

Unter anderen Umständen Familie werden Handlungsoptionen und Herausforderungen für Frauen und Männer mit Fertilitätseinschränkungen

Judith Zimmermann

Zusammenfassung

Schwierigkeiten zu haben, schwanger zu werden oder kinderlos zu bleiben, geht mit zahllosen Belastungen einher, die in ihrer Schwere etwa den Belastungen von Menschen mit einer malignen Erkrankung gleichen können. Insbesondere Frauen sind häufig von Depressionen, Ängsten und weiteren emotionalen Beeinträchtigungen betroffen. Psychosoziale Kinderwunschberatung ist nachweislich hilfreich, in Deutschland aber zum Teil nur für zahlungskräftige Klienten verfügbar. Weiterhin gibt es in Deutschland inzwischen viele Familien, die sich mit einer Gametenspende oder mithilfe einer Leihmutter gründen, darunter sind neben heterosexuellen Paaren auch Alleinstehende, transsexuelle oder homosexuelle Paare. Für diese Familien sind jeweils spezifische Herausforderungen zu bewältigen. Auch Migrant*innen haben auf Grund ihrer Herkunftskultur oft besondere Herausforderungen zu bewältigen, wenn sie von Infertilität betroffen sind.

Infertilität, Kinderwunschberatung, Gametenspende, Leihmutterchaft, Transpersonen, Solomutter, Regenbogenfamilien

Abstract

To have difficulties conceiving or to remain childless comes with countless burdens that are about as severe, as those faced by people with a malignant disease. Women in particular are affected by depression, anxiety and other emotional distress. Psychosocial infertility counselling has been proven to be effective, but in Germany it is partly only available for patients who are able to afford it. Furthermore, there are now many families in Germany that built themselves through donation or with the help of surrogacy. Amongst those families are heterosexual parents as well as families with a solo mother, transsexual or homosexual parents. Each of these families faces specific challenges. Migrants, who are affected by infertility, often face special challenges due to their culture of origin as well.

Infertility, infertility counselling, gamete donation, surrogacy, transsexual parents, solo mother, family with homosexual parents

Projekt „KompKi“

Prof. Dr. Mayer-Lewis

E-Mail: kompki@evhn.de, Telefon: 0911 / 272 53 795

Bärenschanzstraße 4, 90429 Nürnberg

Gefördert vom:



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Inhalt

1	Menschen mit Fertilitätseinschränkungen	1
2	Gametenspende	7
3	Leihmutterschaft	12
4	Nicht heteronormative Familienmodelle	16
5	Transpersonen	19
6	Solomütter.....	20
7	Migrant*innen.....	21
8	Gesellschaftspolitisches Fazit	23
	Literaturverzeichnis	25

1 Menschen mit Fertilitätseinschränkungen

Kinderlos zu bleiben, obwohl man sich Kinder wünscht, gehört mit zu den größten (emotionalen) Krisen, die Menschen erleben können, auch wenn die Konsequenzen, die Kinderlosigkeit für die Betroffenen hatte, sich im Lauf der Geschichte unterschiedlich gestalteten. Kinder waren früher vor allem der wichtigste Beitrag zur eigenen Altersvorsorge – und sind es in vielen Teilen der Erde immer noch (Nik Hazlina et al. 2022). Kinder zu haben, erfüllt aber auch viele andere menschliche Bedürfnisse. Sie können sinnstiftend wirken und das Bedürfnis nach der Weitergabe von materiellen und immateriellen Werten befriedigen. Kinder lassen ihre Eltern die besonderen Erfahrungen von Schwangerschaft und Geburt durchleben, wirken identitätsstiftend, kontinuierterzeugend und vermitteln Zugehörigkeitsgefühle zu verschiedenen Gruppen, führen oft auch zu einem höheren sozialen Status (Haag 2013). Kinder lassen die Eltern insbesondere in den ersten Jahren viel körperliche und emotionale Nähe erleben und ermöglichen es häufig, die Welt noch einmal aus einer ganz anderen Perspektive zu erleben. Familie zu gründen ermöglicht Frauen und Männern die Transition in eine andere Lebensphase und kann damit auch das eigene innere Wachstum befördern (Erikson 1971). Eltern zu werden bedeutet auch, die eigenen Gene weiter zu geben und sich in den eigenen Kindern zu spiegeln (Ashburn-Nardo 2017). In vielen Kulturen waren und sind Kinder auch spirituell bedeutsam. Im alten Ägypten beispielsweise konnten nur eigene Kinder die Totenriten durchführen, die einem den Weg ins Jenseits ermöglichten (Assmann et al. 2005). In vielen Religionen gibt es die Aufforderung zur Fortpflanzung als Teil der religiösen Pflichten [„Seid fruchtbar und mehret Euch“ (Gen. 1, 28)]. Das Alte Testament erzählt zahlreiche Geschichten von ungewollt Kinderlosen [Sara (1. Mose 15), Hanna (1. Samuel 1), Rahel (1. Mose 29, 31ff)] und es finden sich dort bereits viele der Herausforderungen und Lösungsversuche, die auch heutige Paare noch beschäftigen. Auch die Märchen als archetypische Erzählungen beginnen oft mit einem Paar in einer Fertilitätskrise: Dornröschens Eltern bekommen erst Kinder, nachdem die Königin mit einem Frosch badet, Rapunzels Eltern haben sehr lange auf ein Kind gewartet (Grimms Hausmärchen, 1810) und Däumelins Mutter (Andersen 1835) ist eine alleinstehende Frau mit Kinderwunsch, die sich so sehr ein Kind wünscht, dass dessen Größe egal ist. Kinder zu haben, ist für viele ein urmenschliches Bedürfnis und die ungewollte Kinderlosigkeit bzw. die Zeit der

Kinderwunschbehandlung wird von zahlreichen Betroffenen auch rückblickend als die schwierigste Phase ihres Lebens beschrieben (Patrice McCarthy 2008).

Ungewollte Kinderlosigkeit ist kein seltenes Phänomen. Etwa jedes 10. Paar in Deutschland ist im Laufe seines Lebens von Schwierigkeiten ein Kind zu bekommen betroffen (BMFSFJ 2020), die weltweiten Zahlen werden mit 8-12% angegeben. Von Infertilität wird gesprochen, wenn sich nach einem Jahr regelmäßigen Geschlechtsverkehrs keine Schwangerschaft eingestellt hat. Männer und Frauen sind dabei gleichermaßen häufig von eingeschränkter Fruchtbarkeit betroffen, in etwa einem Drittel der Fälle liegt die Ursache ausschließlich beim Mann, in einem weiteren Drittel ausschließlich bei der Frau und bei weiteren 30% tragen beide Partner zur Infertilität bei. Bei etwa 10% der Paare bleibt der Grund der Kinderlosigkeit unklar (Vander Borgh & Wyns 2018). Die Ursachen ungewollter Kinderlosigkeit sind dabei ganz überwiegend körperlicher Art. Eine früher bei ungeklärter Infertilität häufig diagnostizierte „psychogene Unfruchtbarkeit“ scheint es nur insofern zu geben, dass manche Paare aufgrund eines ambivalenten Kinderwunsches den Geschlechtsverkehr an fruchtbaren Tagen (möglicherweise halb bewusst) meiden. Der Einfluss von Stress auf die Fruchtbarkeit ist noch nicht abschließend geklärt, Studien zeigten hier recht heterogene Ergebnisse. Alltagsstress scheint aber keinen Einfluss auf die Schwangerschaftsrate zu nehmen. Die hohe Belastung durch die Diagnose „Unfruchtbarkeit“ sowie auch durch möglicherweise durchgeführte Kinderwunschbehandlungen führt jedoch dazu, dass infertile Paare, die vor der Diagnose psychisch völlig gesund waren, häufig psychische Auffälligkeiten zeigen, die in der Schwere Auffälligkeiten von Patient*innen nach Traumaexposition bzw. Patient*innen mit schweren chronischen Krankheiten entsprechen können (Wischmann 2003, Kremer et. al. 2023).

Insbesondere bei Frauen führt ungewollte Kinderlosigkeit zu einem erhöhten Risiko für Angststörungen und Depressivität (Nik Hazlina et al. 2022). Zahlreiche Frauen berichten über das Gefühl versagt zu haben, erleben Neid, Trauer und Schuld, schildern Schamgefühle sowie eine niedrigere sexuelle Zufriedenheit. Für viele Frauen gehört es zum weiblichen Selbstverständnis, eine Schwangerschaft zu erleben und Mutter zu werden. Kinderlos zu bleiben oder Schwierigkeiten zu haben, schwanger zu werden, führt daher häufig zu massiven Selbstwertproblemen sowie dem Gefühl „keine richtige Frau zu sein“ (Foti et al. 2023). Erfolgreiche Kinderwunschbehandlungen bzw. Fehlgeburten sowie eine zunehmende Dauer der Infertilität

verstärken die Depressivität (Simionescu et al. 2021). Da viele Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch die Konfrontation mit Schwangeren oder Familien mit kleinen Kindern nur schwer ertragen (Poddar et al. 2014), führt dies oft dazu, dass sich die Betroffenen sozial isolieren. Dadurch geraten Personen mit Fertilitätsproblemen vielfach in eine Abwärtsspirale aus sozialer Isolation, zunehmender Depressivität und immer negativerer Selbstwahrnehmung (Cui et al. 2021). Gerade für Frauen mit Migrationshintergrund kann Kinderlosigkeit auch zu einem erheblichen Statusverlust innerhalb der Familie führen (Ullrich & Wetherall 2000). Aber auch westlich sozialisierte Frauen empfinden sich innerhalb der Familie oft als weniger wertvoll. Gesellschaftlich werden Kinderlose nach wie vor oft eher negativ bewertet und häufig als verantwortungslos oder egoistisch stigmatisiert (Dever & Saugeres 2004; Bays 2017, Ulrich, Weatherall 2000).

Männer zeigen zwar insbesondere direkt nach Erhalt der Diagnose „Infertilität“ sowie unmittelbar nach erfolglosen Behandlungen vermehrt fertilitätsbezogene Ängste und Traurigkeit, erreichen aber im Schnitt keine Werte, die die Diagnose einer Depression oder Angststörung rechtfertigen würden. Im Laufe der Jahre lässt die Traurigkeit überwiegend nach, sodass es scheint, als könnten Männer sich leichter vom Kinderwunsch verabschieden als Frauen. Allerdings ist eine bleibende Kinderlosigkeit nach erfolgloser Kinderwunschbehandlung mit einem niedrigeren Selbstwertgefühl und einer schlechteren Qualität der Partnerschaft sowie des Sexuallebens assoziiert. Auch für viele Männer ist das männliche Selbstbild eng mit der Zeugungsfähigkeit verknüpft. Insbesondere das völlige Fehlen von Spermien kann zu einer Selbstwertproblematik führen (Winston et al. 2022, Martins et al. 2016, Fischer, Hammarberg 2012).

