufklärung führen könnte. Diese Gefahr ist zwar gering, sollte aber dennoch ausgeschlossen werden können. Das Trilemma der Wahrheit existiert – wie die narrativen Interviews ergeben haben – für die meisten der befragten Familien. Nur ein Elternpaar hat die Tochter bereits informiert, ein zweites Paar plant die Aufklärung noch vor dem Schuleintritt. Eine Person will die Kinder zwar aufklären, ist sich jedoch über den Zeitpunkt noch nicht im klaren, und eine Person plant nicht, das Kind je aufzuklären. De facto gibt es keine richtigen oder falschen Umgangsweisen mit diesem Thema und keinesfalls eine Garantie dafür, dass die gewählte Vorgangsweise zum erwarteten und erwünschten Resultat führt. Authentizität und Kongruenz können trotzdem als wesentliche Faktoren für eine tragfähige Eltern-Kind-Beziehung in Inseminationsfamilien erachtet werden, wobei es wichtig ist, dass die Eltern offen für die Signale des Kindes sind um darauf mit Feinfühligkeit und adäquat reagieren zu können (Brisch, 2009, Kap. 3.3.2.1).

## **7. Ausblicke**

Neben der „Eigenleistung“ der Betroffenen, sich mit Klischees und tradierten Rollenbildern auseinanderzusetzen und einen individuellen Weg zu finden, erkenne ich durchaus auch einen gesellschaftspolitischen Auftrag. Die Existenz unehelicher oder mit Spendersamen gezeugter Kinder ist zugleich Anlass für Vorurteile (Ziss, 1994, Kap.3.3.3) aber auch für eine mögliche Veränderung (Hareven, 1996 und Winkler, 2012, Kap.3.3.3). Zwar dauern solche Veränderungsprozesse mitunter sehr lange – trotz

der rasanten Veränderungsprozesse in der Postmoderne (Kap.3.3.1.5 und 3.3.2.3.4) entwickeln sie sich im Hinblick auf individuelle Problematiken zu langsam – doch darf erwartet werden, dass die gesellschaftliche Akzeptanz wächst. Immer mehr Familien, die nicht der Norm entsprechen, tragen dazu bei, dass Reflexion stattfinden kann und muss. Bereits die Information darüber, dass Veränderungen von Familienformen keine Erfindung des 20. oder 21. Jahrhunderts sind, sondern immer schon stattgefunden haben (Kap.3.3.1), könnte ein Impuls zu mehr Toleranz sein. Die Betroffenen bedauern die mangelnde bzw. verzerrende Darstellung assistierter Reproduktion in den Medien (Kap.4.5) und wünschen sich eine Lobby. Analog zu anderen Minderheiten sind jedoch in erster Linie sie selbst aufgerufen, ihre Interessen zu formulieren und öffentlich zu machen um „MitstreiterInnen“ zu aktivieren. Was diese Arbeit und ihre Folgen für die Praxis betrifft, so kann ich mir vorstellen, dass ich noch einmal – wahrscheinlich in anderer Form als 1993 – aktiv werde mit dem Ziel, dass sich irgendwann die Frage nach einem Dilemma oder gar Trilemma gar nicht mehr stellt. Dies ist dann der Fall, wenn Einfältigkeit durch Vielfältigkeit ersetzt wird.

Die mehrmals zitierte Studie aus dem Jahr 2005 erarbeitete Kriterien gelungener Vaterschaft. Es wäre nun interessant, Vergleichsstudien mit Familien mit asymmetrischer Triade, beziehungsweise ohne leibliche Verwandtschaft zum Kind anzustellen. Die vorliegende Arbeit zeigt auf, dass sich HI-Väter sehr bewusst mit ihrer Vaterrolle auseinandersetzen, und legt die Vermutung nahe, dass der (in diesem Fall unfreiwillige) Verzicht auf biologistische Argumentationen mehr Spielraum für individuelle Lösungsideen schaffen kann, dass er mehr Kreativität in der Interpretation von Rollenfunktionen bewirkt. Eine größere Anzahl an entsprechenden Forschungen könnte diese „anderen“ Aspekte gelingenden Familienlebens aufzeigen und damit dazu beitragen, dass flexible Denkprozesse starre Denkmuster ablösen.

