

Kinderwunsch Wunschkind



Inhalt

Editorial

Zahlen und Fakten zum Kinderwunsch in Deutschland

Kinderwunsch: Gibt es einen Aufwärtstrend?

Renate Leinmüller

Wandel der Kinderwunschberatung in den letzten zehn Jahren

„Wir unterstützen Paare, deren Lebensziele in Frage gestellt sind“

Annette Tretzel

„Wenn wir das Recht auf selbstbestimmte Elternschaft ernst nehmen, müssen wir pädagogisch den Kinderwunsch emanzipieren“

Interview mit Konrad Weller

Unerfüllter Kinderwunsch

Bewältigungsstrategien bei ungewollter Kinderlosigkeit

Kerstin Brusdeylins

Social Freezing

Zeitverlagerte Schwangerschaft:

Eine neue Perspektive für Frauen mit Kinderwunsch?

Hartmut Kreß

LGBT

Kinderwunsch und neue Familienmodelle

Constanze Körner

Eine unpopuläre Entscheidung

„Ich will kein Kind“

Anja Uhling und Sonja Siegert

Studie zum Verhütungsverhalten unter ALG II-Bezug

„Pille oder Risiko?“

Tanja Nitz und Ulrike Busch

Aus den Landesverbänden

Niedersachsen – Jubiläum in Goslar

Bayern – pro familia Regensburg verabschiedet Axel Sommer

Schleswig-Holstein – Familienplanung – ein Menschenrecht für alle

Bremen – Projekt finanziert kostenlose Verhütungsmittel

Hamburg – Anleitung zum Wohlfühlen für Mädchen

Kurzberichte

Termine

3

4

7

11

14

18

21

24

28

30

30

30

31

31

31

31

Impressum

ISSN 0175-2960 / 42. Jahrgang · 5,10 Euro

Herausgeber und Redaktion:

pro familia Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V.

Bundesverband, Stresemannallee 3

60596 Frankfurt am Main

Telefon: 069 26 95 779-0

Fax: 069 26 95 779-30

Internet: www.profamilia.de

E-Mail: info@profamilia.de

V.i.S.d.P.:

Prof. Dr. Daphne Hahn

Redaktion: Prof. Dr. Daphne Hahn,

Regine Wlassitschau

Bezug: Für ein Einzelheft 5,10 Euro zuzüglich Versandkosten und einschließlich Mehrwertsteuer. Für ein Jahresabonnement 19,50 Euro (Ausland 21,50 Euro) einschließlich Mehrwertsteuer.

Das Abonnement erstreckt sich über ein Kalenderjahr. Es verlängert sich automatisch um ein Jahr, wenn nicht bis zum 30. September eines Jahres gekündigt wird. Das Jahresabonnement wird am Jahresanfang in Rechnung gestellt. Bestellungen richten Sie bitte direkt an den pro familia Bundesverband, Frankfurt.

Erscheinungsweise:

Vierteljährlich

Anzeigen:

Zur Zeit gelten die Mediadaten 1/2014

Layout:

Katharina Gandner

Druck: Strube OHG, 34584 Felsberg

Copyright:

©pro familia Bundesverband, Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e.V., Frankfurt am Main.

Die Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Die Textinhalte geben die AutorInnenmeinung wieder und stimmen nicht zwangsläufig mit der Meinung der pro familia Redaktion überein. Dies gilt ebenfalls für Anzeigen und Beilagen.

Titel-Foto: copyright (c) PantherMedia

Editorial

Kinderwunsch – Wunschkinder – kein zu weites Feld

■ Der Rechteansatz ist Grundlage für die Arbeit von pro familia. Das individuelle Recht auf sexuelle Selbstbestimmung ist gesellschaftlicher Konsens und im Verband leitende Idee. Reproduktive Rechte verstanden als Selbstbestimmung darüber, ob und wann ein Kind geboren wird, gehören ebenfalls zu den verbandsleitenden Ideen. pro familia hat eine klare Position zum Schwangerschaftsabbruch und zum individuellen Recht von Frauen, selbst zu bestimmen, ob sie ein Kind zur Welt bringen oder nicht. Wie sieht es aber mit dem Recht auf reproduktive Selbstbestimmung aus, wenn darunter verstanden wird, für alle Menschen und Partnerschaftskonstellationen alle zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zu nutzen, den eigenen Kinderwunsch Wirklichkeit werden zu lassen?



Die Realisierung reproduktiver Rechte ist in ein Netz gesellschaftlicher Rahmenbedingungen, rechtlicher Regelungen, Werte und Normen auf der einen sowie individueller und partnerschaftlicher Lebensvorstellungen auf der anderen Seite eingebunden. Die gewünschte Anzahl an Kindern wird von jungen Menschen recht hoch angegeben. Die Realität sieht anders aus. Frauen (und Männer) müssen Entscheidungen bezüglich ihrer beruflichen Ausbildung und Karriereplanung treffen, leben mit der oft aufreibenden Ambivalenz, unterschiedlichen Lebenswünschen Raum zu geben, Beruf und Familie auszubalancieren und finden nur unzulängliche Lösungen. Der Wunsch nach einem Kind wird nicht realisiert, weil die finanziellen Aussichten unsicher sind, die beruflichen Perspektiven Diskontinuität erwarten lassen oder der passende Partner fehlt. Das ist die eine Seite des Themas Kinderwunsch – Wunschkinder: Grenzen, die gesellschaftlich gesetzt sind und veränderbar wären. Unsere derzeitige Familienministerin hat mit dem Vorschlag, eine 32-Stunden-Woche für Eltern einzuführen, eine grundlegende Idee zum Thema formuliert. Es gäbe weitere.

Eine andere Seite des Themas und eng mit den reproduktiven Rechten verknüpft ist der Zugang zu Angeboten für jene Menschen mit Kinderwunsch, die medizinische Unterstützung benötigen. Wenn Menschen einen starken Kinderwunsch haben und kein Kind bekommen, kann großes Leid entstehen. Viel ist derzeit

möglich und viel mehr noch wird möglich werden. Ein unerfüllter Kinderwunsch ist schon lange nichts mehr, was als unbeeinflussbarer Schicksalsschlag akzeptiert wird. Im Gegenteil: – Wir leben im Zeitalter zu planender Lebensverläufe und dem damit verbundenen Zwang, alles möglich zu machen, um privat und beruflich erfolgreich zu sein.

Das Recht, über die eigene Fortpflanzung zu entscheiden, ist ein wesentlicher Teil des Rechtes auf Selbstbestimmung. Insofern haben Frauen ein Recht, Angebote der Reproduktionsmedizin wahrzunehmen, damit ihr Kinderwunsch in Erfüllung geht. Bisher sind in Deutschland etwa 184.000 Kinder durch reproduktionsmedizinische Unterstützung geboren worden und viele Paare konnten sich so ihren Kinderwunsch erfüllen. Das Recht auf reproduktive Selbstbestimmung gilt aber nicht nur für verheiratete heterosexuelle Paare, sondern auch für andere Konstellationen des partnerschaftlichen Zusammenlebens, in denen ein Kinderwunsch besteht. Viele finden individuelle Lösungen oder suchen sich Unterstützung im europäischen Ausland. Diese Aspekte des Rechtsansatzes werden wir in den kommenden Jahren zu diskutieren und zu klären haben.

Ich wünsche viel Vergnügen beim Lesen des neuen magazins und freue mich wie immer auf Kommentare zum Heft.



*Ihre
Prof. Dr. Daphne Hahn
pro familia Bundesvorsitzende*

Zahlen und Fakten zum Kinderwunsch in Deutschland

Kinderwunsch: Gibt es einen Aufwärtstrend?

Renate Leinmüller

■ Wünsche können sich erfüllen, müssen aber nicht. Der Kinderwunsch bildet hierbei keine Ausnahme. Wenn Paare ihr Leben mit oder ohne Trauschein auf eine gemeinsame Basis stellen, lag früher auch die Familiengründung nahe. Heute sind die Prioritäten geändert, der Kinderwunsch wird aufgeschoben. Ein nicht unbeträchtlicher Teil der Paare – etwa acht von hundert – verzichtet bewusst auf Kinder. Nur bei einem Viertel der Kinderlosen ist dieser Zustand ungewollt.