Die Krise der ungewollten Kinderlosigkeit wird von den Betroffenen sehr unterschiedlich bewältigt. Bei Frauen führen aktive Copingstrategien (bspw. aktiv nach emotionalem Support fragen, Problemlösestrategien anwenden) zu geringeren Stressleveln. Verleugnung, sozialer Rückzug und Vermeidung sind weniger hilfreich. Männer tendieren eher zu vermeidenden Copingstrategien (Wu et al. 2022). Außerdem geben Männer an, dass sie Unterstützung vorzugsweise von den Ärzten der Kinderwunschklinik und der eigenen Partnerin erhalten wollten, weniger häufig jedoch durch Fachkräfte psychosozialer Berufsgruppen, Freunde oder andere Familienangehörige. (Winston et al. 2022., Martins et al. 2016, Fischer & Hammarberg 2012). Möglicherweise ist dies auch einer der Gründe, warum zwar immer mehr Männer ihre Frauen in

eine psychosoziale Kinderwunschberatung begleiten, nach wie vor aber ausgesprochen selten eine solche alleine in Anspruch nehmen. Religiosität als Coping kann ebenfalls hilfreich sein, wenn Infertilität nicht als göttliche Strafe angesehen wird, sondern zu einer empfundenen Unterstützung durch die Gottheit führt (Oti-Boadi & Asante 2017). Viele Betroffene suchen sich auch eine professionelle psychosoziale Unterstützung, um die Krise der Infertilität besser zu bewältigen. Zahlen dazu, wie viele Betroffene eine Beratung tatsächlich in Anspruch nehmen, liegen leider derzeit nicht vor (Thorn & Wischmann 2022).

Eine Hauptaufgabe bei jeder Krisenbewältigung (egal ob allein oder mithilfe einer Beratung) ist es, neue Handlungsoptionen zu erarbeiten. Häufig müssen Betroffenen zunächst akzeptieren und würdigen, dass es sich um keine alltägliche Situation handelt und sie sich daher einer Krisensituation angemessen verhalten dürfen. Viele empfinden es als hilfreich, wenn sie sich die Erlaubnis geben, sich in dieser schwierigen Situation selbst besonders fürsorglich zu behandeln, sich kleine Auszeiten gönnen und immer wieder für erfolgte Behandlungsschritte selbst belohnen. Es ist außerdem wichtig, Pausen in die Entscheidungs- und Behandlungsphasen einzuplanen, um Überforderungen zu vermeiden und zu verhindern, dass sich das Leben nur noch ausschließlich um den Kinderwunsch dreht. So wird empfohlen, dass Betroffene die Kinderwunschbehandlung an ihren Lebensrhythmus anpassen, anstatt Beruf- und Privatleben um den Kinderwunsch herum zu organisieren (Wallraff et al. 2022).

Da Infertilität zudem sehr schambehaftet ist, müssen viele Paare ermutigt werden, mit Dritten über die Diagnose und ihre besondere Situation zu sprechen. In der Regel wird es insbesondere von Frauen als sehr entlastend empfunden, wenn sie emotionalen Support von Familie oder Freunden erhalten können. Auch die Partnerschaft wird oft dadurch entlastet, dass es andere Gesprächspartner außerhalb der Beziehung gibt (Mohammadi et al. 2018). Es gibt inzwischen einige vorbereitete Tools (vorformulierte Brieftexte, Postkarten, vorformulierte Sätze zum Einstieg in ein Gespräch etc.) die die Information von Angehörigen und Freunden für die Betroffenen erleichtert. Hinweise auf hilfreiche Tools sind zum Beispiel bei der Deutschen Gesellschaft für Kinderwunschberatung zu finden (unter www.bkid.de).

Als großen Belastungsfaktor geben viele Personen mit Fruchtbarkeitsproblemen den empfundenen Verlust von Autonomie an. In einem sehr intimen Lebensbereich auf die Hilfe Dritter angewiesen zu sein und wenig Einfluss darauf zu haben, ob ein geplanter Lebensentwurf

realisiert werden kann, ist für ungewollt Kinderlose schwer zu akzeptieren (Li et al. 2019). Hier ist es erfahrungsgemäß sinnvoll, mit den Betroffenen zu erarbeiten, dass es trotz dieser Krise Entscheidungsspielräume gibt. Menschen mit Fruchtbarkeitseinschränkungen können entscheiden, ob sie sich in eine medizinische Behandlung begeben wollen oder nicht, wie lange sie sich dieser unterziehen und welche Schritte sie unternehmen wollen, falls die Behandlung erfolglos bleibt. Die Entwicklung eines Plan B oder auch C in Bezug auf die Kinderwunschbehandlung oder in Form eines Pflegeeltern- oder Adoptionsverfahrens sowie eines alternativen Lebensentwurfes für den Fall, dass das Paar dauerhaft kinderlos bleibt, sind zentrale Elemente der psychosozialen Kinderwunschberatung (Wallraff et al. 2022).

Viele Interventionen der psychosozialen Kinderwunschberatung befassen sich auch damit, zu erarbeiten, was für die von Infertilität Betroffenen „Frau sein“ bzw. „Mann sein“, abseits von Reproduktion, für Bedeutungen hat, und was davon weiterhin gut lebbar ist, um den Selbstwert in Bezug auf die Geschlechtsidentität aufrecht zu erhalten oder zu stärken.

Zeichnet sich ab, dass sich der Kinderwunsch nicht erfüllen lässt, kann eine psychosoziale Beratung Frauen und Männer in der Trauerphase und Verarbeitung des unerfüllten Kinderwunsches begleiten und dabei unterstützen, das Leben mit neuer Ausrichtung erfüllend zu gestalten.

Zusätzlich zu den genannten Beratungsinhalten gibt es natürlich viele andere Verfahren, die je nach Ausbildung der psychosozialen Fachkraft zur Anwendung kommen, beispielsweise Musiktherapie, Dankbarkeitsübungen, Achtsamkeitsübungen, Entspannungsverfahren, Yoga, Imaginationsverfahren, Schreibtherapie oder Lachtherapie (Kremer et. al. 2023).

Viele Studien zeigen, dass psychosoziale Kinderwunschberatung insbesondere die Depressivität verringern kann (de Beradis et al. 2014). Bezüglich der Ängste waren die Ergebnisse nicht ganz so eindeutig. Während in den meisten bisherigen Studien keine Hinweise darauf gefunden wurden, dass sich die Schwangerschaftsrate durch psychosoziale Beratung erhöht, gibt es in einigen neueren Studien erste Hinweise darauf, dass der Erfolg von Kinderwunschbehandlungen möglicherweise durch psychosoziale Kinderwunschberatung positiv beeinflusst werden kann (Dube et al. 2023). Hier gibt es allerdings noch weiteren Forschungsbedarf und die bisherigen Hinweise sind noch nicht aussagekräftig genug, um einen direkten Effekt zwischen psychosozialer

Kinderwunschberatung und dem Erfolg einer medizinischen Kinderwunschbehandlung bestätigen zu können.

Ein weiterer Belastungsfaktor für Menschen mit Fertilitätsproblemen sind die hohen Behandlungskosten und die eingeschränkte Kostenübernahme durch die Krankenkassen. Für Personen mit niedrigem Einkommen kann dies bedeuten, dass sie sich eine Behandlung nicht leisten können, bzw. nicht die Zahl an Versuchen ausschöpfen können, die als medizinisch sinnvoll angesehen wird. Dies setzt viele Menschen zusätzlich unter starken Druck und kann auch dazu führen, dass riskantere Verfahren, wie beispielsweise das Einsetzen von mehr als einem Embryo, gewählt werden. Psychosoziale Kinderwunschberatung ist derzeit ebenfalls nicht im Leistungskatalog der Krankenkassen enthalten.

Fallvignette

Ein Paar nimmt eine psychosoziale Kinderwunschberatung in Anspruch. Das Kinderwunschzentrum hat dies empfohlen, nachdem die Frau nach Erhalt des negativen Ergebnisses der dritten ICSI psychisch dekompenziert ist. Das Paar berichtet, dass es bisher niemandem von der schlechten Spermienqualität des Mannes erzählt hat und daher auch niemand weiß, dass das Paar sich in einer Kinderwunschbehandlung befindet. Ein Großteil der Freunde habe bereits Kinder. Sie hatten in letzter Zeit kaum mehr soziale Kontakte gepflegt, da sich die Gespräche der Freunde immer nur um Kinder drehen würden. Ferner sei es aus Zeitgründen auch schwieriger geworden, diese zu treffen. Die Frau berichtet, möglichst schnell wieder eine nächste ICSI beginnen zu wollen, da die Zeit dränge. Um diese finanzieren zu können, könnten sie dieses Jahr nicht in den Urlaub fahren. Ohne Kinder könne sie sich kein sinnvolles Leben vorstellen. Im Rahmen der Kinderwunschberatung wird erarbeitet, welche alternativen Lebensentwürfe sich das Paar vorstellen kann, wie es das soziale Umfeld über die schwierige Lebenssituation informieren kann und, dass Pausen zum Erhalt der psychischen und körperlichen Gesundheit des Paares sinnvoll sind.

2 Gametenspende

Manche Menschen sind für die Erfüllung ihres Kinderwunsches auf eine Gametenspende angewiesen. Dies trifft beispielsweise für Personen zu, die in einer gleichgeschlechtlichen Partnerschaft leben oder als Alleinstehende/r Familie gründen wollen; aber auch für Menschen, die keine Samenzellen oder Eizellen (mehr) produzieren, für einen Teil der transsexuellen Personen nach Transition oder auch für Frauen und Männer, die beispielsweise eine Erbkrankheit nicht an ihre Kinder weitergeben wollen. Für manche ist eine Gametenspende auch der oben genannte „Plan B“, wenn sich der Kinderwunsch nicht mit eigenen Gameten erfüllt hat.

