Elternschaft in Zeiten der Reproduktionsmedizin: Psychosoziale Aspekte beim Übergang zur Elternschaft



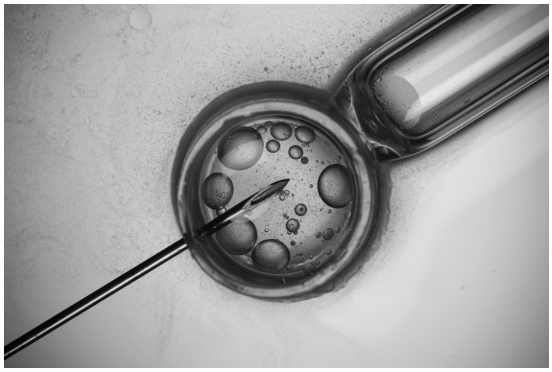
Dr. Birgit Mayer-Lewis

Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Staatsinstitut für Familienforschung an der Universität Bamberg

birgit.mayer-lewis@ifb.uni-bamberg.de

I. Gesellschaftliche Deutungsmuster im Wandel

Als Louise Joy Brown 1978 als erstes Baby nach erfolgreicher In-Vitro-Fertilisation (Befruchtung außerhalb des Körpers, auch ‚IVF' genannt) in England geboren wurde, feierte man dieses Ereignis nicht nur als große medizinische Sensation. Es stand in großem öffentlichem Interesse und wurde gleichermaßen von vielfältigen Bedenken, moralischen Einwänden und Anfeindungen begleitet. Auch wenn die damaligen Vorbehalte gegenüber der Erzeugung von ‚Retortenbabys' deutlich abgeschwächt und inzwischen einer eher Anteil nehmenden Haltung am Leid eines unerfüllten Kinderwunsches gewichen sind, bleibt es erforderlich, die Entwicklungen der modernen Reproduktionstechnologien vorausschauend und mit kritischem Blick zu begleiten. Zum Teil wird der natürlichen Zeugung eines Kindes noch heute die künstliche Befruchtung als ein ‚pathologisches', ja ‚widerwärtiges' Verfahren entgegengestellt.[1] Die modernen reproduktionsmedizinischen Entwicklungen wirken sich auf viele Ebenen der Gesellschaft aus und berühren existenzielle Fragestellungen des Menschseins. Gerade im Kontext reproduktionstechnischer Verfahren werden zentrale Fragen des Lebensbeginns, des Lebensschutzes und der Lebensqualität berührt und erfordern eine interdisziplinäre und umfassende Auseinandersetzung. Neben der Klärung ethischer und rechtlicher Perspektiven sind dabei auch die reziproken Entwicklungen in der gesellschaftlichen Deutung von Gesundheit und Krankheit, Körperlichkeit und Leiblichkeit, Elternschaft und Familie zu beachten. Inzwischen wurden in Deutschland fast eine viertel Million Kinder nach dem Einsatz von künstlicher Befruchtung geboren, weshalb auch zu fragen ist, mit welchen Herausforderungen Frauen und Männer beim Übergang zur Elternschaft im Kontext der Reproduktionsmedizin konfrontiert sind. Dies wird in diesem Beitrag fokussiert.



II. Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Unterstützung

In den letzten 38 Jahren haben sich die Verfahren der Reproduktionsmedizin rasant weiterentwickelt. Heute sind sie als medizinisches Angebot bei Fertilitätsstörungen etabliert. Seit der ersten Geburt nach IVF (in Deutschland 1982) sind inzwischen viele der in-vitro gezeugten Kinder erwachsen und zum Teil selbst Eltern geworden. Neue Verfahren der Befruchtung außerhalb des Mutterleibes, wie zum Beispiel die ‚Intracytoplasmatische Spermieninjektion' (ICSI)[2] sind hinzugekommen und immer mehr Familien gründen sich mit Hilfe von ‚Gametenspenden' (Samenspende, Embryonenspende oder die in Deutschland verbotene Eizellspende).

Weltweit suchen ca. 56 % aller Paare mit unerfülltem Kinderwunsch Hilfe in medizinischen Einrichtungen[3].