Die jüngsten Fakten

Laut Mikrozensus 2012¹ haben Mütter in Deutschland durchschnittlich zwei Kinder. Im Jahr 2012 hatten die 45 bis 49 Jahre alten Mütter zu einem knappen Drittel (31 Prozent) ein Kind, knapp die Hälfte (48 Prozent) zwei Kinder, zu 15 Prozent drei und zu sechs Prozent vier oder mehr Kinder geboren. Jede fünfte Frau Mitte 40 in Deutschland ist kinderlos, in Hamburg und Berlin fast jede Dritte. Ebenso hoch liegt die Quote bei Frauen mit akademischem Abschluss.

Die Entscheidung für ein Kind ist selbstbestimmt. Sie unterliegt jedoch äußeren sozialen Faktoren, persönlichen Wertigkeiten und der partnerschaftlichen Abstimmung. Der reale Kinderwunsch wird beeinflusst durch

- längere Ausbildungszeiten, damit
- späterer finanzieller Unabhängigkeit und
- steigendem Alter bei Erstgeburt.
- Partner (haben oder nicht, Einverständnis)
- Vereinbarkeit Familie/Beruf (Teilzeitarbeit nicht wertgeschätzt)
- Unsichere Zukunftsperspektiven
- Finanzielle Möglichkeiten
- Wertigkeit im Vergleich mit anderen Lebenszielen
- Auswirkungen auf die Lebensqualität.

Geburtenverhalten

Deutschland gilt als Land mit niedriger Fertilität: Der langfristige Trend zu niedrigen Geburtenziffern begann bereits vor dem „Pillenknicke“ Ende der 60er Jahre des vergangenen Jahrhunderts. Gestiegen ist der Anteil von Frauen ohne Kinder, gleichzeitig sank die Kinderzahl pro Mutter. Frauen des Geburtsjahrgangs 1940 hatten noch zu über 40 Prozent drei und mehr Kinder geboren, nur eine von zehn blieb kinderlos. Beim Jahrgang 1965 sind drei und mehr Kinder nur noch bei einem guten Fünftel (21,7 Prozent) zu verzeichnen.

Die jährliche Geburtenziffer ist seit über drei Jahrzehnten allerdings relativ konstant: Die rückläufige Geburtenzahl bei Frauen unter 30 Jahren

wird durch die höheren Zahlen bei älteren Frauen kompensiert.

Kinderwunsch: Idealbild

Die Zwei-Kind-Familie gilt als Idealbild für 50 Prozent der Frauen, aber nur für vier von zehn Männern. Ideale Bedingungen vorausgesetzt, ergaben Umfragen in der jüngeren Bevölkerung relativ lange eine gewünschte Zahl von 1,74 Kindern (Männer: 1,57)². Inzwischen ist die „magische Zweiermarke“ offensichtlich überschritten, wie eine aktuelle Analyse aus dem Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (BiB)³ ausweist. Beim Vergleich von Befragungen zwischen 2001 und 2012 zeigte sich für alle Dimensionen des Kinderwunsches (siehe Kasten) eine Zunahme. Als ideal werden 2,2 Kinder pro Frau eingestuft, das Leitbild sind zwei Kinder und der realistische Wert liegt bei fast 1,8 Kindern.

Ist damit eine Trendwende in Sicht? Das bleibt abzuwarten, denn aus dem Kinderwunsch ist kein Rückschluss auf realisierte Geburten in der Zukunft möglich. Die Realität: Nach den jüngsten Daten bekommen Mütter im Durchschnitt zwei Kinder. Bei rund einem Drittel (31 Prozent) bleibt es beim Einzelkind, knapp die Hälfte (48 Prozent) hat zwei und 15 Prozent drei und mehr Kinder.

Alter bei Erstgeburt steigt stetig

Im Jahr 1970 waren Frauen bei der Geburt ihres ersten Kinds im Mittel 24 Jahre alt. 2012 lag das Alter bei 29 Jahren. Damit wird der Anteil unter 30-jähriger Mütter immer kleiner. Gleichzeitig stellen diese Frauen bisher die Gruppe der potenziellen Mütter mit mehreren Kindern.

Durch das Aufschieben der Familiengründung wird das Zeitfenster für die Umsetzung des Kinderwunschsplan enger. Ein unübersehbarer Grund für die spätere Mutterschaft ist nach dem Update der Brigitte-Studie die schwierige Vereinbarkeit mit dem Beruf: Frauen wollen verantwortungsvoll arbeiten. Teilzeitarbeit werde gesellschaftlich nicht wertgeschätzt – ein nachfolgender Wiedereinstieg in Vollzeitarbeit wird als schwierig eingestuft.

Bei der späten Familiengründung paart sich zudem der gesellschaftliche Trend mit falschen Vorstellungen zum Ende der fruchtbaren Phase der Frau⁴: Nach einer repräsentativen Umfrage des Allensbach Institutes glaubten vier von zehn über 16-Jäh-

rigen, eine Schwangerschaft werde ab 40 Jahren schwerer. Immerhin 14 Prozent sahen diese Grenze erst bei 45 Jahren – wobei „Leitbilder“ von prominenten sehr späten Müttern eine Rolle spielen dürften.

Zunahme reproduktionsmedizinischer „Nachhilfe“

Tatsächlich sinken ab einem Alter von etwa 35 Jahren die Chancen einer Frau auf den Eintritt einer Schwangerschaft. Die Ursache: Die Reserve an Eizellen in den Eierstöcken nimmt ab – wohl nicht nur die Menge, sondern auch die Qualität. Selbst bei professioneller „Nachhilfe“ mit den modernen Methoden der Reproduktionsmedizin nimmt die Wahrscheinlichkeit für eine Schwangerschaft und Lebendgeburt⁵ ab.

Das „Social Freezing“ von Eizellen ist hierzulande (noch) ein Randphänomen: Eine Möglichkeit für gut betuchte Frauen, die den Richtigen noch nicht gefunden haben und sich die Option auf eine Familiengründung noch offen halten wollen. In den USA besteht eine erhebliche – geschürte – Nachfrage. Hierzulande hat das Netz-

werk FertiProtekt vorsorglich freiwillige Regeln aufgestellt.

Gewollte und ungewollte Kinderlosigkeit

Dass die gewünschte Kinderlosigkeit ein unübersehbarer Teil des Kinderwunsches ist, hatte bereits die Population Policy Acceptance Study im Jahr 2003 bei der Befragung von rund 4.000 Frauen und Männern in Ost und West ergeben². Kinderlos bleiben wollten immerhin 14,6 Prozent der Frauen und 26,3 Prozent der Männer.

Diese Werte lagen deutlich höher als die Vergleichswerte von 9,9 beziehungsweise 11,8 Prozent des Jahres 1992. Ein noch klareres Bild ergab sich in der Untergruppe Kinderlosen im Alter zwischen 20 und 39 Jahren: Mehr als ein Drittel (36 Prozent) von ihnen wollten diesen Zustand beibehalten. Als wichtigste Gründe gegen ein (weiteres) Kind wurde bei den Frauen im reproduktiven Alter das Fehlen eines festen Partners ermittelt, an zweiter Stelle Sorgen um die Zukunft der Kinder – und um den eigenen Lebensstandard. Antworten von Männern zu diesem Punkt sind in der Broschüre des BiB nicht publiziert.

Im jüngsten Mikrozensus lag die Kinderlosenquote bei 22 Prozent, mit deutlichen Unterschieden zwischen Ost (15 Prozent) und West (23 Prozent). Besonders ausgeprägt ist demnach die Kinderlosigkeit in den Stadtstaaten (Hamburg, Berlin, Bremen). Die geringsten Quoten bei Flächenstaaten wurden in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern im Osten sowie im Saarland und Baden-Württemberg im Westen ermittelt.

Dimensionen des Kinderwunsches

Abhängig von der Fragestellung unterscheiden sich die Antworten auf Fragen zum Kinderwunsch. Studien, die unterschiedliche Ebenen des Kinderwunsches abfragen, sind deshalb nicht vergleichbar.

Idealer Kinderwunsch

Abfrage eines Idealbildes: Gewünschte Kinderzahl bei idealen persönlichen Lebensumständen

Realistischer Kinderwunsch

Zahl der gewünschten Kinder unter Berücksichtigung der tatsächlichen Lebensumstände der Befragten.

Kinderwunsch-Leitbild

Gewünschte Zahl der Kinder ohne Zeitrahmen für die Geburt und ohne Berücksichtigung der konkreten Lebensumstände

Fehlende Partner und medizinische Probleme

Wie hoch der Anteil der ungewollten Kinderlosigkeit liegt, war Gegenstand einer Studie des Allensbach-Institutes im Jahr 2007. Danach hatten weniger als ein Zehntel der Kinderlosen bewusst die Entscheidung gegen Kinder getroffen: Häufig mangelte es am Partner oder die erwünschte Schwangerschaft kam nicht zustande. Bei Eltern, die sich weitere Kinder wünschen, waren finanzielle Probleme wichtig.