Die Entscheidung für eine Familiengründung mithilfe der Keimzellen Dritter benötigt im Vorfeld meist eine längere Zeit der Auseinandersetzung mit dem Thema. Insbesondere für die Person, die nicht genetischer Elternteil des geplanten Kindes werden wird, ist zunächst häufig eine Phase notwendig, in der das genetisch eigene Kind, das es so nicht geben wird, betrauert wird. Weiterhin ist wichtig, dass im Falle eines Wunschelternpaares akzeptiert werden kann, dass (außer bei einer Embryonenspende) eine asymmetrische Elternschaft entstehen wird, also eine Elternschaft, in der ein Elternteil eine genetische Verbindung zum Kind hat, der andere aber nicht. Außerdem muss akzeptiert werden, dass das Kind Eigenschaften des Spenders/der Spenderin erben kann, die den Eltern womöglich fremd sind (Widbom 2021). Dadurch, dass in Deutschland seit Inkrafttreten des Samenspenderregistergesetzes am 01. Juli 2018 alle in Deutschland durchgeführten Kinderwunschbehandlungen mit Samenspenden registriert werden, haben alle mit Samenspende gezeugten Kinder in Deutschland ein Auskunftsrecht zu den hinterlegten Daten des Spenders. Auch ist die Aufdeckung bei einem postkonzeptionellen Verdrängen der Samenspende durch die Eltern (verbunden mit einer fehlenden Aufklärung des Kindes) auf Grund des Angebots von Gentests leichter möglich (DNA wird im angelsächsischen mittlerweile folgendermaßen interpretiert: „donor not anonymous“). Es ist daher ratsam, sich ebenfalls damit auseinanderzusetzen, wann und wie man das Kind und das eigene soziale Umfeld über die Zeugungsgeschichte aufklären möchte. Die Wunscheltern sollten sich im Vorfeld damit befassen, dass der Spender womöglich für das Kind später bedeutsam sein kann und daher einen angemessenen Platz im Familiensystem erhalten muss. Den unfruchtbaren Elternteilen muss klar sein, dass ihre Infertilität durch eine Aufklärung des Kindes möglicherweise öffentlich werden kann.

Wie wichtig eine gute Aufklärung auch der Samenspender und ihrer Angehörigen ist, und zwar sowohl vor der Spende als auch während der Phase der Kontaktaufnahme, illustriert der Mitschnitt einer Paartherapiesitzung in einem Podcast von Esther Perel. Hier schildert das Paar, wie es die Situation aufarbeitet, dass der Mann einem lesbischen Paar Samen gespendet hat, ohne dabei genaue Absprachen mit den Wunscheltern zu treffen und ohne seine Ehefrau darüber zu informieren (Perel 2023).

Die Inanspruchnahme einer Gametenspende sollte daher gut vorbereitet sein, wobei eine psychosoziale Beratung hierbei umfassend unterstützen kann. Für viele Betroffene stellt die Möglichkeit einer Familiengründung mit Gametenspende auch eine Option der autonomen Selbstgestaltung ihrer Familiengeschichte dar, da sie anders als bei Adoption oder Pflege bei der Gründung ihrer Familie nicht von Ämtern und einer Eignungsbeurteilung abhängig sind sowie die Bedingungen der Schwangerschaft selbst kontrollieren können. Für viele Frauen ist es außerdem wichtig, Schwangerschaft und Geburt erleben zu können. Manche ziehen die Inanspruchnahme einer Samenspende auch einer Zeugung mit IVF/ICSI trotz vorhandener eigener Gameten vor, da sie diese als natürlicher und weniger eingreifend empfinden (Wilde et al. 2013, Zimmermann & Wallraff 2016).

Menschen, die zur Erfüllung ihres Kinderwunsches auf eine Eizellspende angewiesen sind, sehen sich mit dem Fakt konfrontiert, dass diese in Deutschland verboten ist, obwohl inzwischen fast alle anderen europäischen Länder diese erlauben. Manche werden dadurch davon abgehalten eine Eizellspende zu nutzen, auch weil die organisatorischen und finanziellen Hürden einer Behandlung im Ausland hoch sein können. Andere erleben die Inanspruchnahme einer Eizellspende im Ausland als einen Akt zivilen Ungehorsams, da sie etwas tun, das in Deutschland verboten ist. Besonders schwierig ist auch, dass in Deutschland bereits die Beratung zur Eizellspende in einer rechtlichen Grauzone stattfindet und Fachkräfte nicht sicher sein können, ob sie straffrei bleiben, wenn sie zur Eizellspende beraten (BKID 2022). Frauen, die nach einer Eizellspende im Ausland schwanger geworden sind, sind sich deshalb häufig auch unsicher, ob sie ihrem behandelnden Gynäkologen bzw. ihrer behandelnden Gynäkologin davon berichten sollen. Ein Verschweigen bedeutet in diesem Fall aber ein erhöhtes Risiko für Mutter und Kind, da Eklampsien nach einer Eizellspende häufiger auftreten und daher spezielle Vorsorgemaßnahmen sinnvoll sind (Altmann et al. 2022, Shenfield et al. 2010). Viele Menschen,

die eine Eizellspende im Ausland in Anspruch nehmen, beschäftigt auch die Frage, ob die Spenderinnen gut behandelt werden und ob diese aus einer finanziellen Notlage heraus spenden. Diese Fragen sind durch die Wunscherfüllung im Ausland selbst allerdings kaum zu beantworten. Problematisch ist ebenfalls, dass in vielen europäischen Ländern die Spenderinnen immer noch anonym bleiben und die Kinder deshalb später keine Möglichkeit haben, ihr Recht auf Herkunftswissen umzusetzen. Als Vorteil einer Eizellspende wird häufig erlebt, dass dadurch, dass die soziale Mutter das Kind auch austrägt, die Asymmetrie der Elternschaft weniger stark ausgeprägt ist. Möglicherweise haben Mütter nach Eizellspende deshalb auch weniger Vorbehalte, ihre Kinder aufzuklären, als Väter nach Samenspende (Sälevaara et al. 2013).

Inzwischen zeigen viele Studien, dass es Menschen, die mithilfe der Gameten Dritter gezeugt wurden, körperlich und psychisch nicht besser oder schlechter geht, als auf natürlichem Wege von ihren biologischen Eltern gezeugten Menschen, vorausgesetzt, sie werden bereits im frühen Kindesalter angemessen über diesen Umstand aufgeklärt (Golombok 2015). In Deutschland ist juristisch eindeutig festgelegt, dass durch eine Samenspende gezeugte Personen ein Recht darauf haben zu erfahren, wer ihre genetischen Erzeuger sind. Konsens unter den psychologischen und psychosozialen Fachkräften ist, dass die Aufklärung so erfolgen soll, dass das Kind sich an keinen Zeitpunkt erinnern kann, an dem es nicht von der Art seiner Zeugung wusste. Die erste Aufklärung erfolgt daher am besten bereits in Form von „Wickeltischgesprächen“, als Übung für die Eltern. Im frühen Kindergartenalter haben sich entsprechende Bilderbücher bewährt, um ein Gespräch über die Spende kindgerecht zu initiieren. Bei älteren Kindern wird die Spende dann situationsbezogen immer mal wieder zum Thema gemacht. (Zimmermann & Wallraff 2016). Viele Eltern wünschen sich mehr Anleitung zur Aufklärung, beispielsweise durch psychosoziale Fachkräfte, und zwar nicht nur einmalig als Vorbereitung auf die Behandlung, sondern auch im weiteren Verlauf des Familienlebens (Lalos et al. 2007, Söderström-Anttila et al. 2010, Isaksson et al. 2011). Eltern klären außerdem häufiger auf, wenn bereits die Kinderwunschpraxis sie dazu ermutigt (Crawshaw 2008, Lampic et al. 2009). Inzwischen gibt es zahlreiche, auch deutschsprachige Materialien zur Unterstützung von Eltern und Kindern bei der Aufklärung.

Ähnlich wie bei Adoptierten ist es sehr unterschiedlich, ob sich durch eine Spende gezeugte Menschen später für ihre Spender/innen interessieren (Howe & Feast 2001). Etwa ein Drittel

interessiert sich gar nicht dafür, ein weiteres Drittel möchte mehr Informationen erhalten, den Spender aber nicht unbedingt kennen lernen und ein weiteres Drittel möchte zumindest einen einmaligen persönlichen Kontakt (Zimmermann & Wallraff 2016). In der einschlägigen Literatur wurde außerdem vielfach berichtet, dass sich die „Spenderkinder“, die Interesse am Spender zeigten, persönlichere Informationen über die Spender wünschten als üblicherweise von den deutschen Samenbanken angegeben wird, insbesondere (Kirkmann 2004, Scheib et al. 2004, Rodino et al. 2011, Cushing 2010, Blyth et al. 2012, Crawshaw & Dally 2012):

- Familiengeschichte,
- Medizinische Familienanamnese,
- Eine genaue Beschreibung des Aussehens, möglicherweise auch ein Foto,
- Persönlichkeitsmerkmale, Temperament und Interessen,
- Ein vom Spender persönlich geschriebener Brief,
- Informationen darüber, ob der Spender offen für Kontakte ist.

Einige „Spenderkinder“ wünschten sich diese Informationen aus Neugier oder zur Bildung der eigenen Identität, andere baten um Informationen über mögliche Erbkrankheiten oder medizinische Risiken, wieder andere wollten ihr Inzestrisiko minimieren. Nur sehr wenige Befragte erhofften sich eine persönliche Beziehung zum Spender (Blyth et al. 2012).

Auch Spender sollten vor einer Spende deutlich besser über ihre mögliche Rolle für das Kind aufgeklärt werden und dazu ermutigt werden, Informationen zur Verfügung zu stellen und auch persönliche Kontakte zu ermöglichen (Rodino et al. 2011).