## Anhang

### Fachausdrücke und Abkürzungen

<b>agnatisch</b>	„nachgeboren“, die männliche Ahnenlinie betreffend
<b>assistierte Reproduktion</b>	Summe aller medizinischen Fortpflanzungs-Unterstützungen (Insemination, IVF, ICSI, u.a.)
<b>Azoospermie</b>	völliges Fehlen von Spermien in der Samenflüssigkeit
<b>Befruchtung</b>	Vereinigung von Ei- und Spermienzelle
<b>Chromosom</b>	Träger der genetischen Information
<b>Compliance</b>	Einverständnis, in diesem Zusammenhang: Mitarbeit
<b>Dialektik</b>	gegensätzliche Behauptungen: These und Antithese werden in Frage gestellt, um in der Synthese beider Positionen eine Erkenntnis höherer Art zu gewinnen
<b>Dyade</b>	Paarverhältnis
<b>Ejakulat</b>	Samenflüssigkeit
<b>familia</b>	lat.: „Hausgemeinschaft“
<b>famulus</b>	lat.: der Diener
<b>Fertilität</b>	Fruchtbarkeit
<b>Follikel</b>	Eibläschen
<b>Gender</b>	soziales Geschlecht
<b>genealogisch</b>	die Ahnenforschung betreffend
<b>gr.</b>	griechisch
<b>Heterologe Insemination (HI)</b>	Insemination mit Spendersamen =
<b>Donorinsemination (DI)</b>	„ =
<b>Insemination of Donor (AID)</b>	„
<b>Homologe Insemination</b>	Insemination mit dem Samen des Partners
<b>Insemination</b>	die Befruchtung einer Eizelle auf andere Weise als durch Geschlechtsverkehr
<b>Intrauterine Insemination (IUI)</b>	Einbringung der Samenflüssigkeit in die Gebärmutter (zum Zeitpunkt der Ovulation)

<b>Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)</b>	dabei wird unter einem hochauflösenden Mikroskop mittels einer Pipette ein einzelner Samenfaden direkt in eine Eizelle eingebracht
<b>in vitro</b>	außerhalb des Körpers, „im Glas“
<b>Karyotyp</b>	Anzahl und Form der im Zellkern vorhandenen Chromosomen
<b>Klinefelter Syndrom</b>	Trisomie des Geschlechtschromosoms. Karyotyp meist 47, XXY
<b>kognatisch</b>	die weibliche Ahnenlinie betreffend
<b>lat.</b>	lateinisch
<b>Matriarchat</b>	lat., gr.: „am Anfang die Mutter“, arche = Urbeginn, Anfang; Gesellschaftssystem, in dem die Frau im Mittelpunkt steht
<b>matrizentrisch</b>	„im Mittelpunkt die Mutter“
<b>MESA Micro Epididymal Sperm Aspiration</b>	Nebenhodenbiopsie
<b>Motilität</b>	Beweglichkeit
<b>Morphologie</b>	Gestalt
<b>Monitoring</b>	Überwachung, Überprüfung, Kontrolle
<b>ontogenetisch</b>	die Entwicklung des Individuums betreffend (von der Eizelle bis zum differenzierten Organismus)
<b>Ovulation</b>	Eibläschensprung
<b>patria potestas</b>	lat.: väterliche Gewalt
<b>Patriarchat</b>	lat., gr.: Gesellschaftsform mit bevorzugter Stellung des Mannes in Staat, Familie und Erbfolge
<b>perseverieren</b>	pathologisch häufiges Wiederholen (sprachlich, sensorisch oder motorisch)
<b>Petrischale</b>	Reagenzglas mit Abdeckung
<b>phylogenetisch</b>	die Entwicklung der Spezies, der Art, betreffend
<b>Präimplantationsdiagnostik (PID)</b>	genetische Untersuchung des Embryos, meist im Achtzellstadium
<b>Punktion</b>	Entnahme von Flüssigkeit aus Körperhöhlen durch Einstich mit Hohlnadeln

<b>Radikale Akzeptanz</b>	ein Begriff aus der Dialektisch Behavioralen Therapie (DBT), gemeint ist das Akzeptieren nicht veränderbarer Realitäten
<b>response</b>	lat., eng.: Antwort; durch einen Reiz ausgelöstes, bestimmtes Verhalten
<b>Spermiogramm</b>	Untersuchungsbefund der Samenflüssigkeit
<b>Sterilität</b>	Unfruchtbarkeit, ohne Keime
<b>Stimulus</b>	Reiz, Einwirkung auf die Sinneszelle
<b>TESE Testicular Sperm Exstraction</b>	Hodenbiopsie IVF (In-vitro-Fertilisation)
<b>Triade</b>	Dreizahl, Dreiheit
<b>Triangulierung</b>	Hinzutreten eines/einer Dritten zu einer Zweierbeziehung
<b>Trisomie</b>	dreifacher Chromosomensatz
<b>Uterus</b>	Gebärmutter
<b>Varikozele</b>	Krampfader am Hoden
<b>Vasektomie</b>	operative Entfernung eines Stückes des Samenleiters (zum Beispiel zur Sterilisation)
<b>WHO World Health Organization</b>	Weltgesundheitsorganisation