Ein knappes Drittel (30 Prozent) der befragten 25- bis 59-Jährigen waren kinderlos, aber nur acht Prozent freiwillig. Fast ein Viertel (22 Prozent) wünschten sich ein Kind, wobei der Prozentsatz bei Kinderlosen etwas höher liegt als bei Eltern (13 bzw. neun Prozent). Jeder Siebte wollte früher einmal ein – erstes oder zusätzliches – Kind. Zusammengefasst ergibt dies 36 Prozent der Befragten mit früherem oder aktuellem Kinderwunsch. Hochgerechnet auf Deutschland wären dies 12,8 Millionen Frauen und Männer.

In mehr als jedem zehnten Fall (13 Prozent) berichtete diese Gruppe über Probleme bei der Konzeption. Dieser Anteil ist bei den Befragten, die sich früher Kinder wünschten, erheblich höher: Bei über einem Drittel (34 Prozent) hat es mit dem Schwangerwerden nicht geklappt.

„Damit weist ein beachtenswerter Anteil auf medizinische Probleme hin“, kommentierte Dr. Reiner Klingholz, Direktor des Berlin-Instituts für Bevölkerung und Entwicklung, bei der Vorstellung der Broschüre „Ungewollt kinderlos“⁶ vor der Presse.

„Wir können davon ausgehen, dass dies insgesamt für rund 1,4 Millionen Männer und Frauen zutrifft.“

Vier von fünf Frauen haben deswegen zwar einen Arzt aufgesucht, aber nur jede dritte einen Facharzt für Reproduktionsmedizin. Das ergab eine Umfrage bei 300 Paaren mit länger als einem Jahr bestehendem Kinderwunsch. Zwei Drittel setzen einfach auf die Zeit und hoffen, dass es auch ohne spezifische Therapie „noch klappt“.

Reproduktionsmedizin als „letzte Chance“

Zur Verwirklichung des Kinderwunsches bieten bundesweit inzwischen mehr als 120 spezialisierte Zentren ihre Dienste an. 184.000 Kinder sind seit der Erfassung der „künstlichen Befruchtung“ in den Jahrbüchern dokumentiert – entsprechend einer Stadt wie Kassel. Die Behandlung mit Methoden der Reproduktionsmedizin wurde zwar in der Umfrage von der Hälfte der Befragten akzeptiert. 76 Prozent stuften diese Therapieformen aber als „letzte Chance“ ein. Die Kosten entpuppten sich dabei als relativ nachrangig.

Fazit

Menschen in jungen Jahren wünschen sich im Idealfall mehr Kinder als sie später realisieren. Der Kinderwunsch ist zwar wichtig, muss aber mit anderen Lebenswerten konkurrieren und wird zunehmend aufgeschoben. Ein partnerschaftlicher Kinderwunsch muss immer wieder dynamisch ausgehandelt werden. Die nach hinten verlagerte Familienplanung kann zum „Wettkampf mit der Zeit“ werden: Die verbleibende reproduktive Phase der Frau wird kür-

zer, die natürlichen Chancen auf eine Schwangerschaft nehmen ab. Der Wunsch nach mehreren Kindern wird schwierig umzusetzen.

Die Kinderlosigkeit nimmt unübersehbar zu – gewollte und ungewollte Fälle. Doch die jüngsten Ergebnisse von Umfragen scheinen auf den Beginn einer Trendwende beim Kinderwunsch hinzuweisen. In allen Dimensionen wird ein Anstieg gemessen: bei der Zahl gewünschter Kinder, beim Kinderwunsch-Leitbild und beim realistischen Kinderwunsch. Ob es sich dabei um einen frühen Indikator für einen kommenden Geburtenanstieg handelt, bleibt abzuwarten. Rückschlüsse auf zukünftig realisierte Geburten sind nicht möglich. <<

1 Mikrozensus 2012: Geburtenrends und Familiensituation in Deutschland 2012, Statistisches Bundesamt

2 Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, Broschüre „Einstellungen zu demographischen Trends und zu bevölkerungsrelevanten Politiken“ (2005) zur Population Policy Acceptance Study 2003

3 Dorbritz/Naderi in: Bevölkerungsforschung Aktuell, August (4) 2013

4 Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 10005, 2007

5 DIR – Deutsches IVF-Register, www.deutsches-ivf-register.de

6 Ungewollt kinderlos. Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung 2007



Dr. Renate Leinmüller ist freie Medizinjournalistin in Eltville mit Schwerpunkt Gynäkologie,

Andrologie und Reproduktionsmedizin, www.rheinmain-medizin-journalisten.de.

Wandel der Kinderwunschberatung in den letzten zehn Jahren

„Wir **unterstützen** Paare, deren Lebensziele in Frage gestellt sind“

Annette Tretzel

■ Wenn in unserer Beratungsstelle Menschen nach einer Beratung fragen, erzählen sie kurz am Telefon ihr Anliegen. Während früher äußerst selten schon bei der Anmeldung „unerfüllter Kinderwunsch“ als einziges zugrundeliegendes Problem angesprochen wurde, sondern oft erst im Verlauf der Beratungsgesprächs als Problem auftauchte, ist das heute anders: „Unerfüllter Kinderwunsch“ an sich ist ein „anerkannter“ Beratungsanlass geworden und Grund genug, sich Unterstützung zu holen.

Vor zehn Jahren haben wenige Betroffene psychosoziale Kinderwunschberatung wahrgenommen. Für die Kinderwunschpaare war es oftmals nicht einsichtig, inwiefern psychosoziale Beratung ihnen helfen könnte. Nur bei „psychogener“ Sterilität schien eine psychosoziale Beratung angebracht. Unfruchtbarkeit wurde als unbewusster Konflikt gegenüber der Mutterrolle bzw. Elternschaft gesehen. So war es in verschiedenen Zusammenhängen zu lesen und prägte – zum Teil noch bis heute – die Mei-

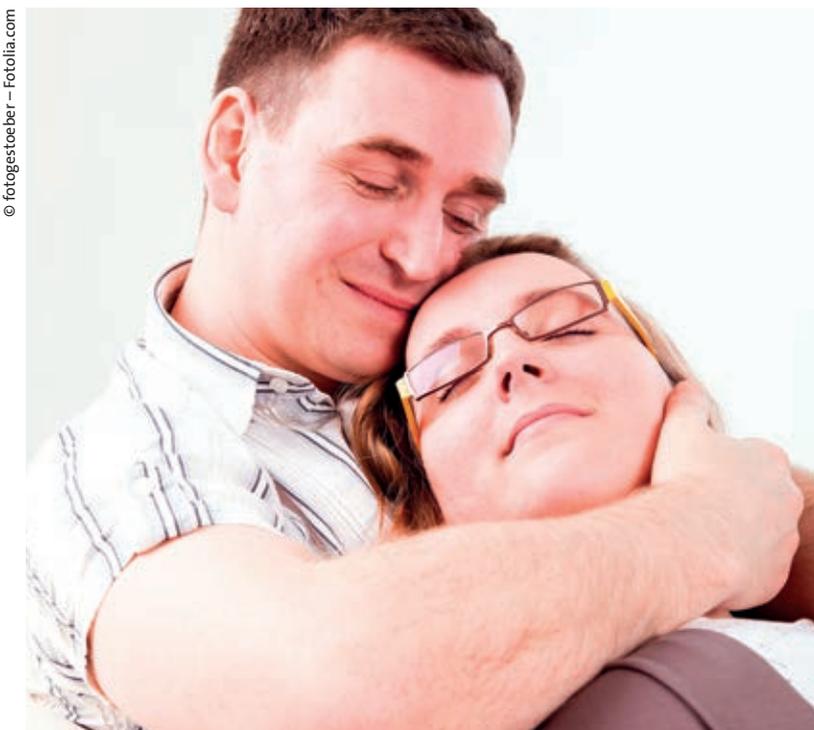
nung über die Ursachen eines medizinisch nicht zu erklärenden unerfüllten Kinderwunsches.