In Deutschland stehen 131 reproduktionsmedizinische Zentren zur Verfügung und jährlich werden in diesen Zentren über 80.000 reproduktionsmedizinische Behandlungszyklen mit Befruchtungen außerhalb des Organismus durchgeführt. Darüber hinaus finden Inseminationsbehandlungen statt, deren Anzahl nicht zentral dokumentiert wird.

Jährlich kommen circa 15.000 bis 17.000 Kinder nach künstlicher Befruchtung zur Welt, was aktuell einem Anteil von rund 2,5 % aller Geburten entspricht. Die Anzahl der Geburten nach Insemination mit Samenspende werden noch hinzugezählt und in Deutschland aktuell auf mindestens 1.000 Geburten pro Jahr geschätzt.

Diese Zahlen und Schätzungen zeigen deutlich, dass die Familiengründung im Kontext der Reproduktionsmedizin keine Randerscheinung mehr ist, sondern ein wichtiges Thema für viele Familien geworden ist und somit auch für Fachkräfte der familienbezogenen Erwachsenenbildung immer häufiger

[1] Vgl. etwa die 2014 im Rahmen der „Dresdner Reden" von Sibylle Lewitscharoff formulierten Äußerungen.

[2] Intracytoplasmatische Spermieninjektion: ein Verfahren der künstlichen Befruchtung, bei dem die Samenzelle in die Eizelle injiziert wird.

[3] Vgl. Boivin, J./Bunting, L./Collins, A./Nygren, K. G. (2007): International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: Potential need and demand for infertility medical care. In: Human Reproduction 22(6), S. 1506–1512.

relevant wird. Bei einer Familiengründung mit reproduktionsmedizinischer Assistenz entstehen Besonderheiten im Übergang zur Elternschaft. Auch im weiteren Verlauf des Familienlebens können die Eltern vor Herausforderungen stehen, bei deren Bewältigung kompetente Ansprechpartner/innen sehr hilfreich sein können.

Im Folgenden werden wichtige Aspekte beschrieben, die für den Übergang zur Elternschaft und die Gestaltung von Familienleben nach vorhergehender reproduktionsmedizinischer Behandlung in der familienbezogenen Erwachsenenbildung bedeutsam sind.

III. Übergang zur Elternschaft im Kontext der Reproduktionsmedizin

Der Übergang zur Elternschaft stellt allgemein eine zentrale Markierung im Lebenslauf von Erwachsenen dar und ist in der Regel mit enormen Lebensumstellungen und Veränderungen verbunden. Bei einer Familiengründung im Kontext der Reproduktionsmedizin sind zudem immer auch Dritte an der Zeugungsgeschichte des Kindes beteiligt, weswegen die werdenden Mütter und Väter zusätzliche Herausforderungen bewältigen müssen.

Erfüllt sich ein Kinderwunsch über einen längeren Zeitraum trotz regelmäßigen Geschlechtsverkehrs während der fruchtbaren Tage nicht, so fühlen sich viele Frauen und Männer stark verunsichert. Für die meisten Paare mit Kinderwunsch kommt die Erfahrung einer Fertilitätsstörung völlig unerwartet. Meist wird von einer uneingeschränkten Fertilität ausgegangen und Infertilitätsthemen werden eher tabuisiert. Diese Sichtweise scheint in unserer gesellschaftlichen Wahrnehmung fest verwurzelt. So fällt zum Beispiel an der einschlägigen Sexualaufklärung auf, dass ein starker Fokus auf die Verhütung von Schwangerschaften gelegt wird und die Aufklärung über den Fertilitätsverlauf, über Fertilitätsstörungen oder Infertilitätsthemen kaum ein Anliegen ist.[4] Auch andere Faktoren weisen darauf hin, dass wichtiges Fertilitätswissen – nicht zuletzt die Tatsache, dass die natürliche Fruchtbarkeit der Frau ab dem Alter von Mitte Zwanzig stetig abnimmt – im gesellschaftlichen Bewusstsein kaum ausgeprägt ist. So verschiebt sich die Familiengründung immer weiter auf die Zeit nach dem 30. Lebensjahr – oftmals bedingt durch längere Ausbildungszeiten, eine stärkere Berufsorientierung, den Wunsch nach ökonomischer Sicherheit und eine medial als problemlos inszenierte späte Elternschaft. Angesichts dessen ist es alles andere als verwunderlich, dass die Konfrontation mit einer Fertilitätsstörung für viele Betroffene ein sehr kritisches Lebensereignis darstellt und bereits zu diesem Zeitpunkt zu hohen Belastungen führen kann.[5]