Das Samenspenderregistergesetz regelt die Kontaktaufnahme zwischen den so gezeugten Kindern und dem Spender bisher noch unzureichend. Derzeit ist geplant, dass dem Spender mitgeteilt wird, dass es eine Anfrage eines mit seinem Samen gezeugten Menschen gab und sein Name und die letzte Meldeadresse weitergegeben werden. Der Spender hat dann acht Wochen Zeit, sich auf eine eventuelle Kontakthanfrage vorzubereiten, bevor seine Daten weitergegeben werden. Eine psychosoziale Begleitung ist dabei jedoch nicht vorgesehen. Dies ist insofern unbefriedigend, da viele „Spenderkinder“ gar nicht das Bedürfnis nach einer persönlichen Kontaktaufnahme haben, sondern möglicherweise lieber unter Vermittlung einer dritten Person Informationen, die sie interessieren, erfragen wollen. Zahlreiche „Spenderkinder“ möchte auch nicht ungefragt in die Privatsphäre des Spenders eindringen und würden sich wünschen, dass

zunächst von einer neutralen Stelle geklärt werden könnte, was für beide Parteien an Kontakt wünschenswert ist. Viele sind sich unsicher, wie sie die Kontaktaufnahme gestalten sollen: Was sie in einem Brief schreiben sollen, um niemanden vor den Kopf zu stoßen oder ob sie einfach unangemeldet an der Meldeadresse vorsprechen sollen. Auch Spender wünschen sich zu diesem Zeitpunkt oft eine Beratung, da einige ihre Familien nie darüber aufgeklärt haben, dass sie (meist vor der Familiengründung) Samen gespendet haben. Insgesamt sind mit der derzeitigen Regelung viele Szenarien denkbar, die zu keiner befriedigenden Kontaktaufnahme für die beteiligten Parteien führen (Kirkmann-Brown et al. 2022).

Deutlich mehr Interesse als am Spender selbst haben viele „Spenderkinder“ an möglichen Halbgeschwistern. Viele freuen sich, diese kennenzulernen und halten danach den Kontakt, beispielsweise über soziale Medien. Die Bedeutung, die diese Menschen ihren Halbgeschwistern geben, variiert zwischen den Polen „biologisch verwandt, aber nicht wichtig“, der Bezeichnung als „Freund/in“ und familiären Etikettierungen als Geschwister oder „so ähnlich wie eine Cousine“. Im Englischen hat sich inzwischen der Begriff „dibling“ als Kunstwort aus donor und sibling eingebürgert, um diese neue Kategorie von Verwandtschaft zu benennen. Die Qualität der sich entwickelnden Beziehung hängt sehr davon ab, wie der erste Kontakt verlief und ob danach Zeit investiert wurde, die Beziehung weiter auszubauen. Zahlreiche Spenderkinder finden es auch faszinierend, über die Halbgeschwister Rückschlüsse auf das genetische Erbe des Spenders bzw. der Spenderin ziehen zu können. Weiterhin haben Halbgeschwister den Vorteil, dass sie weniger bedrohlich auf den nicht-genetischen Elternteil wirken als der Spender oder die Spenderin selbst. Leider ermöglicht das deutsche Samenspenderregister nicht, Kontakte zu Halbgeschwistern herzustellen und die meisten deutschen Samenbanken bieten dies bisher auch nicht an, obwohl viele Spenderkinder angeben, davon sehr zu profitieren (Jadva et al. 2010, Sublett 2022, Hertz 2022).

Fallvignette

Im Herbst 2021 treffen sich fünf Halbgeschwister nach Samenspende aus drei unterschiedlichen Familien. Die Kinder sind zwischen zehn und 14 Jahre alt und kommen aus Deutschland, Irland und Dänemark. Der Samen wurde von einer amerikanischen Bank bezogen, die Kontakte zu interessierten Halbgeschwistern herstellt. Die Kinder verbringen ein Wochenende miteinander und halten hinterher Kontakt über soziale Medien. Einzelne Kinder besuchen sich im Folgenden auch für einige Tage. Das älteste Kind arbeitet im Rahmen eines Podcasts auf, wie wichtig für sie und ihre Geschwister solche Kontakte sind und welche Bedeutung sie Halbgeschwistern beimessen (vgl. Sublett o.J.).

3 Leihmutterschaft

In Deutschland ist, wie in vielen anderen Ländern der Erde, Leihmutterschaft verboten. Einige Länder, wie z.B. die Ukraine oder die USA erlauben diese jedoch und machen entsprechende Programme auch deutschen Frauen und Männern mit Kinderwunsch zugänglich. Deswegen gibt es zunehmend auch in Deutschland Kinder, die mithilfe einer Leihmutter entstanden sind.

Befürworter eines Verbots der Leihmutterschaft argumentieren in der Regel damit, dass die Gefahr einer Ausbeutung der Tragemütter groß sei. Teilweise werden auch argumentative Parallelen zur Prostitution gezogen, da die Leihmutter „ihren Körper verkaufe“. Es werden oft Befürchtungen angeführt, dass die Leihmutter sich emotional an das Kind binden könne und ihr die Abgabe dann nicht zuzumuten sei. Ebenfalls wird befürchtet, dass das Kind einen Abbruch der Beziehung zur Tragemutter nicht gut verkraften könne. Außerdem gäbe es zu viele mögliche Situationen, in denen Interessen der Eltern den Interessen der Leihmutter entgegenstehen könnten.

Typische Konfliktfelder, die auftreten können, wenn eine Leihmutter das Kind austrägt, sind das Verhalten der Tragemutter in der Schwangerschaft sowie Entscheidungen, die getroffen werden müssen, wenn es eine Dilemmasituation zwischen einem gesundheitlichen Risiko für die Leihmutter und einem gesundheitlichem Risiko für das Kind gibt (beispielsweise Weiterführung der Schwangerschaft in Situationen, in denen die Fortsetzung der Schwangerschaft ein Risiko für die Leihmutter bedeuten würde, oder die Anzahl der Embryonen die übertragen werden versus

erhöhtem Risiko einer Mehrlingsschwangerschaft). Üblicherweise wird im Vorfeld versucht, diese Situationen zu antizipieren und vertraglich festzulegen, was in einem solchen Fall passieren soll.

Das American College of Obstetricians and Gynecologists empfiehlt, dass die Leihmutter gesund sein sollte und bereits eine komplikationslose Schwangerschaft ausgetragen haben sollte, auch um tatsächlich eine informierte Einwilligung geben zu können. Alle Parteien sollten dringend von separaten Anwälten ausführlich im Vorfeld beraten werden, um Interessenkonflikte zu vermeiden. Bei einer Behandlung im Ausland sollte unbedingt auch im Heimatland eine Beratung zu möglichen Problemen bei der Einbürgerung erfolgen. Derzeit gibt es für Eltern, deren Kindern durch Leihmütter im Ausland ausgetragen wurden, oft große Probleme diese nach Deutschland einreisen zu lassen bzw. sie in Deutschland angekommen adoptieren zu können. Weiterhin sollten sich alle Parteien auch psychosozial intensiv beraten lassen, um typische Konfliktfelder im Vorfeld zu bearbeiten (ACOG Committee Opinion 660, 2016).

Familienmitglieder als Tragemütter haben Vorteile, weil häufig ähnliche Werte geteilt werden und die intrinsische Motivation zu helfen erhöht sein kann. Das Risiko für Konflikte und Rollenkonfusionen ist allerdings ebenfalls erhöht (Kim 2020).

Kontrovers diskutiert wird, ob eine finanzielle Kompensation der Leihmutter erlaubt sein sollte. Die ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embryology) als europäische Organisation spricht sich dagegen aus und schlägt vor, nur Ausgaben und Einkommensverluste auszugleichen. Der Meinung, dass Leihmutterschaften ausschließlich altruistisch motiviert erfolgen sollten, schließt sich die FIGO (The International Federation of Gynecology and Obstetrics) als internationale Organisation an. Die ASRM (American Society for Reproductive Medicine) als amerikanische Vereinigung befürwortet eine finanzielle Kompensation und vergleicht dies mit der Entschädigung, die für Versuchspersonen in der Medizin üblich ist, die ebenfalls Zeit investieren und dabei ein körperliches Risiko eingehen.

Anders als oft vermutet wird, geht es – soweit die noch nicht sehr umfangreiche Studienlage diesen Schluss zulässt – den Kindern, die von einer Tragemutter ausgetragen wurden, gut. In den entsprechenden Studien zeigten sich in Bezug auf die körperliche und psychische Gesundheit keine Unterschiede zu anderen Kindern, die beispielsweise durch eine Eizellspende oder homologe IVF entstanden waren. Die Schwangerschaften der Tragemütter sind nicht wesentlich komplikationsbehafteter als Schwangerschaften von Frauen, die eigene Kinder austragen. Auch

die in der Familie der Leihmütter lebenden eigenen Kinder zeigten keinerlei psychische Auffälligkeiten. Obwohl es in Einzelfällen durchaus schwierig für die Leihmütter sein kann, die Kinder nach der Geburt an die Wunscheltern zu übergeben, trifft dies für das Gros der Tragemütter nicht zu. Soweit die Studienlage hier eine Beurteilung zulässt, scheint es sowohl bei den Familien der Leihmütter als auch bei den Familien der Wunscheltern und allen beteiligten Kindern keinerlei psychische Auffälligkeiten zu geben. Dies gilt auch für Familien, die als Solo-Vater-Familie oder Zwei-Väter-Familie gegründet wurden (Söderström-Anttila 2016, Golombok 2015, Perreira 2022).

Da die Studienlage – anders als von den Kritikern der Leihmutterschaft befürchtet – bisher nicht den Schluss zulässt, dass eine Leihmutterschaft den Beteiligten schade und Wunscheltern, die sich ihren Kinderwunsch nicht anders erfüllen können, in einer globalisierten Welt zunehmend die Angebote anderer Länder nutzen, ist zu diskutieren, ob eine altruistische Leihmutterschaft unter gut kontrollierten Bedingungen nicht auch in Deutschland zuzulassen ist. Dafür spräche, dass so die Ausbeutung von Frauen in Schwellenländern verhindert werden könnte. Weiterhin ist zu diskutieren, ob die Entscheidung, ein Kind für Dritte austragen aus feministischer Sicht nicht allein der potentiellen Leihmutter zusteht. Nicht zuletzt schadet die bisherige Praxis der erschwerten Einreise dem Kindeswohl der so im Ausland durch deutsche Eltern gezeugten und von Leihmüttern ausgetragenen Kindern.