Als Beispiele dieses Erklärungszusammenhangs war damals zu lesen:

„Die Ambivalenz ist wohl das bedeutendste Phänomen bei der funktionellen Unfruchtbarkeit. ... Dieser Teil des Menschen, der sich also – aus psychologisch guten Gründen – gegen ein Kind wehrt, darf wegen der mit ihm verbundenen Schmerzen und Scham nicht bewusst werden.“ (Ute Auhagen-Stephanos: „Wenn die Seele Nein sagt. Vom Mythos der Unfruchtbarkeit, 1991, Seite 89). Auch in der Zeitschrift Psychologie Heute ist im Mai 2009 in einem Gespräch mit Frau Auhagen-Stephanos noch zu lesen: „Ich muss ... versuchen zu erfahren, was die Frauen wirklich wollen und welche unbewusste Motivation eine Schwangerschaft verhindern könnte“ (Seite 40).

Früher wurde vor allem an unbewussten Blockaden gearbeitet

„Auch unbewusste Ängste können die Fruchtbarkeit beeinflussen. Können diese bewusst gemacht und abgebaut werden, ist es möglich, dass es auch ohne Behandlung zu einer Schwangerschaft kommt“ (Unerfüllter Kinderwunsch, Informationsbrochure von pro familia, 1992, Seite 16).



Paare mit unerfülltem Kinderwunsch erleben eine starke psychische Belastung.

Diese Sichtweise prägte das Bild in der Allgemeinbevölkerung und das Beratungskonzept. Psychologische Beratung hatte in erster Linie die Funktion, tieferliegende Konflikte aufzudecken, die einem Kinderwunsch im Wege stehen. Sehr einstellungsleitend war die Auffassung, selbst dazu beizutragen, dass sich der Wunsch nicht erfüllt, wenn es keinerlei medizinische Interpretation gab. Das nicht Erklärbare wurde durch tiefenpsychologische Deutungen aufgefangen und erst die Arbeit an den inneren unbewussten Blockaden versprach eine Wunscherfüllung.

Dies hatte Auswirkungen auf den Beratungsprozess: Als Beraterin spürte ich neben einer starken Verzweiflung und Ungeduld einen massiven Ärger, eine Wut, die meist nur implizit zum Ausdruck kam in einer nur selten direkt ausgesprochenen Frage wie: „Welche tieferliegenden Blockaden muss ich denn überwinden, damit es endlich klappt?“ „Sagen Sie mir doch, was ich tun soll! Ich habe doch schon alles gemacht und jetzt bin ich auch noch bei einer psychologischen Beratung.“

Diese Abgabe der Verantwortung an die Expertin, die jetzt sagt, wo die unbewussten Blockaden sind, verbunden mit dem Gefühl, selbst schuld zu sein, erschwerte die Beratungsatmosphäre und löste oft auch bei mir als Beraterin Wut und Ärger aus. Psychoanalytisch ist dies leicht in der Gegenübertragung zu deuten, dass ich die Wut spüre über unbewusste Ambivalenzen, mit denen sich die Betroffenen nicht auseinandersetzen wollen.

Dieses Gefühl hat sich bei mir in der Beratung völlig verändert. Dies mag

einer wachsenden Professionalität mit diesem Thema über die Jahre geschuldet sein, aber ich denke noch viel mehr der veränderten Rolle, die mir als Beraterin zukommt. Das Beratungsverständnis hat sich über die Jahre grundlegend gewandelt.

Eine großangelegte deutsche empirische Studie zur Fertilität („Heidelberger Kinderwunsch-Sprechstunde“) sowie Forschungserkenntnisse aus dem angelsächsischen Raum haben entscheidend zu einer langsamen Entpathologisierung und Entstigmatisierung beigetragen: Paare mit unerfülltem Kinderwunsch unterscheiden sich in ihren Persönlichkeitsmerkmalen nicht von der Allgemeinbevölkerung.¹ Unterschätzt werden darf jedoch nicht die starke psychische Belastung durch einen unerfüllten Kinderwunsch und durch reproduktionsmedizinische Behandlungen. Damit sind depressive Symptome die Folge dieser existentiellen Krise und nicht ihre Ursache.

Öffentlichkeitsarbeit macht auf das Problem ungewollter Kinderlosigkeit aufmerksam

Aber nicht nur das Beratungsverständnis hat sich verändert, auch die Erwartungen und Voreinstellungen, mit denen Betroffene Beratung aufsuchen. Dazu haben die Beratungsverbände und insbesondere das im Jahre 2000 gegründete Beratungsnetzwerk Kinderwunsch (BKID) mit einer zunehmend präsenten Öffentlichkeitsarbeit beigetragen. In den letzten Jahren ist Kinderwunsch in den Medien ein ständig wiederkehrendes Thema geworden. Auch wenn die Anlässe der Diskussion sich eher an Extremen festmachen (Leihmutterschaft etc.) oder das Problem für

andere Themen instrumentalisieren (Geburtenrückgang etc.), bekommt das Problem, dass fünf Millionen Menschen in Deutschland ungewollt kinderlos sind, einen Platz im öffentlichen Bewusstsein.

Während wir vor zehn Jahren nur gelegentliche Anfragen in der Beratung hatten, haben wir heute beim Ortsverband München durchschnittlich zwei bis drei Anfragen pro Woche, und das, obwohl die Zahlen der Menschen mit unerfülltem Kinderwunsch nicht drastisch gestiegen sind.²

Neben den allgemein geschilderten Veränderungen trug in unserem speziellen Fall die Öffentlichkeitsarbeit entscheidend dazu bei: Wir veranstalteten 2007 ein eintägiges Kinderwunschforum. In diesem wurden in Vorträgen und Workshops die Bereiche der Schulmedizin (Reproduktionsmedizin), Komplementärmedizin (Spektrum von Naturheilkunde, Homöopathie bis hin zur TCM) und psychosozialer Beratung nebeneinandergestellt. Ein derartiges Forum mit anderen thematischen Schwerpunkten haben wir 2011 wiederholt. Beide Foren waren sowohl für Betroffene als auch für Fachleute geöffnet und wurden von beiden Gruppen besucht.

Im Jahre 2011 war unerfüllter Kinderwunsch das Jahresthema des Landesverbands Bayern und es fand eine Pressekonferenz statt, bei der auf dem Podium RepräsentantInnen der Reproduktionsmedizin, der Psychologie sowie Betroffene vertreten waren. Diese Veranstaltungen zeigten nicht nur den Betroffenen, dass sie sich mit dem Thema an pro familia wenden können, sie signalisierten auch, dass sich psychosoziale Beratung und re-

produktionsmedizinische Behandlungen nicht gegenseitig ausschließen.

Kooperation mit reproduktionsmedizinischen Zentren

Im direkten Austausch mit reproduktionsmedizinischen Zentren in München konnte mit dem Vorurteil, dass psychosoziale BeraterInnen von medizinischen Behandlungen abraten, aufgeräumt werden. Vielmehr wird es von einzelnen ReproduktionsmedizinerInnen als entlastend erlebt, dass sie Betroffene an Beratungsstellen weiterverweisen können.

Der häufig stattfindende Abbruch von laufenden reproduktionsmedizinischen Behandlungen zeigt die enormen physischen und psychischen Belastungen.

Während früher in erster Linie Frauen die Beratung in Anspruch nahmen, sind es heute ebenso viele Paare. Männer, die allein in die Beratung kommen, bilden immer noch eine Minderheit.

Die Beratungen dauern von einzelnen Sitzungen bis zu längeren Begleitungen. Die zeitlichen Abstände der Beratungen richten sich nach dem Bedarf der KlientInnen.

Die Betroffenen suchen neben den konkreten Anliegen (Umgang mit dem Thema im Freundeskreis, Arbeitsumfeld, Treffen einer Freundin, die gerade ein Kind bekommen hat, Informationen zur Fremdsamenspen-

© Marius Graf – Fotolia.com



Beratung unterstützt dabei, Lebenskrisen zu überwinden.

de, Finden des für beide Partner passenden Behandlungskonzepts und -verlaufs, Abschied etc.) in erster Linie einen Weg aus einer diffusen Depression, einer tiefen Verzweiflung und Hilflosigkeit, was sich in Schlafstörungen, ständigem Weinen äußert und bis dahin führt, dass sie ihre Arbeitsfähigkeit stark gefährdet wahrnehmen.

Auch wenn oft die Frauen die „Symptomträgerinnen“ sind und ihre Depression mehr zum Ausdruck bringen, wird auch die männliche Verzweiflung deutlich, wenn ihr entsprechend Raum gegeben werden darf.