## Literaturverzeichnis

- Arnold, Wilhelm, Eysenck Jürgen, Meili Richard, (1988). Lexikon der Psychologie. Freiburg, Basel, Wien: Herder Verlag
- Badinter, Elisabeth, (1992, Neuausgabe). Die Mutterliebe. München, Zürich: Piper
- Ballnik, Peter, Martinetz, Elisabeth, Garbani Ballnik, Ornella, (2005). Lebenswelten Vater-Kind, positive Väterlichkeit und männliche Identität. Studie des BMSG, Verlagsort: Wien.
- Bernat, Erwin, (1995). Das Recht der Fortpflanzungsmedizin 1995: Ein Dreiländervergleich (Deutschland, Österreich, Schweiz). In Franz H.Fischl (Hg.), Kinderwunsch (S. 251 – 263). Purkersdorf bei Wien: Krause & Pachernegg GmbH, Verlag für Medizin und Wirtschaft
- Bernat, Erwin, (Hg.), (2000). Die Reproduktionsmedizin am Prüfstand von Recht und Ethik. Wien: MANZ'sche Verlags- und Universitätsbuchhandlung GmbH
- Bilden, Helga, (1997). Das Individuum – ein dynamisches System vielfältiger Teil-Selbste. In Heiner Keupp & Renate Höfer (Hg.), Identitätsarbeit heute (S. 227 – 249). Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Verlag
- Brähler, Elmar, Goldschmidt, Susanne, (Hg.), (1998). Psychosoziale Aspekte von Fruchtbarkeitsstörungen. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber
- Carl, Christine, (2002). Leben ohne Kinder. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag
- Ciampi, Luc, (1999). Die emotionalen Grundlagen des Denkens. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
- Daniels, Ken R., (2002). Donor Insemination. ESHRE Monographs, June 2002, S. 31 - 32
- Damasch Frank, Metzger Hans-Geert, Teising, Martin, (Hg.), (2009). Männliche Identität, Psychoanalytische Erkundungen. Frankfurt am Main: Brandes & Apsel Verlag
- Das Fremdwörterbuch (Duden, Band 5), (1982). Mannheim, Wien, Zürich: Bibliographisches Institut
- Der Fischer Weltalmanach 2001, (2000). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag GmbH

Der Neue Fischer Weltalmanach 2011, (2010). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag GmbH

Der Neue Fischer Weltalmanach 2012, (2011). Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag GmbH

Die Chronik der Frauen, (1992). Kuhn, Annette (Hg.). Dortmund: Chronik Verlag

Die Heilige Schrift, (1980). Aschaffenburg: Paul Patloch Verlag

Die Presse – Printausgabe vom 09.01.2011

dtv-Atlas zur Weltgeschichte Band 1, (1965). Kinder, Hermann, Hilgemann, Werner (Hg.). München: Deutscher Taschenbuch Verlag GmbH & Co., KG

Ecarius, Jutta, Köbel, Nils, Wahl, Katrin, (2011). Familie, Erziehung und Sozialisation, Band 2. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften

Eikelpasch Rolf, Rademacher Claudia, (2010). Identität. Bielefeld: transcript Verlag

Färber, Klaus, (2001). Spermienaufbereitung und Abklärung männlicher Infertilität. Journal für Fertilität und Reproduktion, Bd.11 (2), S. 44 – 45.

Fiegl, Jutta, (2008). Unerfüllter Kinderwunsch. München: FinanzBuch Verlag, GmbH

Filipp, Sigrun-Heide, (Hg.), (1995). Kritische Lebensereignisse. München: Verlag Urban & Schwarzenberg

Fischl, Franz H., (1995). Kinderwunsch. Purkersdorf bei Wien: Krause & Pachernegg GmbH, Verlag für Medizin und Wirtschaft

Fischl, Franz H., (2000). Unerfüllter Kinderwunsch – unabwendbares Schicksal oder positive Herausforderung? Gablitz, Niederösterreich: Krause & Pachernegg GmbH, Verlag für Medizin und Wirtschaft

Fortpflanzungsmedizingesetz – FMedG , BGBl. Nr. 275/ 1992 in der Fassung vom 19.09.2011

Fthenakis, Wassilios E., Minsel, Beate, (2001). Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, (Hg.).Die Rolle des Vaters in der Familie. München

Gergen, Kenneth J., Gergen, Mary, (2009). Einführung in den sozialen Konstruktivismus. heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.