Beispielsweise berichtet eine Frau über ihr Erleben Folgendes:

> *„Es ist so eine Grenzsituation für mich gewesen in meinem Leben, wie es vergleichbar, könnte ich jetzt keine sagen. Außer dass ich sage, ich hätte jetzt wirklich eine lebensbedrohliche Krankheit – das sind einfach Sachen, die man sich nicht vorstellen kann. Und bis heute sehe ich das so, man kann es niemandem vermitteln."*[6]

Hinzu kommt, dass auch die Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Unterstützung eher tabuisiert und mit Scham besetzt ist. Dies gilt vor allem für heterosexuelle Paare, deren unerfülltem Kinderwunsch meist organisch bedingte Fertilitätsstörungen oder altersbedingte Einschränkungen der Fertilität zu Grunde liegen. Aber auch für gleichgeschlechtliche Frauenpaare oder alleinstehende Frauen kann der Kinderwunsch zu einem wichtigen Lebensthema werden und ein Übergang zur Elternschaft mit vielen speziellen Fragen und Herausforderungen verbunden sein. In solchen Fällen muss immer auch eine Samenspende in die Zeugungsgeschichte des Kindes integriert werden.

Die Familiengründung mit gespendeten Gameten (Ei- oder Samenzellen) – auch bei heterosexuellen Paaren, bei denen der Partner oder die Partnerin gänzlich zeugungsunfähig sind – erfordert zusätzlich die Auseinandersetzung mit dem *Auseinanderfallen biologischer, genetischer und sozialer Elternschaftssegmente* sowie die *ungleiche Beteiligung der Elternteile an der Herstellung von Elternschaft*. Neben der Auswahl des Spenders (aus dem Bekanntenkreis oder über eine Samenbank) muss auch die Rolle und Bedeutung des Spenders für das zukünftige Familienleben geklärt werden. Lesbische Paare müssen darüber hinaus unter anderem klären, welche Partnerin das Kind austragen soll, wie die Rolle der Ko-Mutter (soziale Mutter) gestaltet werden kann und ob in Zukunft eine Stiefkindadoption durch diese angestrebt werden soll.

Im Verlauf der Auseinandersetzung mit den Angeboten der Reproduktionsmedizin werden die Erfolgsaussichten einer reproduktionsmedizinischen Behandlung häufig überschätzt, zugleich werden

Für alleinstehende Männer oder gleichgeschlechtliche Männerpaare stehen in Deutschland keine reproduktionsmedizinischen Verfahren zur Verfügung, da sowohl die Eizellspende als auch die Leihmutterschaft in Deutschland verboten sind. Deshalb gibt es bisher auch nur wenige Männer beziehungsweise Männerpaare, die in Deutschland mit einem Kind leben, das mit Hilfe der Reproduktionsmedizin gezeugt wurde.

[4] Vgl. Wippermann, C. (2014): Kinderlose Frauen und Männer. Berlin (BMFSFJ), S. 106f.

[5] Vgl. Seikowski, K./Glander, H.-J./Nowak, G. (2001): Phasenspezifisches Erleben von Schwangerschaft und Geburt nach therapeutischer donogener Insemination (TDI). In: Brähler, E./Unger, U. (Hrsg.): Schwangerschaft, Geburt und der Übergang zur Elternschaft. Gießen, S. 108–128.

[6] SARA-Projekt am Staatsinstitut für Familienforschung an der Universität Bamberg, W-0107:47.



die psychischen Belastungen, welche eine solche Behandlung mit sich bringen kann, in der Regel unterschätzt. Das Erleben von Fertilitätsstörungen und die Inanspruchnahme von reproduktionsmedizinischen Behandlungen sind immer mit erheblichen emotionalen Belastungen verbunden. Folgende Aspekte sollten daher in der familienbezogenen Erwachsenenbildung beachtet werden:

a) Aspekte, die sich auf die Zeit vor und während der reproduktionsmedizinischen Behandlung beziehen:

- Fruchtbarkeitsstörungen können als eine existenzielle Lebenskrise erlebt werden, die bis weit in das spätere Familienleben hineinreichen kann.
- Die Bedeutung des Kinderwunsches kann zwischen den Beteiligten differieren und eine unterschiedliche biografische Gewichtung besitzen. Damit zusammenhängend kann sich auch die Motivation zur Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Behandlungen innerhalb der Partnerschaft unterscheiden.
- Fühlt sich eine Person in der Partnerschaft verantwortlich für den bisher unerfüllten Kinderwunsch des Paares, kann dies zu enormen Schuldgefühlen und inneren Konflikten führen sowie die Partnerschaft belasten.
- Die Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Angebote kann mit vielschichtigen Ängsten und Bedenken verknüpft sein, so zum Beispiel: Sorgen hinsichtlich gesundheitlicher Auswirkungen der Behandlung für die Frau und das Kind (Schwangerschaftskomplikationen, Mehrlingsschwangerschaften, erhöhtes Fehl- und Frühgeburtsrisiko, Fehlbildungsrisiko etc.); ethische Bedenken hinsichtlich der medizintechnologischen Verfahren; Sorgen mit Bezug auf die finanziellen Belastungen im Rahmen der Kinderwunschbehandlung; Angst vor Belastung der Partnerschaft durch die Anstrengungen der Behandlung und mögliche Misserfolge; fehlende Möglichkeiten der Verbalisierung im sozialen und beruflichen Umfeld, etwa aus Scham oder Angst um den Arbeitsplatz; Selbstzweifel hinsichtlich der Integrität des eigenen Frau- oder Mann-Seins.
- Die Reflexion alternativer Möglichkeiten der Familiengründung, wie etwa eine Adoption oder Pflegschaft, sowie deren Bedeutung für die Elternteile und deren Vorstellung von Elternschaft sind wichtige Aspekte im Entscheidungsprozess hinsichtlich der Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Unterstützung. Ferner bildet die Information zu den reproduktionsmedizinischen Verfahren, ihren Erfolgsaussichten und körperlichen sowie psychischen Belastungen während einer Behandlung eine wichtige Entscheidungsgrundlage. Dabei spielt auch die Auseinandersetzung mit der Möglichkeit einer zukünftigen Lebensgestaltung ohne Erfüllung des Kinderwunsches eine wichtige Rolle.
- Ein Anteil von bis zu 50 % aller betroffenen Paare ist auch nach drei Behandlungszyklen noch kinderlos.[7] Zu den psychosozialen Belastungen der Frauen und Männer, für die ihr Kinderwunsch dauerhaft unerfüllt bleibt, ist bisher nur wenig be-

[7] Vgl. Wischmann, T. (2012): Einführung Reproduktionsmedizin. München, S. 90.

kannt, jedoch kann davon ausgegangen werden, dass diese mit tiefgreifenden Trauer- und Belastungsprozessen konfrontiert sind, die auch ihr Selbstbild und Identitätserleben betreffen.

Gruppenangebote für Betroffene oder psychosoziale Beratung beziehungsweise die Vermittlung zu entsprechenden Beratungsstellen können den Paaren helfen, sich gezielt und adäquat mit ihrer Situation auseinanderzusetzen.

Der Bedarf nach Austausch mit Gleichgesinnten ist bei den Betroffenen besonders hoch, weshalb Gruppenangebote und fachlich angeleitete Selbsthilfegruppen überaus hilfreich sind.



Jedoch sind vorhandene Beratungs- und Unterstützungsangebote häufig nicht bekannt oder werden nicht vermittelt. Hinzu kommt, dass die Hemmschwellen zur Inanspruchnahme solcher Angebote im Erleben der Betroffenen nach wie vor hoch sind. Obwohl viele Paare mit Kinderwunsch eine positive Einstellung gegenüber psychosozialen Unterstützungsangeboten äußern, nehmen dann doch nur wenige Betroffene solche Beratungen in Anspruch.[8] Um Frauen und Männern mit Kinderwunsch einen niedrigschwelligen Zugang zu Beratungsangeboten zu ermöglichen, muss eine bessere Öffentlichkeitsarbeit sowie eine stärkere Vernetzung und Kooperation zwischen den relevanten Professionen hergestellt werden.