Fallvignette

Ein junges Paar, das mehrere erfolglose IVF-Versuche erlebt hat, berichtet in der hausärztlichen Sprechstunde, dass es einen weiteren Versuch in der Ukraine mithilfe einer Eizellspende und einer Leihmutter unternommen hat. Die Leihmutter sei mit Zwillingen schwanger geworden, die Kinder werden im späten Frühjahr 2022 erwartet. In den folgenden Wochen besuchen sie mehrfach die Leihmutter in Kiew. Nach Ausbruch des Krieges spitzt sich die Lage stark zu, die Leihmutter kann das Land nicht verlassen, da die Kinder bei einer Geburt in Polen oder Deutschland nicht als Kinder der Wunscheltern, sondern als ihre eigenen Kinder anerkannt werden würden. Sie hält sich in einem Bunker der Geburtsklinik in Kiew auf. Aufgrund der starken psychischen Belastung kommt es zum vorzeitigen Blasensprung, die medizinische Versorgung ist aufgrund der Umstände dürftig, die Kinder werden schließlich per Sectio im Bunker geboren. Die Wunscheltern warten in Lemberg und dürfen nicht nach Kiew, die Kinder können erst Tage später mithilfe eines humanitären Transportes an die Grenze gebracht und ins Ausland ausgeflogen werden. In Deutschland angekommen, sind die bürokratischen Hürden hoch. Der Mutter wird eine Adoption des Kindes erschwert. Hilfreich ist in diesem Fall, dass die Leihmutter inzwischen mit ihrem Sohn nach Deutschland nachgekommen ist und die Kinder hier gegenüber dem Jugendamt offiziell zur Adoption frei geben kann.

4 Nicht heteronormative Familienmodelle

Familien abseits heteronormativer Lebensweisen werden in Deutschland immer häufiger. Neben vielen Alleinerziehenden nach einer Trennung gibt es zunehmend mehr Frauen, die sich aus den unterschiedlichsten Gründen dafür entscheiden, auch ohne einen Partner bzw. eine Partnerin eine Familie zu gründen. Andere Personen verbinden sich, um gemeinsam Kinder zu bekommen, ohne eine Liebesbeziehung zu haben (Co-Parenting). Weiterhin gibt es immer mehr schwule oder lesbische Paare, die miteinander Familie gründen. Einige Menschen entscheiden sich auch für Familiengründungen, die mehr als zwei Elternteile für das Kind vorsehen.

Der Lesben- und Schwulenverband schätzt, dass derzeit in rund 12.000 Haushalten gleichgeschlechtliche Paare mit Kindern leben (<https://www.lsvd.de/de/ct/3292-Wie-viele-Kinder-gibt-es-mit-gleichgeschlechtlichen-Eltern-bzw-in-Regenbogenfamilien> Abruf vom 11.4.23). Einer Untersuchung von 2013 zufolge wünschen sich mehr als ein Drittel aller kinderlosen homosexuellen Männer sowie etwas weniger als die Hälfte aller lesbischen Frauen mindestens ein Kind. Sie unterscheiden sich in ihren Werten in Bezug auf Familie und Partnerschaft nicht wesentlich von heterosexuellen Menschen. Kinder haben zu wollen, gilt ihnen als normal, als ein grundlegendes menschliches Bedürfnis. Allerdings zeigen sich je nach Lebensalter Unterschiede in der Familiengründungsgeschichte: Einige der heute bereits älteren Homosexuellen wurden sich ihrer sexuellen Identität erst im höheren Lebensalter bewusst. Teilweise lebten sie vor ihrem Outing in einer heterosexuellen Partnerschaft und gründeten in dieser Lebensphase eine Familie, aus der dann auch Kinder hervorgingen. Andere berichten, dass eine heterosexuelle Partnerschaft im Bewusstsein der eigenen sexuellen Orientierung zunächst absichtlich eingegangen wurde, unter anderem auch, um eine Familiengründung umsetzen zu können. So stammen die Kinder in diesen sogenannten Regenbogenfamilien oft aus früheren heterosexuellen Beziehungen. Jüngere Homosexuelle outen sich heute eher früher und gründen zunehmend in ihrer homosexuellen Partnerschaft ihre Familie (Haag 2013). Lesbische Paare haben dabei die Möglichkeit, mithilfe einer Samenspende Eltern zu werden. Seit Einführung des Spendersamenregistergesetzes ist es für Frauenpaare einfacher geworden, auch in Deutschland Samenbanken und Kinderwunschpraxen zu finden, die mit lesbischen Paaren zusammenarbeiten. Allerdings wird in Deutschland zunächst nur die austragende Mutter als rechtlicher Elternteil angesehen. Die Partnerin der austragenden Mutter kann das Kind im Rahmen einer

Stiefkindadoption sukzessiv adoptieren und muss hierfür ein klassisches Adoptionsverfahren durchlaufen; Voraussetzung ist dabei, dass das Paar in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft lebt oder verheiratet ist. Die durch die medizinische Behandlung und das nachfolgende Adoptionsverfahren entstehenden Kosten können tausende bis mehrere zehntausend Euro betragen.

Manche Frauenpaare verbinden sich auch mit einem Mann oder einem schwulen Paar, insbesondere wenn sie möchten, dass das Kind von Anfang an Kontakt zum genetischen Vater hat oder sie sich auch eine aktive Beteiligung des Vaters beim Aufwachsen des Kindes wünschen. Diese Konstellation ist auch finanziell deutlich attraktiver, da in der Regel keine Zusammenarbeit mit einem Kinderwunschzentrum erforderlich ist. Allerdings sind Mehrelternkonstellationen in Deutschland bisher rechtlich nicht abbildbar und die nicht-genetischen Elternteile haben daher keine elterlichen Rechte. Erfahrungsgemäß kann es nach der Geburt des Kindes im Alltag des Familienlebens herausfordernd sein, die Erziehungsvorstellungen, Wünsche und Bedürfnisse unter den Elternteilen zu koordinieren und zu berücksichtigen, wobei „mehr“ Elternteile auch größere Herausforderungen mit sich bringen können. Bei diesen Konstellationen wird daher im Vorfeld dringend zu einer psychosozialen Beratung geraten, um das Risiko für Interessenkonflikte zu minimieren.

Plant ein lesbisches Paar nach der Befruchtung mit dem Samen eines sogenannten privaten Spenders (also einer Spende außerhalb des medizinischen Systems) eine Stiefkindadoption, so ist die nicht austragende Mutter auf die Einwilligung des Spenders angewiesen und muss mit dem Risiko leben, dass dieser seine Meinung ändert oder Bedingungen stellt.

Für homosexuelle Paare ist es auch möglich, Kinder zur Pflege aufzunehmen oder zu adoptieren.

Schwule Männer sind in ihren Möglichkeiten zur Familiengründung stärker eingeschränkt. Wenn sie in Deutschland leibliche Väter werden wollen, sind sie entweder darauf angewiesen, dass ein lesbisches Paar sich mit ihnen zur Familiengründung verbindet oder dass eine alleinstehende Frau eine Co-Parenting-Partnerschaft eingehen möchte. Eine Familiengründung mittels Eizellspende und Leihmutterchaft wird von vielen schwulen Männern zwar bevorzugt, ist in Deutschland aber verboten und auch sonst nur in wenigen Ländern der Erde möglich (Hanson 2021). Der Aufwand und die Kosten für eine solche Behandlung sind erheblich und die Anerkennung der Elternschaft kann in Deutschland schwierig sein. Daher gehen bisher auch nur sehr wenige Männer diesen

Weg. Adoption und Pflege sind auch für schwule Männer möglich. Insbesondere Adoptionen aus dem Ausland werden aber häufig dadurch erschwert, dass viele Länder keine Adoption durch ein Männerpaar vorsehen (LSVD 2023, Haag 2013).

Insgesamt erfordert die Gründung einer Familie als homosexuelles Paar sehr viel Reflexion im Vorfeld. Die psychischen und finanziellen Belastungen sind deutlich größer als bei gesunden heterosexuellen Paaren. Nach der Geburt ist häufig ein erweitertes Outing erforderlich, da verschiedene Ämter und beispielsweise auch der Arbeitgeber dann Kenntnis über die familiäre Konstellation erhalten müssen. Weiterhin sind zum Wohle der Kinder teilweise Erklärungen gegenüber Kindergarten, Schule und anderen Einrichtungen erforderlich. Dies empfinden einige Betroffene als belastend, weil sie es als schwierig empfinden in den unterschiedlichsten Settings Stellung zu ihrer sexuellen Orientierung beziehen zu müssen.

Die Studienlage zeigt bisher recht eindeutig, dass es den Kindern, aber auch den Eltern in Regenbogenfamilien gut geht und die Familienkonstellation den Kindern in keiner Hinsicht schadet. Ein Problem ist jedoch die Diskriminierung, die Familien mit homosexuellen Eltern immer noch vielfach erfahren. Teilweise werden den Vätern auch pädophile Neigungen unterstellt. Dies kann auch für die Kinder sehr belastend sein. Vom Diskriminierungs- und Stigmatisierungsrisiko abgesehen gibt es keinerlei Unterschiede im Wohlbefinden zwischen Kindern homosexueller Eltern und Kindern in anderen familiären Settings (Carone et al. 2018, van Rijn-van Gelderen et al. 2018, Blake et al. 2017, Golombok 2015, Hanson 2021).

5 Transpersonen

Die Anzahl der Personen, die sich selbst als transident oder nichtbinär identifizieren, hat in den vergangenen Jahren deutlich zugenommen (Meyenburg et al. 2021) und wird in Deutschland derzeit mit 17 - 33 Transpersonen (Menschen, die sich nicht mit ihrem bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht identifizieren) pro 100.000 Einwohnern angegeben. Die Ursachen hierfür sind letztlich unklar. Die Studienlage zeigt aber deutlich, dass ein großer Teil der Betroffenen einen Kinderwunsch hat. In einer US-amerikanischen Studie gaben 60% aller befragten jugendlichen Transpersonen einen Kinderwunsch an, in einer schwedischen Studie waren es sogar 70% aller Transmänner und 82% aller Transfrauen (Mattelin et al. 2022, Morong et al. 2022).

Auch unter hormonangleichender Therapie ist eine Konzeption möglich, wenn es zu Geschlechtsverkehr mit dem biologisch anderen Geschlecht kommt. Allerdings kann dies zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen beim so gezeugten Embryo führen, beispielsweise zur Klitorishypertrophie bei Mädchen, die von einem Transmann unter Testosterontherapie ausgetragen werden. Eine Zeugung auf natürlichem Weg sollte daher auf Phasen ohne Gabe von geschlechtsangleichenden Hormonen verlegt werden. Auch Transfrauen, die Östrogen erhalten, können häufig weiterhin Spermien bilden, wenn keine geschlechtsangleichende Operation erfolgt ist. Allerdings führt das „tucking“, also das enge Pressen der männlichen Geschlechtsorgane durch Unterwäsche oder spezielle Hilfsmittel an den Körper, teilweise zu einer deutlichen Verschlechterung der Spermienqualität. Hier kann die Situation entstehen, dass eine Konzeption nicht sicher ausgeschlossen werden kann, also verhütet werden muss, wenn kein Kinderwunsch besteht, die Spermienqualität aber gleichzeitig so schlecht ist, dass bei Kinderwunsch eine natürliche Zeugung erschwert sein kann (Feil et al. 2023).