Psychosoziale Beratung ist in diesem Kontext eine ressourcenfördernde und lösungsorientierte Krisenintervention. Es gilt, Paare oder Einzelne anzunehmen in ihrer Verzweiflung, dass zentrale Lebensziele in Frage gestellt werden und Gefühle von Kon-

trolle, Glauben an Fairness verlorengegangen sind und sie sich selbst und ihren Körper als völlig defizitär erleben. In diesem Sinne ist es eine existentielle Beratung. Über das Beraterische Mitgefühl, die Präsenz und die Fürsorge kann ein Rahmen geschaffen werden, der eine allmähliche schmerzhafteste Anerkennung und Auseinandersetzung mit gegebenen menschlichen Grenzen ermöglicht.

Beratung hilft, Veränderungen zu ermöglichen

Gleichzeitig gilt es, andere Schwerpunkte in den Blick zu nehmen: Welche Faktoren im momentanen Leben tragen zusätzlich zur Belastung bei und welche Veränderungen werden vielleicht gerade aufgrund des Kinderwunsches immer verschoben (Reduktion oder Aufgabe einer stressigen und unbefriedigenden Arbeitssituation von der Frau oder auch dem Mann etc.)? Was kann das Paar tun, um wieder mehr positive gemeinsame Zeit zu erleben? Dabei sehe ich mich als Beraterin durchaus in einer aktiven Rolle, typische Probleme anzusprechen, die bei vielen Paaren in dieser Situation auftauchen, um Paare zu ermutigen, sich auch darüber auszutauschen und Veränderungen zu ermöglichen (zum Beispiel sexuelle Probleme, Umgang mit dem Thema im Freundeskreis, in der Familie, am Arbeitsplatz, Gefühle von Wut, Neid, Depression etc).

Dabei gilt es auch immer wieder den Blick auf ein potentielles Leben oh-

ne eigene Kinder zu richten und Lebensentwürfe zu entwickeln, die das Leben für die einzelnen und das Paar auch ohne eigene Kinder lebenswert und erfüllt machen. Ein Stück Aufklärung kann dabei oft hilfreich sein: Paare, die kinderlos geblieben sind, beschreiben sich als sehr zufrieden mit ihrem Leben.³

Bei all dem soll die Qualität des Kinderwunsches nicht in Frage gestellt werden. Thema soll vielleicht eher sein, unter welchen psychischen Druck sich ein Paar setzt, den Kinderwunsch baldmöglichst zu realisieren. Die Bereitstellung immer weiterer medizinischer Möglichkeiten ist für viele Paare ein Segen, sich ihren Kinderwunsch zu erfüllen, macht es jedoch gleichzeitig immer schwerer, Grenzen zu akzeptieren und die damit verbundene Trauer zuzulassen.

Das soziale Umfeld hat oft kein Verständnis für die Verzweiflung beim unerfüllten Kinderwunsch

Bei all den Entwicklungen, die stattgefunden haben, bleiben aber auch noch Wünsche offen: Obwohl unerfüllter Kinderwunsch ein größeres Thema in der Öffentlichkeit geworden ist, schildern die meisten KlientInnen, dass sie wenig Verständnis im sozialen Umfeld für ihre Verzweiflung bekommen. Ihre oft tiefe Verunsicherung und Depression, die vergleichbar ist mit den Gefühlen beim Tod eines nahen Menschen, findet keine Resonanz der Anteilnahme.

Deshalb werden die Gefühle meist unterdrückt und sozialer Rückzug ist immer noch sehr häufig. Es bleibt zu hoffen, dass durch öffentliche Aufklärung mehr gesellschaftliches Verständnis geschaffen wird.

Es ist erstrebenswert, dass sich die Schwelle für den Zugang zur Kinderwunschberatung weiter senkt und alle ReproduktionsmedizinerInnen umfassend auch über die physischen und psychischen Belastungen (neben den finanziellen) im Rahmen der Kinderwunschbehandlung aufklären. Es ist wichtig und notwendig, dass sie auf psychosoziale Beratung hinweisen und den KlientInnen entsprechende Adressen an die Hand geben.

Chemikalien schädigen nachweislich die Fruchtbarkeit

Nicht zuletzt ist dringend erforderlich, dass schon vorhandene wissenschaftliche Erkenntnisse und Untersuchungen über Umweltbelastungen und ihre Auswirkungen auf die Fertilität mehr Beachtung finden. Als ein Beispiel ist eine dänische Studie⁴ zu nennen, die großes Aufsehen erregte und die später in Studien in anderen Ländern bestätigt wurde. Sie ergab, dass sich die Qualität des männlichen Samens zwischen 1938 und 1991 um fast 50 Prozent verschlechtert hat (Anzahl der Samenfäden, Volumen des Ejakulats). Dafür werden vor allem Chemikalien verantwortlich gemacht, die wie Hormone wirken. Inzwischen wurden eine Fülle an schädlichen Stoffen nachgewiesen, die in erschreckender Weise auf die männliche und weibliche Fortpflanzungsfähigkeit wirken (zum Beispiel Lösungsmittel, Dioxin, Insekten- und Unkrautvernichtungsmittel, Düngemittel, Schwermetalle, um nur einige zu nennen, sowie Genussmittel und Drogen). Auch wenn sich die Chemikalienpolitik seit den 1970er Jahren deutlich reformiert hat und einige Stoffe als gesundheitsgefährdend aus dem Verkehr gezogen wurden bzw. entsprechend gekennzeichnet

werden müssen, gilt dies noch nicht für einige Stoffe wie zum Beispiel Bisphenol A und Phtalate, die nachweislich fruchtbarkeitschädigend wirken.⁵

Bei dem wichtigen Blick auf die individuellen Probleme und ihre Lösung im Beratungsalltag sollten nicht die größeren Zusammenhänge vergessen werden. <<

¹ Vgl. Stammer et.al.: *Paarberatung und -therapie bei unerfülltem Kinderwunsch*, Hogrefe, Göttingen, 2004; Wischmann, u.a. *profamilia magazin* 1/2010

² Ein zahlenmäßig nachweisbarer Veränderungsfaktor, der altersbedingt die Fertilität von Frauen negativ beeinflusst ist, dass das Alter der Frauen beim 1. Kind weiter gestiegen ist: lag 1960 das durchschnittliche Alter der Frauen beim 1. Kind in der Ehe bei 25,3 Jahren, 2000 bei 28 Jahren, so lag sie 2011 bei 30 Jahren, vgl. BiB, 2013

³ Vgl. Stammer et.al. ebd

⁴ Studie von Niels Erik Skakkebaek an der Universität Kopenhagen, vgl. BMI 1992; 305: 609-13

⁵ Vgl. *Süddeutsche Zeitung* 3.11.2010



Dr. Annette Tretzel ist promovierte Diplompsychologin, Studium der Psychologie, Soziologie und Psycholinguistik,

Psychologische Psychotherapeutin, systemische Paar- und Familientherapeutin, Verhaltenstherapeutin. Sie arbeitet in eigener Praxis und bei pro familia München. Ein Beratungsschwerpunkt ist unerfüllter Kinderwunsch. Sie ist Mitglied beim Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland. E-Mail: annette.tretzel@profamilia.de

Interview

„Wenn wir das Recht auf **selbstbestimmte Elternschaft** ernst nehmen, müssen wir pädagogisch den Kinderwunsch emanzipieren“

■ **pro familia magazin:** Eine große Errungenschaft der sexuellen Liberalisierung war die Trennung von sexueller Lust und Fortpflanzung. Sie sehen das aber nicht nur als Vorteil, warum?