Neben den eben beschriebenen Themen kommen Aspekte hinzu, welche die Elternschaft *nach* erfolgreicher Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Assistenz betreffen. Dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass auch diese Aspekte idealerweise möglichst frühzeitig thematisiert werden sollten.

b) Herausforderungen für das Familienleben nach Inanspruchnahme von Reproduktionsmedizin:

Besonders relevant ist die Frage, wie Eltern im familialen Lebenslauf mit ihrer Fertilitätskrise, der Zeugungsgeschichte des Kindes und der eventuellen Fragmentierung der Elternschaft umgehen. Ferner stellt sich die Frage, mit welchen Hoffnungen, Erwartungen und Ängsten die Geburt des Kindes verbunden ist und wie sich das Kind und die Eltern-Kind-Beziehung im weiteren familialen Lebenslauf entwickeln. Bisher gibt es aus den wenigen vorhandenen Studien zu diesem Thema keine Hinweise darauf, dass sich diese Eltern in der vorgeburtlichen Eltern-Kind-Bindung und in der Ausübung der Elternrolle qualitativ signifikant von anderen Eltern unterscheiden.[9] Dennoch sind Eltern, deren Kinder mit reproduktionsmedizinischer Unterstützung gezeugt wurden, mit besonderen Herausforderungen konfrontiert.

- Der Umgang mit Misserfolgen ist für viele Betroffene eine Realität. Zum einen führen rund 73 % der Behandlungszyklen zu keiner Schwangerschaft.[10] Zum anderen kommt es in rund 20–25 % der erzielten Schwangerschaften zu Fehl- oder Totgeburten,[11] deren Verarbeitung mit hohen emotionalen Belastungen, wie großer Trauer und der Infragestellung der eigenen Fähigkeit, ein Kind zeugen beziehungsweise austragen zu können, verbunden ist.
- Nach Misserfolgen und Komplikationen im Behandlungsablauf haben Eltern häufiger emotionale Anpassungsschwierigkeiten während der Schwangerschaft und oft werden elterliche Ängste hinsichtlich der Entwicklung und Gesundheit des Fetus beschrieben.[12]
- Jede fünfte Geburt nach reproduktionsmedizinischer Unterstützung ist eine Mehrlingsgeburt,[13] die besonders häufig mit einer Frühgeburtlichkeit und einem niedrigeren Geburtsgewicht der Kinder einhergeht, was zu speziellen Entwicklungsherausforderungen im weiteren Lebenslauf führen kann.
- Ein zentrales Thema für alle Eltern ist der Umgang mit der Zeugungsgeschichte des Kindes in der Familie sowie die Aufklärung des Kindes und weiterer Bezugspersonen im sozialen Umfeld über die Zeugungsgeschichte. Im Falle von Fragmentierungen der Elternschaft (durch Samen-, Eizell- oder Embryonenspende) muss darüber hinaus geklärt werden, welche Rolle den spendenden Personen im weiteren Familienleben zugeordnet wird und inwiefern dadurch entstehende Konstruktionen von Verwandtschaft in das Familienleben und Aufwachsen der Kinder integriert werden. In diesen Kontext fällt auch, dass sich Eltern mit dem Herkunftsrecht des Kindes auseinandersetzen müssen. Während in der Vergangenheit Eltern eher angeraten wurde, die Inanspruchnahme von reproduktionsmedizinischen Behandlungen und Gametenspende dem Kind und sozialen Umfeld gegenüber zu verheimlichen,[14] besteht heute der Appell an Eltern, ihr Kind über seine Zeugungsgeschichte aufzuklä-

[8] Vgl. Fußnote 4, S. 141.

[9] Vgl. Golombok, S. (2015): Modern Families. Parents and Children in New Family Forms. Cambridge.

[10] Vgl. DIR (2014): Jahrbuch 2014. http://www.deutsches-ivf-register.de/jahrbuch.php [05.09.2016].

[11] Vgl. Fußnote 10.

[12] Vgl. Gameiro, S./Boivin, J./de Klerk, C./Emery, M./Lewis-Jones, C./Thorn, P./Broeck van den, U./Venetis, C./Verhaak, C. M./Wischmann, T./Vermeulen, N. (2015): ESHRE guideline: routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction – a guide for fertility staff. In: Human Reproduction, Vol. 0, No. 0, S. 1–11.

[13] Vgl. Fußnote 10.