Nach geschlechtsangleichender Operation ist eine natürliche Konzeption nicht mehr möglich. Idealerweise werden Betroffene vor einer solchen Maßnahme daher über die Möglichkeit informiert, Gameten zu gewinnen und zu kryokonservieren. Aufgrund des geringeren Aufwandes wird dies von deutlich mehr Transfrauen als Transmänner in Anspruch genommen (Mattelin et al. 2022). Transpersonen sollten eine eingehende Beratung sowohl zur Fertilitätsprotektion als auch

zur Kontrazeption erhalten, bevor geschlechtsangleichende Maßnahmen, egal welcher Art durchgeführt werden.

Mit der Entwicklung der Kinder, die in Familien mit einem Trans-Elternteil aufwachsen, befassen sich bisher nur sehr wenige Untersuchungen. Erste kleinere Studien fanden keine Unterschiede in der Kindesentwicklung im Vergleich zu natürlich gezeugten Kindern eines heterosexuellen Paares (Condat et al. 2020).

6 Solomütter

Eine steigende Zahl an Frauen in den Industrienationen entscheidet sich dafür, alleine mithilfe einer Samenspende Mutter zu werden. Teilweise treffen die Frauen diese Entscheidung bereits früh in ihrem Leben, beispielsweise wenn kein Wunsch nach einer Partnerschaft besteht. In den meisten Fällen haben die Betroffenen jedoch zuerst das Ideal einer typischen Kernfamilie angestrebt und sich erst für die Familiengründung als Solomutter entschieden, nachdem sich dies aus unterschiedlichen Gründen nicht verwirklichen ließ (Werner et al. 2021). Viele Frauen lassen sich (insbesondere seitdem dies nach Einführung des Samenspenderregistergesetzes leichter möglich ist) in einem Kinderwunschzentrum behandeln. Andere entscheiden sich für eine Spende eines Bekannten oder für verschiedene Formen eines Co-Parentings mit einer anderen Person oder mehreren anderen Personen und führen die Befruchtung selbst, außerhalb des medizinischen Systems durch. Einige Solomütter etablieren auch Wohnformen, in denen sie mit anderen alleinerziehenden Müttern zusammenleben und einander unterstützen (Zimmermann & Wallraff 2016).

Solomütter sind im Gegensatz zu Frauen in traditionellen Familien meist etwas älter, haben ein höheres Einkommen und arbeiten häufiger in Vollzeit. Den hauptsächlichen Support erhalten sie häufig von ihrer eigenen Familie, meist von der eigenen Mutter (Pettersson et al. 2023). Freunde werden ebenfalls, aber weniger häufig in die Betreuung des Kindes eingebunden. Kindern, die in einer Familie mit einer Solo-Mutter leben, geht es vergleichbar gut wie Kindern in anderen familiären Settings (Golombok et al. 2021, Golombok et al. 2016). Da es auch viele andere Familien gibt, denen eine alleinerziehende Mutter – beispielsweise nach einer Trennung – vorsteht, erleben diese Familien häufig weniger Diskriminierung im Alltag als beispielsweise Familien mit

homosexuellen Eltern. Allerdings erleben Frauen häufig, dass sie sich für ihre Entscheidung aus freien Stücken Solomutter zu werden, in ihrem Umfeld rechtfertigen müssen, wenn dieses davon erfährt. Schwierig ist auch die rechtliche Schlechterstellung der Kinder, da die Mütter beispielsweise bei finanziellen Engpässen keinen Unterhaltsvorschuss für die Kinder beantragen können.

7 Migrant*innen

Obwohl ungewollte Kinderlosigkeit in allen Kulturkreisen etwa gleich hoch ist und in allen Teilen der Erde zu sehr leidvollen Verläufen führen kann, werden ungewollte Kinderlosigkeit sowie mögliche Bewältigungsstrategien kulturell recht unterschiedlich bewertet. Inzwischen leben in Deutschland viele Menschen mit Migrationshintergrund, die teilweise auch eine andere Haltung zu Fertilitätsproblemen mitbringen.

Im Islam hat beispielsweise die Klarheit der Abstammungslinie väterlicherseits einen hohen Stellenwert. Der Islam hat an sich kein Problem damit, bei Fertilitätsproblemen medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Einen besonderen Stellenwert hat dabei die Sorge, dass es bei einer In-Vitro-Fertilisation zu Verwechslungen der Gameten kommen könnte. Wegen der Wichtigkeit der Patrilinearität kommt für Sunniten eine Samenspende nicht in Betracht, auch da die Fortpflanzung unter nicht miteinander Verheirateten nicht gestattet ist.

Im schiitischen Islam werden Gametenspenden teilweise dennoch befürwortet, mit der Begründung, dass Kinderlosigkeit großes Leid über die Ehe bringt. Eizellspenden sind beispielsweise über Kurzehen des Wunschvaters mit der Eizellspenderin möglich. Bei Samenspenden wird auch damit argumentiert, dass es zu keinem körperlichen Kontakt zwischen Samenspender und Wunschmutter kommt und es sich deshalb nicht um einen Ehebruch handele. Im schiitischen Islam sind die sozialen Bindungen wichtiger als die biologischen. Adoptionen sind im Islam dennoch unbekannt, Kinder können lediglich zur Pflege angenommen werden (Brandes 2011).

Im Judentum gibt es das Gebot zur Fortpflanzung „Seid fruchtbar und mehret Euch“ (Genesis 1, 28) und „Niemand unterlasse die Fortpflanzung“ (Jewamot 61b). Dieses gilt als erfüllt, wenn einem mindestens eine Tochter und ein Sohn geboren wurden (Berger 2003). Kinder zu haben, hat daher

eine große Bedeutung und das Judentum erlaubt fast alle denkbaren Reproduktionstechniken. Lediglich gespendeter Samen wird wegen der erforderlichen Masturbation teilweise als problematisch angesehen. Kontrovers diskutiert wird unter jüdischen Gelehrten, wer bei einer Eizellspende oder Leihmutterchaft als eigentliche Mutter anzusehen ist und ob jüdische oder nichtjüdische Gametenspender/innen zu bevorzugen sind (Ziemer 2006). Adoptionen führen nicht zur Erfüllung des Fortpflanzungsgebotes und sind im traditionellen Judentum nicht vorgesehen. Unfruchtbare Menschen sind daher vom Gebot der Fortpflanzung befreit.

Im Katholizismus wird dagegen bereits jede Inanspruchnahme einer medizinischen Behandlung, die Geschlechtsverkehr zur Fortpflanzung umgeht, kritisch gesehen und Adoptionen gelten als die moralisch sauberste Lösung für infertile Paare. Im evangelischen Christentum gibt es insbesondere auf europäischer Ebene inzwischen die Haltung, dass das Leid der Kinderlosigkeit gegen die möglichen Risiken einer Behandlung im Rahmen einer Gewissensentscheidung individuell abgewogen werden muss (Gemeinschaft evangelische Kirchen in Europa 2017).

Unterschiedlich ist auch, welche gesellschaftlichen Konsequenzen es in den einzelnen Kulturen hat, kinderlos zu bleiben. In eher individualistisch organisierten Gesellschaften wie in Europa, Nordamerika oder Kanada wird ungewollte Kinderlosigkeit eher als ein nicht verwirklichtes Lebensziel einer Person wahrgenommen. Die Herausforderung bleibt damit auf den einzelnen Menschen oder das Paar begrenzt. Für die Betroffenen stehen gleichzeitig viele andere sozialen Rollen zur Verfügung, beispielsweise berufliche Orientierungen, soziales und/oder ehrenamtliches Engagement etc. Dennoch erleben kinderlose Frauen und Männer auch in diesen Gesellschaften zum Teil Diskriminierung und Stigmatisierungen. In eher kommunitär organisierten Kulturen ist es hingegen besonders wichtig, die zugewiesene Rolle in einer größeren Gemeinschaft zum Wohle aller gut auszufüllen. Junge Frauen erhalten in diesen Gesellschaften häufig die Aufgabe zugewiesen, Kinder zu gebären und zu erziehen. Ungewollte Kinderlosigkeit betrifft hier deshalb nicht nur das infertile Paar, sondern auch die Großfamilie fühlt sich betroffen. Das Ausbleiben von Kindern kann in diesen Kulturen zu einer Degradierung der Frau bis hin zu einer bloßen Bediensteten führen (Hynie 2016). Auch in zweiten und dritten Einwanderergenerationen können sich noch kulturelle Haltungen der Herkunftskultur erhalten. Häufig entstehen auch hybride Haltungen, die sich in – teilweise widersprüchlichen –

Einstellungen sowohl aus der lokalen als auch aus der Herkunftskultur zeigen (Zimmermann & Biakowski 2020).

In Kinderwunschberatungen mit Betroffenen aus kommunitär organisierten Kulturen fällt oft auf, dass nicht das einzelne Paar entscheidet, was gegen die ungewollte Kinderlosigkeit unternommen werden soll, sondern, dass ältere Familienmitglieder dies mitbestimmen. Auch ist in traditionell organisierten Kulturen männliche Unfruchtbarkeit deutlich stärker stigmatisiert als dies in westlichen Kulturen der Fall ist.

8 Gesellschaftspolitisches Fazit

Kinder sind in Zeiten des demografischen Wandels gesellschaftlich von großer Bedeutung. Ungewollte Kinderlosigkeit ist dabei ein Problem, von dem viele Menschen in Deutschland im Laufe ihres Lebens betroffen sind. Schwierigkeiten zu haben, schwanger zu werden oder kinderlos zu bleiben kann zu erheblichen Belastungen auf vielen Ebenen führen, die mit der Beeinträchtigung von Menschen mit schweren Erkrankungen wie beispielsweise Krebs vergleichbar sind. Viele „neuere“ Formen der Familiengründung gehen dabei mit einem erheblichen Beratungsbedarf einher, der auch im Verlauf des Familienlebens weiter bestehen kann. Dennoch ist die psychosoziale Versorgung von Menschen, die nicht auf natürlichem Wege schwanger werden können, deutlich schlechter als die von Menschen mit Belastungen aufgrund von schweren Erkrankungen – auch wenn in der Dimension des Belastungserlebens eine große Vergleichbarkeit festzustellen ist. Es wäre sinnvoll, wenn psychosoziale Kinderwunschberatung – ähnlich einer psychoonkologischen Beratung – niederschwellig und kostenfrei für alle Betroffenen mit unerfülltem Kinderwunsch verfügbar wäre – unabhängig davon, ob eine medizinische Behandlung in Anspruch genommen wird oder nicht.