Konrad Weller: Genau genommen war die Entwicklung sicherer und anwendungsfreundlicher Kontrazeptiva seit den 1960er Jahren eine wichtige Voraussetzung für die sexuellen Liberalisierungsprozesse, die ja im Wesentlichen bis heute anhalten. Und ein wichtiger Teil der Liberalisierung wiederum bestand in einer sexualitätsfreundlichen Aufklärung und Pädagogik. Im Rahmen der sich entwickelnden emanzipatorischen, auf sexuelle Selbstbestimmung orientierten Pädagogik war das Thema der Trennung von Sexualität und Fortpflanzung (ich nenne es mal das Familienplanungs-Thema) ganz zentral. Es war hochpolitisch, weil selbstbestimmte Elternschaft ja mit dem Kampf zur Durchsetzung des Rechts auf einen Schwangerschaftsabbruch verbunden war. Die Entkoppelung von Sexualität und Fortpflanzung hat zwar einerseits die Emanzipation insbesondere der weiblichen Sexualität gefördert, sie führte andererseits aber zu einer eingeschränkten Sicht auf Sexualität und zur tendenziel-



Prof. Dr. Konrad Weller arbeitet an der HS Merseburg und leitet dort den Lehr- und Forschungsbereich „Angewandte Sexualwissenschaft“. Gemeinsam mit Harald Stumpe und Ulrike Busch engagiert er sich seit vielen Jahren in einer Schwerpunktausbildung „Sexualpädagogik und Familienplanung“ im Rahmen des Bachelorstudiums der Sozialen Arbeit, sowie seit 2009 im Masterstudiengang

„Angewandte Sexualwissenschaft“. Die Lehre und Forschung in Merseburg umfasst ein breites Spektrum sexualpädagogischer und -wissenschaftlicher Themen. Trotz zeitgebundener unterschiedlicher Schwerpunktsetzungen bilden Aspekte der Familienplanung darin einen essenziellen Kern.

len Ausblendung von Themen wie Fruchtbarkeit oder Kinderwunsch. Die emanzipatorische Entkoppelung von Sexualität und Fortpflanzung ermöglichte die anwachsende Tolerierung partnerschaftlicher Jugendsexualität. Aber: der pädagogische Modus der Prävention „verfrühter“ Handlungen mutierte zur Prävention verfrühter Schwangerschaft, zur „Schwangerschaftsprophylaxe“. Es wurde soziale Verantwortung fokussiert und damit auch der biografische Aufschub des Kinderkriegens programmiert, der

Kinderwunsch wurde ausgeblendet, ganz im Sinne der individualisierten Destandardisierung des Lebenslaufs in der Moderne.

pro familia magazin: Meinen Sie damit, dass Projekte zur Prävention von ungewollter Schwangerschaft dazu geführt haben, dass der Kinderwunsch immer weiter aufgeschoben wird?

Konrad Weller: Natürlich ist es nicht der Sexualpädagogik anzulasten,

dass das Kinderkriegen hierzulande biografisch immer später erfolgt, dass die Hälfte aller Frauen mit Hochschulabschluss kinderlos bleiben, während immer mehr Frauen ohne Chancen auf dem Arbeitsmarkt ihre Kinder auf Sozialhilfeniveau bekommen, und dass viele Frauen am Ende ihres fertilen Lebensabschnitts feststellen, dass sie gern mehr oder überhaupt gern Kinder bekommen hätten (das ist ein Befund der vor einigen Jahren durchgeführten BZgA-Studie „frauen leben“, der sicherlich auch in der Gegenwart noch Bestand hat).

Worauf ich hinaus will ist: Eine emanzipatorische Idee – durch Kontrazeption zur Befreiung der Sexualität – bekam einen tendenziell restriktiven Charakter, im Sinne der Anpassung der Individuen an kinder- und elternunfreundliche gesellschaftliche Bedingungen. Das Familienplanungs-Thema wurde fragmentiert, es verlor seine Ganzheitlichkeit und wird bis in unsere Zeit vor allem als Präventionsthema der Verhinderung unerwünschter Schwangerschaft und der Minimierung von Schwangerschaftsabbrüchen thematisiert.

pro familia magazin: Aber dies war und ist ja nicht das einzige Thema der Sexualpädagogik...

Konrad Weller: Nein. In die Sexualpädagogik halten ständig neue Themen Einzug. In den 80er Jahren war das Aids, in den 90ern der Diskurs zur sexualisierten Gewalt und die sex and gender-Debatte, im letzten Jahrzehnt das Thema Medien und Pornografie. Das bedeutet auch, dass sich das Spektrum der sexualpädagogischen Anbieter und ihrer Zielgruppen erweiterte. Die Sexualpädagogik diversifizierte und fragmentierte sich.

Passend zu der Entstehung der neuen „verqueeren“ Vielfalt der postmodernen Neosexualitäten bezeichnen sich emanzipatorische SexualpädagogInnen gelegentlich auch als neoemanzipatorisch. Sie pflegen die Vielfalt und verfolgen viele spezielle Ziele, zum Beispiel die Emanzipation und Entdiskriminierung sexueller Lebens- und Identitätsformen.

pro familia magazin: Das ist doch eine positive Entwicklung...

Konrad Weller: Sicherlich, aber das Ganze hat einen Haken: Die alten großen Themen und die ganzheitliche Betrachtung der Sexualität geraten mitunter etwas aus dem Blick. Sexualität wird unter der Lust-, der Beziehungs-, der Identitätsfunktion diskutiert. Ihr archaischer Urgrund jedoch, die Fortpflanzungsfunktion, die Fruchtbarkeit wird in der Tradition der 70er Jahre abgespalten, oder merkwürdig verquast: So wird in dem sehr verdienstvollen von Sielert und Valtl herausgegebenen Buch „Sexualpädagogik lehren“ der Fruchtbarkeitsaspekt derart beschrieben: „Sexualität kann das Leben auf allen Ebenen befruchten, zur Zeugung beziehungsweise zum Empfangen von Kindern führen und zur liebenden Verbundenheit mit unseren Mitmenschen und künftigen Generationen beitragen. Dieser Aspekt der Fruchtbarkeit

ist mehr als physische Fortpflanzung und kann auch unabhängig von ihr gegeben sein.“ (172). Ich denke auch, dass die „generative Potenz“ bedeutsam ist, ganz unabhängig davon, ob sie sich im individuellen Lebenslauf realisiert. Aber sie ist als wesentlicher Aspekt der Geschlechtsidentität m.E. schon gebunden an den Kinderwunsch, an biografisch früh entstehende Vorstellungen des später einmal Mutter- oder Vaterwerdens.

Ich denke, dass heute in vielen Bereichen der Sexualpädagogik der ganz normale Kinderwunsch von Jugendlichen, die Rolle des Fruchtbar-Seins als Aspekt der Bestätigung, ein „richtiger“ Mann, eine „richtige“ Frau zu sein, weitgehend ausgeblendet oder sehr unterschätzt wird. Plausibel erscheint uns der unerfüllte Kinderwunsch der Mittelschicht-Paare über 30, den Kinderwunsch der 16- oder 17jährigen mit geringen Bildungs- und Berufschancen und einem traditionellen Lebensentwurf als Mutter betrachten wir hingegen als problematisch.

pro familia magazin: Was heißt das für eine emanzipatorische Sexualpädagogik?

Konrad Weller: Wir müssen uns vor Augen halten, dass trotz aller Individualisierung und Pluralisierung des sexuellen Verhaltens soziale

Kinderwunsch 17jähriger ostdeutscher Jugendlicher:			
	Ja	Nein	Noch unklar
Mädchen 2013	84 Prozent	6 Prozent	10 Prozent
Mädchen 1990	83 Prozent	4 Prozent	13 Prozent
Jungen 2013	74 Prozent	7 Prozent	19 Prozent
Jungen 1990	76 Prozent	5 Prozent	19 Prozent

Quelle: Weller, K. (Hrsg.): Jugendsexualität 2013. PARTNER 4 – Sexualität und Partnerschaft ostdeutscher Jugendlicher im historischen Vergleich. Tabellenband

Polarisierungsprozesse stattfinden. Sie betreffen die Aufnahme des partnerschaftlichen Sexuallebens, die Verhütung, das generative Verhalten und sind eine Facette der gesamtgesellschaftlichen Polarisierung. Wenn von Verhütung und Teenagerschwangerschaften die Rede ist, so geht es dabei ganz und gar nicht um biotische Ursachen (sexuell-körperliche Reifungsprozesse) und nur zum Teil um kognitive Ursachen (Wissensdefizite beziehungsweise „Unaufgeklärtheit“). Die begründete Vermutung, dass Präventionsbotschaften am ehesten Jugendliche aus höheren sozialen Schichten erreichen und von ihnen beherzigt werden hat vor allem einen psychosozialen Hintergrund: Schulisch erfolgreiche und sozial gut integrierte Jugendliche haben weniger Grund, sich durch frühe sexuelle Erfahrungen Selbstbestätigung zu suchen. Für Mädchen mit höherer Bildung und beruflichen Ansprüchen ist die biografisch frühe Verwirklichung des Kinderwunsches kein Thema und konsequente Verhütung nur logisch – ganz im Gegensatz zu den unterprivilegierten Mädchen mit geringen Aussichten auf berufliche Selbstverwirklichung. Aus dieser Perspektive heraus sollten sich sexualpädagogische Projekte auf die Arbeit mit Schulklassen konzentrieren, weil man hier am ehesten alle Jugendlichen erreicht. Für ebenso wichtig halte ich die Arbeit mit unterprivilegierten Jugendlichen und die Arbeit an Schulen in sozialen Brennpunkten.

pro familia magazin: Sie fordern also, das Thema Kinderwunsch in sexualpädagogischen Angeboten stärker in den Blick zu nehmen. Warum ist das so wichtig?