Gestrich, Andreas, Krause, Jens – Uwe, Mitterauer, Michael, (2003). Geschichte der Familie. Stuttgart: Kröner

Gewebesicherheitsgesetz –GSG, 49.Bundesgesetz, ausgegeben am 19. März 2008

Guttman, Giselher, (1982). Lehrbuch der Neuropsychologie. Bern, Stuttgart, Wien:

- Verlag Huber
- Hareven, Tamara K., Mitterauer, Michael, (1996). Entwicklungstendenzen der Familie.  
Wien: Picus Verlag
- Henning, Kathrin, Strauß, Bernhard, (2000). Psychologische und psychosomatische Aspekte der ungewollten Kinderlosigkeit: Zum Stand der Forschung. In Bernhard Strauß (Hg.). Ungewollte Kinderlosigkeit. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe – Verlag
- Huber, Johannes C., (1995). Begriffsbestimmung und Pathogenese Sterilität – Infertilität. In Franz H. Fischl, Kinderwunsch. (S. 45 – 55) Purkersdorf bei Wien: Krause & Pachernegg GmbH, Verlag für Medizin und Wirtschaft
- IVF-Fonds-Gesetz, 180. Bundesgesetz, mit dem ein Fond zur Finanzierung der In-vitro-Fertilisation eingerichtet wird, ausgegeben am 19. August 1999.
- IVF – Register, Jahresbericht 2010, ÖBIG (Hg.), i.A. des BM für Gesundheit
- Kast, Verena, (2011). Der schöpferische Sprung. Ostfildern: Patmos Verlag der Schwabenverlag AG
- Katzorke, Thomas, (2008). Entstehung und Entwicklung der Spendersamenbehandlung in Deutschland. Reproduktionsmedizin und Endokrinologie, Bd. 5, S. 14 - 20
- Keupp, Heiner et al., (2002). Identitätskonstruktionen. 2.Auflage, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuchverlag.
- Keupp, Heiner, Höfer, Renate, (1997). Identitätsarbeit heute. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag
- Kluge, Friedrich, (2002). Etymologisches Wörterbuch. 24. Auflage, Berlin/New York: de Gruyter
- Könnecke, Regina, Küchenhoff, Joachim, Riesbeck, Mathias, Ermel, Sabine & Schilling, Stefan, (1998). Kinderwunsch - Motive ungewollt kinderloser Männer. In Elmar Brähler & Susanne Goldschmidt (Hg.), (1998). Psychosoziale Aspekte von Fruchtbarkeitsstörungen (S. 163 – 187). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber
- Krappman, Lothar, (1997). Die Identitätsproblematik nach Erikson aus einer interaktionistischen Sicht. In Heiner Keupp & Renate Höfer (Hg.), Identitätsarbeit heute (S. 66 – 92). Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Verlag
- Kraus, Wolfgang, Mitscherlich, Beate, (1997). Abschied vom Großprojekt. In Heiner