Inzwischen gibt es einige Studien, die zeigen, dass es für das Wohl der Kinder relativ unerheblich ist, in welcher Familienform sie aufwachsen und auf welchem Weg die Familie gegründet wurde. Es gibt in Bezug auf das psychische und körperliche Wohlbefinden keine wesentlichen Unterschiede zwischen Kindern aus traditionellen Familien, Kindern, die mit reproduktionsmedizinischer Assistenz entstanden sind, Kindern nach einer Gametenspende, einer Leihmutterchaft oder Kindern mit homosexuellen Eltern oder Solomüttern. Wichtiger ist für das

Kindeswohl zum einen die Beziehungsqualität zu den fürsorgetragenden Elternteilen und zum anderen, der Schutz vor Diskriminierung und struktureller Benachteiligung. Weiterhin ist wichtig, dass die Eltern dazu angeleitet werden, ihre Kinder rechtzeitig und angemessen über ihre Zeugungsgeschichte aufzuklären und dass die Kinder ihr Recht auf Wissen zur genetischen Herkunft umsetzen können. Die medizinische und psychosoziale Beratung zu allen Familienformen sollte dabei unbedingt straffrei erfolgen können.

Vor diesem Hintergrund muss auch bezüglich der bisher in Deutschland verbotenen Inanspruchnahme einer Eizellspende oder Familiengründung mit Hilfe einer Leihmutter diskutiert werden, inwiefern der Schutz vor Ausbeutung von Frauen sowie eine Vermeidung von Benachteiligungen für Kinder nicht besser umgesetzt werden können, wenn die Eizellspende und möglicherweise auch die altruistische Leihmutter unter gut regulierten Bedingungen und nicht anonym auch in Deutschland zugelassen werden würde. Ebenfalls sollte diskutiert werden, ob homosexuellen Paaren ermöglicht werden kann, mit der Zeugung des Kindes die rechtliche Elternschaft ohne nachfolgende Stiefkindadoption für beide Elternteile zu erlangen.

Weiterhin wäre wünschenswert, wenn Samenbanken dazu angehalten werden, von Anfang an breitere Informationen zu den Spendern zu geben, so dass dem Informationsbedürfnis von Spenderkindern entgegengekommen werden kann. Sinnvoll wäre auch, dass über die Samenbanken oder das Samenspenderregister Kontakte zu Halbgeschwistern hergestellt werden können, wenn diese dies wünschen. Weiterhin wäre es vorteilhaft, wenn die Kontaktaufnahme zwischen dem Spender und seinen Nachkommen auf Wunsch von einer Beratung begleitet werden könnte. Das Samenspenderregister sollte über geschultes Fachpersonal zur Beantwortung von Anfragen verfügen und auch deutschlandweit auf geschulte Fachkräfte für Beratungen vor Ort zurückgreifen können. Weiterhin sollten Spender verpflichtend über die psychosozialen Implikationen ihrer Spende aufgeklärt werden müssen.

Nicht zuletzt ist auch darüber nachzudenken, ob die medizinische Behandlung von Fruchtbarkeitsstörungen nicht komplett von den Krankenkassen übernommen werden sollte – unabhängig von Familienstand, sexueller Orientierung und der Nutzung von Fremd- oder Eigengameten.

Literaturverzeichnis

- ACOG Committee Opinion No. 660: Family Building Through Gestational Surrogacy. *Obstet Gynecol.* 2016 Mar; 127(3): 97-103.
- Altmann, J; Kummer, J; Herse, F; Hellmeyer, L; Schlembach, D; Henrich, W; Weichert, A: Lifting the veil of secrecy: maternal and neonatal outcome of oocyte donation pregnancies in Germany. *Arch Gynecol Obstet.* 2022 Jul; 306(1): 59-69.
- Ashburn-Nardo, L: Parenthood as a moral imperative? Moral outrage and the stigmatization of voluntarily childfree women and men. *Sex Roles.* 2017; 76: 393-401. doi: 10.1007/s11199-016-0606-1.
- Bays, A: Perceptions, emotions, and behaviors toward women based on parental status. *Sex Roles.* 2017; 76: 138-155. doi: 10.1007/s11199-016-0655-5.
- Berger, R: Sexualität, Ehe und Familienleben in der jüdischen Moralliteratur (900-1900). Harrassowitz, Wiesbaden. 2003; 26.
- BKiD: Positionspapier zur Eizellgabe. 2022; Online verfügbar unter: <https://www.bkid.de/wp-content/uploads/2022/05/BKiD-Positionspapier-Eizellgabe-2022.pdf>.
- Blake, L; Carone, N; Raffanella, E; Slutsky, J; Ehrhardt, A; Golombok, S: Gay fathers' motivations for and feelings about surrogacy as a path to parenthood. *Hum Reprod.* 2017 Apr 1; 32(4): 860-867.
- Blyth, E; Crawshaw, M; Frith, L; Jones, C: Donor-conceived people's views and experiences of their genetic origins: a critical analysis of the research evidence. *J Law Med.* 2012 Jun; 19(4): 769-789.
- Brandes, R: Seid fruchtbar und mehret Euch. *Deutschlandfunk.* 2011; Online verfügbar unter: <https://www.deutschlandfunk.de/seid-fruchtbar-und-mehret-euch-100.html>.
- Carone, N; Lingiardi, V; Chirumbolo, A; Baiocco, R: Italian gay father families formed by surrogacy: Parenting, stigmatization, and children's psychological adjustment. *Dev Psychol.* 2018 Oct; 54(10): 1904-1916.
- Condat, A; Mamou, G; Lagrange, C; Mendes, N; Wielart, J; Poitier, F; Medikane, F; Brunelle, J; Drouineaud, V; Rosenblum, O; Gründler, N; Andermet, F; Wolf, J; Falissard, B; Cohen, D: Transgender fathering: Children's psychological and family outcomes. *PLoS One.* 2020 Nov 19; 15(11).
- Crawshaw, M: Prospective parents' intentions regarding disclosure following the removal of donor anonymity. *Hum Fertil (Camb).* 2008 Jun; 11(2): 95-100.
- Crawshaw, M; Dally, J: Producing sperm, egg and embryo donors' pen portraits and other personal information for later use by donor offspring: an exploratory study of professional practices. *Hum Fertil (Camb).* 2012 Jun; 15(2): 82-88.
- Cui, C; Wang, L; Wang, X: Effects of self-esteem on the associations between infertility-related stress and psychological distress among infertile chinese women: a cross-sectional study. *Psychol Res Behav Manag.* 2021; 14: 1245-1255. doi: 10.2147/PRBM.S326994.
- De Beradis, D; Mazza, M; Marini, S; e' del Nibletto, S; Serroni, N; Pino, M C; Valchera, A; Ortolani, C; Ciarrochi, F; Martinotti, G; Di Giannantonio, M: Psychopathology, emotional aspects and psychological counselling in infertility: a review. *Clin Ter.* 2014; 165(3): 163-169.

- Dever, M; Saugeres, L: I forgot to have children! Untangling links between feminism, careers and voluntary childlessness. *J Assoc Res Mothering*. 2004; 6: 116-126.
- Dube, L; Bright, K; Alix Hayden, K; Gordon, J: Efficacy of psychological interventions for mental health and pregnancy rates among individuals with infertility: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update*. 2023 Jan 5; 29(1): 71-94.
- Feil, K; Reiser, E; Braun, A; Böttcher, B; Toth, B: Fertilität, Kontrazeption und Fertilitätsprotektion bei Transpersonen. *Dtsch Arztebl Int*. 2023; 120: 243-250.
- Fischer, J; Hammarberg, K; Asian J: Psychological and social aspects of infertility in men: an overview of the evidence and implications for psychologically informed clinical care and future research. *Androl*. 2012 Jan; 14(1): 121-129.
- Foti, F; Karner-Hutuleac, A; Maftai, A: The value of motherhood and psychological distress among infertile women: The mediating role of coping strategies. *Front Public Health*. 2023 Feb 02; 11.
- Gemeinschaft evangelischer Kirchen in Europa (GEKE): Bevor ich Dich im Mutterleib gebildet habe... Eine Orientierungshilfe zu ethischen Fragen der Reproduktionsmedizin. EPV Wien. 2017; 176-192.
- Golombok, S: *Modern Families. Parents and children in new family forms*. Cambridge University Press, Cambridge. 2015.
- Golombok, S; Zadeh, S; Imrie, S; Smith, V; Freeman, T: Single mothers by choice: Mother-child relationships and children's psychological adjustment. *J Fam Psychol*. 2016 Jun; 30(4): 409-418.
- Golombok, S; Zadeh, S; Freeman, T; Lysons, J: Single mothers by choice: Parenting and child adjustment in middle childhood. *J Fam Psychol*. 2021 Mar; 35(2): 192-202.
- Haag, C: Zum Kinderwunsch homosexueller Männer und Frauen, In: Maio / Eichinger / Bozzaro (Hrsg.): *Kinderwunsch und Reproduktionsmedizin*, Freiburg / München. 2013; 414.
- Hanson, B; Leondires, M; Glatthorn, H; Kaser, D; Hotaling, J; Cheng, P: Pathways to fatherhood: evaluating the priorities of self-identified gay and bisexual men pursuing family building options. *F S Rep*. 2021 Oct 11; 3(2 Suppl): 91-99.
- Hertz, R: Sociological Accounts of Donor Siblings' Experiences: Their Importance for Self-Identity and New Kinship Relations. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Feb 11; 19(4): 2002.
- Howe, D Feast, J The Long-term Outcome of reunions between adult adopted people and their birth mothers *The British Journal of Social work* Vol.31, No 3 June 2001 pp351-368
- Hynie, B: *Cross-cultural issues in infertility counseling in Covington and Burns Infertility Counseling*. Cambridge University Press, Cambridge. 2016.
- Isaksson, S; Skoog, Svanberg, A; Sydsjö, G; Thurin-Kjellberg, A; Karlström, P O; Solensten, N G; Lampic, C: Two decades after legislation on identifiable donors in Sweden: are recipient couples ready to be open about using gamete donation? *Hum Reprod*. 2011 Apr; 26(4): 853-860. doi: 10.1093.
- Jadva, V; Freeman, T; Kramer, W; Golombok, S: Experiences of offspring searching for and contacting their donor siblings and donor. *Reprod Biomed Online*. 2010 Apr; 20(4): 523-532.
- Kim, H: Selecting the optimal gestational carrier: medical, reproductive and ethical considerations. *FertSter*; 2020 May; 113(5): 892-896.