Konrad Weller: Ausgangspunkt ist der vorhin schon erwähnte Befund, dass in Deutschland weniger Kinder geboren werden als individuell erwünscht, und biografisch immer später. Wenn wir das Recht auf selbstbestimmte Elternschaft ernst nehmen, müssen wir pädagogisch den Kinderwunsch emanzipieren, ihn biografisch stabilisieren. Durch die Thematisierung des Kinderwunsches könnte das Verhütungsverhalten weiter verbessert werden, denn: Je ambivalenter der Kinderwunsch, desto ambivalenter das Verhütungsverhalten. Bei prinzipieller Sicherheit, ein Kind zu wollen, ist demgegenüber die phasenweise konsequente Verhütung leichter.

pro familia magazin: Wenn wir das Thema Kinderwunsch so hervorheben, laufen wir nicht Gefahr, eine pronatalistische staatliche Bevölkerungspolitik zu unterstützen?

Konrad Weller: Nein. Emanzipatorisch wirken heißt nicht, affirmativ einem dogmatischen Kurs zum „Schutz der Ungeborenen“ zu folgen oder eine pronatale staatliche Gebärpolitik auf Kosten der (potentiellen) Eltern zu unterstützen, sondern das Recht auf Elternschaft durchzusetzen. Zuge-spitzt formuliert ging es historisch im Rahmen der Familienplanung über mehrere Jahrzehnte hinweg in starkem Maße darum, politisch das Recht auf einen würdevollen Schwangerschaftsabbruch durchzusetzen, heute gilt es, das Recht auf das Kind durch-

© istock



Konsequente Verhütung fällt leichter, wenn kein ambivalenter Kinderwunsch vorhanden ist.

zusetzen, und damit die andere Seite selbstbestimmter Elternschaft.

Gleichwohl wird es so sein, dass jenseits aller sexualpädagogischer Bemühungen die gesellschaftliche Polarisierung weiter voranschreitet, und es vielleicht sogar zunehmend vor allem für unterprivilegierte Mädchen ein Ziel sein kann, möglichst früh schwanger zu werden, um aus einem problematischen Elternhäusern zu fliehen, um einen Mann an sich zu binden usw. Solche komplexen gesamtgesellschaftlichen Prozesse sind durch sexualpädagogisches Handeln allein nicht beeinflussbar. Aber eine zielgruppenspezifische Arbeit kann durchaus wirksam sein, und im Übrigen gilt vielleicht wieder mehr denn je das Motto der Friedensbewegung der 80er Jahre: Global (also politisch) denken, gesellschaftliche Umstände kritisch sehen, Verhältnisse skandalisieren und nicht Verhalten, aber daran nicht verzagen, sondern lokal handeln ...

<<

**Das Interview führte
Regine Wlassitschau.**

Unerfüllter Kinderwunsch

Bewältigungsstrategien bei ungewollter Kinderlosigkeit

Kerstin Brusdeylins

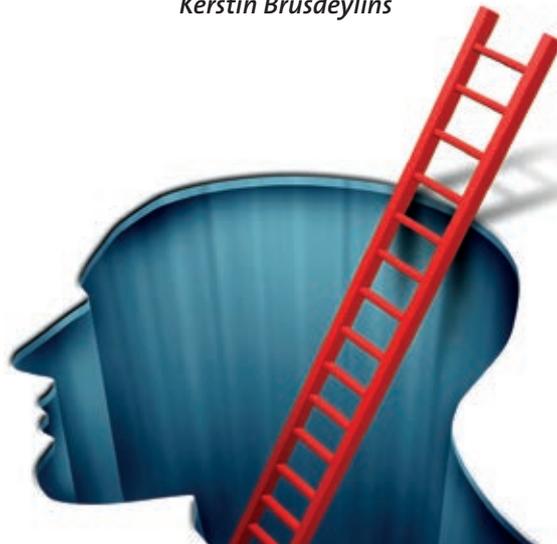
■ Bei jedem Menschen tauchen im Laufe seiner Entwicklung unerfüllbare Sehnsüchte und Wunschfantasien auf: Allwissenheit, Allmacht, unermesslicher Reichtum, ungetrübtes und dauerhaftes Glück. Fast alle Menschen lassen sich durch die Realität davon überzeugen, dass die Erfüllung dieser Wünsche unmöglich ist. Sie finden dann andere, realistische Ziele:

Kenntnisse erwerben und Kompetenz entwickeln, eine glänzende Karriere hinlegen, berühmt werden, eine glückliche Liebesbeziehung eingehen, dauerhafte Spuren hinterlassen, eigene Kinder zeugen bzw. gebären. Dass all dies realistische Ziele sind, wird den Menschen in der Realität vor Augen geführt, in den Medien präsentiert und in der Erziehung propagiert. Und wenn es dann doch nicht klappt? Wenn zum Beispiel die ersehnte Schwangerschaft ausbleibt?

Solche inständig erhofften Ziele, die trotz Ausdauer und energischer Anstrengung nicht erreicht werden und deshalb irgendwann aufgegeben werden müssen, nennen wir Nicht-Ereignisse. Von Schicksalsschlägen und anderen kritischen Lebensereignissen unterscheiden sie sich dadurch, dass

sie nicht lokalisierbar oder zeitlich terminierbar sind. Niemand kann einem definitiv vorhersagen, wann aus einem immer noch erhofften Nicht-Ereignis ein endgültiges Nicht-Ereignis wird, für das man alle Hoffnungen aufgeben muss.

Die Zeit bis zu dieser Erkenntnis, die oft viele Jahre dauert, ist durch einen ständigen Wechsel von Handlung und Misserfolg, von Hoffnung und Enttäuschung, von Vorfriede und Trauer gekennzeichnet. Am Ende steht dann neben dem Verlust eines Lebensraumes die Erkenntnis, dass man über lange Zeit seine körperliche, geistige und emotionale Energie erfolglos und nutzlos eingesetzt hat. Mit dieser Erfahrung ist meist eine gravierende Beeinträchtigung des Wohlbefindens verbunden.



© freshidea - Fotolia.com

Am Beispiel der ungewollten Kinderlosigkeit lässt sich die Tragik von Nicht-Ereignissen besonders drastisch verdeutlichen: Hoffnung und Enttäuschung folgen im Monatsrhythmus aufeinander; die prinzipielle Erreichbarkeit und der Mutterglücks-Erfolg der anderen wird einem täglich auf der Straße, in den Medien und im Bekanntenkreis schmerzhaft vor

Augen geführt; die Stärke der Motivation zeigt sich vielfach in einem ungeheuren zeitlichen, finanziellen und körperlichen Aufwand, mit dem viele Männer und vor allem Frauen die gewünschte Schwangerschaft zu erzwingen hoffen.

Wissenschaftlichen Schätzungen zufolge sind etwa 30 Prozent aller Frauen mindestens ein Jahr mit unerfülltem Kinderwunsch konfrontiert (Subfertilität) und circa 3 Prozent der Paare bleiben kinderlos (Infertilität) (Gnoth et al., 2005; Huinink & Brähler, 2000; Strauß et al., 2000; Strauß, Brähler & Kentenich, 2004).

Studienprojekt untersucht, wie Wohlbefinden erhalten werden kann

Ein Kinderwunschprojekt am Institut für Psychologie der Goethe-Uni-

versität Frankfurt am Main befasste sich mit der Frage, was Menschen im Verlauf eines Noch-Nicht-Ereignisses und eines drohenden Nicht-Ereignisses hilft, Lebenszufriedenheit zu erhalten und negative Gefühle wie Scham, Trauer oder Wut zu reduzieren – und welche Risiken es dabei gibt. In der Pilotstudie 1 wurden 22 Menschen interviewt, die sich im Nicht-Ereignisprozess befinden. In Studie 2 wurden qualitativ und quantitativ 76 Männer und Frauen mit ungewollter Kinderlosigkeit befragt. Studie 3 erhob online mit 216 Teilnehmern die Häufigkeit und eingeschätzte Effektivität von Verarbeitungshilfen. Studie 4 erfasste zu zwei Messzeitpunkten mit 732 und 409 Teilnehmerinnen vier Bewältigungsstrategien, vier Bewältigungsstile, „globale Lebenszufriedenheit“, „negative Emotionen“ und kinderwunschspezifische Antworten von Menschen mit Kinderwunsch. Die Ergebnisse des Kinderwunschprojektes wurden als digitale Dissertation (Brusdeylins-Hammer, 2013) veröffentlicht. In diesem Beitrag sollen ausgewählte Ergebnisse der Studien vorgestellt werden.