- Keupp & Renate Höfer (Hg.), *Identitätsarbeit heute* (S. 149 – 173). Frankfurt am Main: Suhrkamp Taschenbuch Verlag
- Krause, Jens-Uwe, (2003). *Antike*. In Andreas Gestrich, Jens-Uwe Krause & Michael Mitterauer, *Geschichte der Familie*, (S. 21 –159). Stuttgart: Alfred Körner Verlag
- Maslow, Abraham H., (2010). *Motivation und Persönlichkeit*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch-Verlag
- Mayring, Philipp, (2002). *Qualitative Sozialforschung*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag
- Mitterauer, Michael, (1996). *Räume – Zeiten – Kommunikation*. In Tamara K.Hareven, Michael Mitterauer, *Entwicklungstendenzen der Familie*, (S. 39 – 78). Wien: Picus Verlag
- Mitterauer, Michael, (2003). *Mittelalter*. In Andreas Gestrich, Jens-Uwe Krause & Michael Mitterauer, *Geschichte der Familie*, (S. 160 – 363). Stuttgart: Alfred Körner Verlag
- Mitterauer, Michael, (2009). *Sozialgeschichte der Familie*. Band 1. Wien: Verlag Braumüller
- Olbrich, Erhard, (1995). *Normative Übergänge im menschlichen Lebenslauf: Entwicklungskrisen oder Herausforderung?* In Sigrun-Heide Filipp (Hg.), *Kritische Lebensereignisse* (S. 123 – 138). München: Verlag Urban & Schwarzenberg
- Onnen – Isemann, Corinna, (1998). *Ungewollte Kinderlosigkeit und ihre Auswirkungen auf die Ehebeziehung*. In Elmar Brähler und Susanne Goldschmidt (Hg.), *Psychosoziale Aspekte von Fruchtbarkeitsstörungen* (S. 10 – 27). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber
- Peuckert, Rüdiger, (2008). *Familienformen im sozialen Wandel*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Pöhler, Karin, Weiland, Grit, (1998). *Die Bedeutung sozialen Kompetenzerlebens und emotionaler Bindung für die Bewältigung von Fruchtbarkeitsstörungen*. In Elmar Brähler & Susanne Goldschmidt (Hg.), *Psychosoziale Aspekte von Fruchtbarkeitsstörungen* (S. 125 – 139). Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber
- Pschyrembel, Willibald, (1994). *Pschyrembel Klinisches Wörterbuch*. Berlin, New

- York: Walter de Gruyter
- Pschyrembel, Willibald, Strauss, Günter, Petri, Eckhatd, (Hg.), (1991). *Praktische Gynäkologie*. Berlin, New York: Walter de Gruyter
- Rech-Simon, Christel, Simon, Fritz, B., (2010). *Survival-Tipps für Adoptiveltern*. Heidelberg: Carl-Auer-Verlag GmbH
- Rieländer, Maximilian, (2000). *Die Funktion der Familie in der Sozialisation*. Unterlagen zu einem Seminar am Pädagogischen Institut der Technischen Hochschule Darmstadt. Download: 27.01.2012
- Quindeau, Ilka, (2009). Ein integratives Konzept von Männlichkeit. In Frank Dammasch, Hans-Geert Metzger & Martin Teising (Hg.), *Männliche Identität* (S. 131 – 150). Frankfurt am Main: Brandes & Apsel Verlag
- Spitzer, Dietmar, (1995). Stellenwert von Umwelteinflüssen und Umweltnoxen auf Sterilität und Infertilität. In Franz H. Fischl (Hg.), *Kinderwunsch* (S. 239 – 249). Purkersdorf bei Wien: Krause & Pachernegg GmbH, Verlag für Medizin und Wirtschaft
- Statistik Austria – Download: 04 04 2012, 20.18Uhr;  
[http://www.statistik.at/web\\_de/statistiken/bevoelkerung/geburten/022903.html](http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/geburten/022903.html)
- Stowasser, J.M., Petschenig, M., Skutsch, F., (2006). *Lateinisch-deutsches Schulwörterbuch*. München, Düsseldorf, Stuttgart: Oldenbourg Schulbuchverlag
- Strauß, Bernhard, (Hg.), (2000). *Ungewollte Kinderlosigkeit*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe-Verlag
- Thorn, Petra, (2008). *Familiengründung mit Samenspende*. Stuttgart: W.Kohlhammer GmbH
- Winkler, Michael, (2012). *Erziehung in der Familie*. Stuttgart: Verlag W.Kohlhammer GmbH
- Wischmann, Tewes, Stammer, Heike, (2001). *Der Traum vom eigenen Kind*. Stuttgart Berlin Köln: W. Kohlhammer GmbH
- Würfel, Wolfgang, (2007). *Methoden der assistierten Reproduktion bei andrologischen Indikationen*. *der mann*, Bd. 5, S. 4 - 11
- Ziss, Eva (Hg.), (1994). *Ziehkinder*. Wien, Köln, Weimar: Böhlau Verlag

## **Eigenständigkeitserklärung**

Hiermit bestätige ich durch meine Unterschrift, dass ich meine Master Thesis mit dem Titel „Selbstbild heterosexueller Inseminationsfamilien unter besonderer Berücksichtigung des Mannes in seiner Vaterrolle“ eigenständig verfasst habe. Ich bin damit einverstanden, dass die Master Thesis auf der Website der ARGE Bildungsmanagement Wien veröffentlicht wird.

Eveline Leitl

Wien, im August 2012