- Kirkmann, M: Saviours and satyrs: ambivalence in narrative meanings of sperm provision. *Cult Health Sex*. 2004 Jul; 6(4): 319-334.
- Kirkman-Brown, J; Calhaz-Jorge, C; Dancet, E; Lundin, K; Martins, M; Tilleman, K; Thorn, P; Vermeulen, N; Frith, L: Good practice recommendations for information provision for those involved in reproductive donation. *Human Reproduction Open*, 2022 Feb 16; 1: 1–26.
- Kremer, F; Ditzen, B; Wischmann, T: Effectiveness of psychosocial interventions for infertile women: A systematic review and meta-analysis with a focus on a method-critical evaluation. *PLoS ONE*. 2023 Feb; 18(2): e0282065.
- Lalos, A; Gottlieb, C; Lalos, O: Legislated right for donor-insemination children to know their genetic origin: a study of parental thinking. *Hum Reprod*. 2007 Jun; 22(6): 1759-1768.
- Lampic, C; Skoog Svanberg, A; Sydsjö, G: Attitudes towards gamete donation among IVF doctors in the Nordic countries-are they in line with national legislation? *J Assist Reprod Genet*. 2009 May; 26(5): 231-238.
- Li, J; Hong, L; Ling, L: Mindfulness and fertility quality of life in Chinese women with infertility: assessing the mediating roles of acceptance, autonomy and self-regulation. *J Reprod Infant Psychol*. 2019 Nov; 37(5): 455-467.
- LVSD: Wie viele Kinder gibt es mit gleichgeschlechtlichen Eltern bzw. in Regenbogenfamilien? Offizielle Zahlen werden Vielfalt an Familienkonstellationen nicht gerecht. 2023. Online verfügbar unter: <https://www.lsvd.de/de/ct/3292-Wie-viele-Kinder-gibt-es-mit-gleichgeschlechtlichen-Eltern-bzw-in-Regenbogenfamilien>.
- Martins, M; Basto-Pereira, M; Pedro, J; Peterosn, B; Almeida, V; Schmidt, L; Vosta, M: Male psychological adaptation to unsuccessful medically assisted reproduction treatments: a systematic review. *Human Reproduction Update*. 2016; 22(4): 466–478.
- Mattelin, E; Dtrandell, A; Brymann, I: Fertility preservation and fertility treatment in transgender adolescents and adults in a Swedish region 2013-2018. *Hum Reprod Open*. 2022 Feb 21; 2.
- McCarthy, P: Women's lived experience of infertility after unsuccessful medical intervention. *J Midwifery Womens Health*. 2008 Jul-Aug; 53(4): 319-324.
- Meyenburg, B; Renter-Schmidt, K; Schmidt, G: Changes of sex ratio and prevalence in transgender teenagers over the past 15 years. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother*. 2021 Mar; 49(2): 93-100.
- Mohammadi, M; Samani, R O; Navid, B; Maroufizadeh, S; Sabeti, S: Coping strategy in infertile couples undergoing assisted reproduction treatment. *Middle East Fertil Soc J*. 2018; 23: 482–485. doi: 10.1016/j.mefs.2018.07.004.
- Morong, J; Class, Q; Zamah, A; Hinz, E: Parenting intentions in transgender and gender-nonconforming adults. *Int J Gynaecol Obstet*. 2022 Nov; 159(2): 557-562.
- Nik Hazlina, N H; Norhayati, M N; Shaiful Bahari, I; Nik Muhammad Arif, N A: Worldwide prevalence, risk factors and psychological impact of infertility among women: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*. 2022 Mar 30; 12(3): e057132.
- Oti-Boadi, M; Asante, K O: Psychological health and religious coping of Ghanaian women with infertility. *Biopsychosoc Med*. 2017; 11: 1–7.

- Pereira, H: Children of Single Fathers Created by Surrogacy: Psychosocial Adjustment Considerations and Implications for Research and Practice. *Children*, Basel. 2022 Oct 28; 9(11): 1644.
- Perel, H: Donor daddy, Where Should We begin? With Esther Perel. 2023 Jul 10. Online verfügbar unter: <https://open.spotify.com/episode/0GmmyxBzi1bVfthHZ4tLvy?si=aueBbgcTOiTX3-zRszA7g>.
- Petterson, M L; Sydsjö, G; Lampic, C; Skoog Svanberg, A; Elenis, E: Perceived social support in solo women seeking treatment with donor gametes and in women in heterosexual couples seeking IVF-treatment with own gametes. *Sci Rep*. 2023 Feb 15; 13(1): 2733.
- Poddar, S; Sanyal, N; Mukherjee, U: Psychological profile of women with infertility: A comparative study. *Ind Psychiatry J*. 2014; 23: 117–26. doi: 10.4103/0972-6748.151682.
- Rodino, I S; Burton, P J; Sanders, K A: Donor information considered important to donors, recipients and offspring: an Australian perspective. *Reproductive Biomedicine Online*. 2010; 22: 303–311.
- Sälevaara, M; Suikkari, A M; Söderström-Anttila, V: Attitudes and disclosure decisions of Finnish parents with children conceived using donor sperm. *Hum Reprod*. 2013 Oct; 28(10): 2746-2754.
- Shenfield, F; de Mouzon, J; Pennings, G; Ferraretti, A ;P Andersen, A; de Wert, G; Goossend, V: Cross border reproductive care in six European countries. *Human Reproduction*. 2010 Jun 1; 25(6): 1361–1368.
- Simionescu, G; Doroftei, B; Maftai, R; Obreja, B E; Anton, E; Grab, D: The complex relationship between infertility and psychological distress. *Exp Ther Med*. 2021; 21. doi: 10.3892/etm.2021.9737.
- Söderström-Anttila, V; Sälevaara, M; Suikkari, A M: Increasing openness in oocyte donation families regarding disclosure over 15 years. *Hum Reprod*. 2010 Oct; 25(10): 2535-2542.
- Söderström-Anttila, V; Wennerholm, U B; Loft, A; Pinborg, A; Aittomäki, K; Romundstadt, L B; Bergh, C: Surrogacy: outcomes for surrogate mothers, children and the resulting families-a systematic review. *Hum Reprod Update*. 2016 Mar-Apr; 22(2): 260-276.
- Sublett, O: Creating an extended family through donor sibling relationships, Online verfügbar unter: <https://www.podomatic.com/podcasts/oliviarosesublett>.
- Thorn, P; Wischmann, T: How can psychosocial infertility counselling in Germany be improved. *Gynakol Endokrinol*. 2022; 20(4): 276-279.
- Ulrich, M; Weatherall, A: Motherhood and infertility: viewing motherhood through the lens of infertility. *Feminism Psychol*. 2000; 10: 323–36. doi: 10.1177/0959353500010003003.
- Vander Borght, M; Wyns, C: Fertility and infertility: definition and epidemiology. *Clinical Biochemistry* 2018; 62(12): 2-10.
- van Rijn-van Gelderen, L; Bos, H; Jorgensen, T D; Ellis-Davies, K; Winstanley, A; Golombok, S; Rubio, B; Gross, M; Vecho, O; Lamb, M E: Wellbeing of gay fathers with children born through surrogacy: a comparison with lesbian-mother families and heterosexual IVF parent families. *Hum Reprod*. 2018 Jan 1; 33(1): 101-108.
- Wallraff, D; Thorn, P; Wischmann, T: *Kinderwunsch. Der Ratgeber des Beratungsnetzwerkes Kinderwunsch Deutschland*. Kohlhammer. 2022 2. Auflage.
- Widbom, A Isaksson, S Sydsjö, G Skoog Svanberg, A, Lampic, C Positioning the donor in a new landscape- mothers' and fathers' experiences as their adult children obtained information about the identity-release sperm donor *Hum Reprod*. 2021 Jul 19; 36(8): 2181-2188.

- Werner, A; Frydenrein Funderskov, K; Konge Nielsen, M; Morkholm, H; Boe Danbjorg, D; Rothmann, M J: The journey to solo motherhood – an explorative study. *Sex Reprod Healthc.* 2021 Feb; 27: 100586.
- Wilde, R; McTavish, A; Crawshaw, M: Family building using donated gametes and embryos in the UK: Recommendations for policy and practice on behalf of the British Infertility Counselling Association and the British Fertility Society in collaboration with the Association of Clinical Embryologists and the Royal College of Nurses Fertility Nurses Forum. *Hum Fertil, Cambridge.* 2013 Dec 13; 1-10.
- Wischmann, T: Psychogenic infertility – myths and facts. *J Assist Reprod Genet.* 2003 Dec; 20(12): 485-494.
- Wu, W; La, J; Schubach, K M; Lantsberg, D; Katz, D: Psychological, social, and sexual challenges affecting men receiving male infertility treatment: a systematic review and implications for clinical care. *Asian J Androl.* 2022 Nov 11.
- Ziemer, A: Schwangerschaftsabbruch, Stammzellforschung und Präimplantationsdiagnostik: Wie Judentum und andere Weltreligionen bioethische Fragen beantworten. *Jüdische Allgemeine.* 2006.
- Zimmermann, J; Biakowski, A: Beratung bei ungewollter Kinderlosigkeit, In: Gillessen / Golsabahi-Borclawski / Biakowski / Brolawski: *Interkulturelle Kommunikation in der Medizin.* Springer. 2020.
- Zimmermann, J; Wallraff, D: Eine Familie mit Samenspende gründen. *FamArtVerlag.* 2016.

Dr. med. Judith Zimmermann

Fachärztin für Innere und Allgemeinmedizin

Systemische Psychotherapeutin

Zertifizierte Kinderwunschberaterin BKiD

Lanzelhohl 31a

55128 Mainz

julisonne@gmx.de

www.boppstrasse38.de