[14] Vgl. Fußnote 9, S. 93.



ren. Ausschlaggebend für dieses Umdenken waren vor allem die Erfahrungen von heute erwachsenen Spenderkindern und ihre Forderung auf ein Auskunftsrecht hinsichtlich ihrer genetischen Herkunft, das inzwischen vom Bundesgerichtshof gestärkt wurde (Urteil vom 28. Januar 2015). Trotzdem scheint gerade dieses Thema viele Eltern vor eine große Herausforderung zu stellen. Obwohl viele Eltern planen, ihre Kinder über die Zeugungsgeschichte aufzuklären, setzen dieses Vorhaben nur wenige auch tatsächlich um.[15] Dies kann als Hinweis darauf verstanden werden, dass der Zeitpunkt und die Art der Aufklärung für Eltern eine große Schwierigkeit darstellen, für welche sie nicht immer geeignete Lösungsstrategien finden. Eine Aufklärungspflicht für Eltern gibt es bisher nicht, weshalb ein Herkunftsrecht auch nur von jenen Kindern eingefordert werden kann, die bereits über ihre Zeugungsgeschichte aufgeklärt sind.

- Wurden im Verlauf der reproduktionsmedizinischen Behandlungen überzählige befruchtete Eizellen eingefroren (kryokonserviert), müssen Eltern entscheiden, ob diese für weitere eigene Behandlungen aufbewahrt, ob sie verworfen oder eventuell als Embryonenspende freigegeben werden sollen. Auch solche Entscheidungen können zu einer enormen Belastung werden, vor allem dann, wenn die kryokonservierten Eizellen als potenzielle Geschwisterkinder des eigenen Kindes bewertet werden.

IV. Familienbezogene Erwachsenenbildung ist gefragt

Die aufgezählten Beispiele zeigen, dass das Erleben von Fertilitätsstörungen und die Inanspruchnahme von reproduktionsmedizinischen Behandlungen von vielschichtigen Belastungen begleitet sein können, die zum Teil auch nach der Geburt eines Kindes in das weitere Familienleben hineinwirken. Für diese sensibilisiert zu sein und darauf ausgerichtete Unterstützungs- und Beratungsangebote zu gestalten ist eine zunehmend wichtigere Aufgabe für die Familienpolitik und alle relevanten Fachkräfte. Die Herstellung familienpolitischer Rahmenbedingungen, die eine umfassende Qualifizierung von Fachkräften sowie eine interdisziplinäre Vernetzung und Kooperation zwischen den beteiligten Professionen stärken, ist notwendig, damit Frauen und Männern ein gelingender Umgang mit ihrem Kinderwunsch und einer Familiengründung erleichtert werden kann.

Im Kontext der reproduktionsmedizinischen Möglichkeiten verändern sich die Bedingungen für die Gestaltung von Familie, Elternsein und das Aufwachsen von Kindern.

Es entstehen neue Konstruktionen von Verwandtschaft, Geschwisterbeziehungen und Elternschaft, was von allen Beteiligten Anpassungsprozesse sowie das Finden eines passenden Umgangs für den persönlichen und familialen Lebenslauf erfordert. Familie ist als ein dynamisches System zu verstehen, das vielen Veränderungen unterliegt, die auch die Zusammensetzung von Familie beinhalten.

Diese Dynamik ist als eine zentrale Disposition von Elternschaft zu verstehen.

„Elternschaft bedeutet für das Leben von Eltern eine andauernde Veränderung auf Dauer."[16]

Der Wandel und die Veränderung sind konstituierend für Elternschaft und Familie. Für die Zukunft ist ein interdisziplinäres Engagement wünschenswert, das dieser Dynamik und Vielfalt von Familie angemessen begegnet und für Eltern hilfreiche Rahmenbedingungen schafft, die unabhängig von ihrer Familienform und für alle Familienformen zur gelingenden Gestaltung von Elternschaft beitragen. Dies bedeutet auch für die familienbezogene Erwachsenenbildung, dass ein verantwortungsvoller Umgang mit den Angeboten der Reproduktionsmedizin nicht von einzelnen Akteuren, sondern interprofessionell und gemeinsam mit den Eltern und Familien gestaltet werden muss.

[15] Vgl. Wischmann, T. (2008): Psychosoziale Entwicklung von IVF-Kindern und ihren Eltern. In: Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie, 5(6), S. 329–334.

[16] Michalek, R. (2015): Elternsein lernen. Opladen, S. 80.