Wann beginnt ein unerfüllter Kinderwunsch?

Bisher wurden Phasenmodelle des unerfüllten Kinderwunsches beschrieben, die mit der Phase Schock aufgrund einer medizinischen Diagnose beginnen (Menning, 1980; Gutormsen, 1992). Der Kinderwunschprozess beginnt unseren Erhebungen zufolge oft schleichend: Den Gedanken an ein gewünschtes Kind ohne Partner folgt das Warten mit Partner auf den richtigen Zeitpunkt (bis die Ausbildung beendet ist oder beide den Wunsch umsetzen wollen). Dann tritt die erste Verwunderung auf,

Bewältigungsstile

Die grundlegende Annahme im Zwei-Prozess-Modell (Brandstädter, 2007) sind die zwei Bewältigungsmodi Hartnäckiger Zielverfolgung und Flexible Zielanpassung bei Zieldiskrepanzen. Hartnäckige Zielverfolgung bezeichnet das zähe Festhalten an einmal gewählten Zielen. Es lassen sich drei Formen unterscheiden: die Anstrengungssteigerung, das Erweitern der Handlungsressourcen und das Nutzen externer Hilfsmittel.

Die flexible Zielanpassung beschreibt die Anpassung der Ziele an die Gegebenheiten. Typische Facetten sind die Abwertung blockierter Ziele, Neufestlegung von Ansprüchen, positive Neubewertung und Einordnung von Verlusten in Sinnbezüge.

Religiöses Coping

Religiöses Coping (Bewältigen) bezeichnet den Einfluss von religiösen oder spirituellen Einstellungen und Gedanken auf den Bewältigungsprozess. Pargaments Studien (Pargament, 1997; Pargament, Ensing & Falgout, 1990) zeigten, dass nicht Religiosität per se in der Bewältigung von Krisen hilft. Pargament unterscheidet u.a. zwischen positivem religiösem Coping und negativem religiösem Coping. Dabei bedeutet „positiv“ eine förderliche und „negativ“ eine hinderliche psychosoziale Anpassung (Pargament, Smith, Koenig & Perez, 1998). Positives religiöses Coping ist gekennzeichnet durch Gedanken und Emotionen, die in schwierigen Situationen Halt und Sicherheit im Glauben beinhalten. Negatives religiöses Coping beschreibt Gedanken, die schwierige Situationen als Strafe Gottes interpretieren. Religiöses Coping erfasst somit die Funktion des Glaubens und nicht die Intensität.

wenn es nicht gleich klappt, und Verunsicherung bei einem längeren Zeitraum ohne Erfolg. Dies ist verbunden mit Scham, Wut und Ärger, bis zu vielen Aktivitäten der Optimierung und über die Trauer bis zur Akzeptanz des unerfüllten Kinderwunsches.

Männer und Frauen fühlen sich durch den unerfüllten Kinderwunsch unterschiedlich stark eingeschränkt. Frauen leiden stärker. Dieses Ergebnis überrascht nicht, bedenkt man die massiven körperlichen Eingriffe an Frauen, die Maßnahmen der Reproduktionsmedizin in Anspruch nehmen.

Welche Möglichkeiten der Bewältigung wurden erfasst?

In Interviews der Studie 2 wurden Männer und Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch nach Verarbeitungshilfen gefragt.

Es werden Bewältigungsstrategien und Bewältigungsstile unterschieden. Die Bewältigungsstile, wie zum Beispiel „hartnäckige Zielverfolgung“, „flexible Zielanpassung“ und „religiöses Coping“ werden als andauernde Einflussfaktoren betrachtet. Die Bewältigungsstrategien sind erlernbare Vorgehensweisen. Im Kinderwunschprojekt wurden in Studie 4 eigens

Höhere Lebenszufriedenheit liefern diese Strategien

▲▲ = hochsignifikantes Ergebnis, ▲ = signifikantes Ergebnis

- ▲▲ Ich verabrede mich mit Freunden.
- ▲▲ Ich frage bei meinen Freunden/Familie um Hilfe.
- ▲▲ Ich übe mich in Gelassenheit, um das Leben zu nehmen wie es ist.
- ▲▲ Ich telefoniere mit einer Freundin/einem Freund, um meine Sorgen zu besprechen.
- ▲▲ Ich lerne, vermehrt meine Ressourcen wahrzunehmen.
- ▲▲ Ich vertraue auf die Unterstützung meines Partners/meiner Partnerin.
- ▲▲ Ich mache für mein inneres Gleichgewicht Gartenarbeit.

- ▲ Ich frage meine Freunde nach deren Meinung.
- ▲ Ich mache Sport, damit ich mich mit meinem Körper besser fühle.
- ▲ Ich plane eine Strategie, um Lösungsmöglichkeiten zu sammeln, auszuwählen und umzusetzen.
- ▲ Ich spreche mir Mut zu.
- ▲ Ich sehe auch in meinem Leid einen Sinn.

entwickelte Fragebögen zu „planendem Problemlösen“, „Unterstützung durch Freunde“, „regenerative Strategien“ (Sport und Entspannung) und „kognitive Umdeutung zur Akzeptanz“ eingesetzt.

Zudem wurden kinderwunschspezifische Fragen erhoben, die im Zusammenhang mit der Schwangerschaftswahrscheinlichkeit stehen. Zum Beispiel „Haben Sie an Ihren fruchtbaren Tagen ungeschützten Geschlechtsverkehr mit der Absicht einer Schwangerschaft?“ „Kennen Sie Ihre fruchtbaren Tage?“ „Seit wie vielen Zyklen haben Sie an Ihren fruchtbaren Tagen ungeschützten Geschlechtsverkehr?“

Welche Bewältigungsstile sind hilfreich?

Bei den Bewältigungsstilen zeigten sich deutliche Effekte bei „flexibler Zielanpassung“, aber keine bei „hartnäckiger Zielverfolgung“. „Flexible

Zielanpassung“ steht im Zusammenhang mit der Reduktion von negativen Emotionen und Verbesserung von Lebenszufriedenheit. Bei religiösen Menschen hilft der Glaube an Gott nicht unbedingt bei der Bewältigung von unerfülltem Kinderwunsch. Je mehr der Glaube an einen strafenden Gott besteht, desto größer die Ausprägung an Emotionen wie Schmerz, Scham und Ohnmacht.

Die Studien gaben einen wertvollen Einblick in das Thema unerfüllter Kin-

derwunsch von betroffenen Männern und Frauen. Als Verarbeitungshilfen wurde an erster Stelle soziale Unterstützung genannt. In der Regel nannten die TeilnehmerInnen explizit ihre PartnerInnen als soziale Unterstützung. Außerdem führten Frauen als soziale Unterstützung den Kontakt mit anderen Frauen in Internet-Foren zum Kinderwunsch an. Auch aktive Trauer (emotionale Verarbeitungshilfen) sowie Informationen sammeln und Einsichten gewinnen (kognitive Verarbeitungshilfen) berichteten die TeilnehmerInnen als Verarbeitungshilfen. Selbstkritik sowie Ablenkung und Rückzug (Verarbeitung durch Handlung) wurden als mögliche Verarbeitungshilfen, aber in Relation zu den oben erwähnten Verarbeitungshilfen weniger genannt. Abgesehen von sozialer Unterstützung werden vorrangig emotionale Verarbeitungshilfen genannt.

Die TeilnehmerInnen berichteten aber auch von Entwicklungsgewinnen durch den unerfüllten Kinderwunsch. Die Entwicklung von Verständnis und Beziehungsfähigkeit (sozialen Entwicklungsgewinnen) wurde am meisten angeführt. Auch Bodenständigkeit und Umgang mit der Realität (pragmatische Entwicklungsgewinne) sowie Flexibilität im Denken und

Weniger Beeinträchtigung

- ▲▲ Ich sehe auch in meinem Leid einen Sinn.
- ▲ Ich frage bei meinen Freunden/Familie um Hilfe.
- ▲ Ich lerne, vermehrt meine Ressourcen wahrzunehmen.

Weniger negative Emotionen

- ▲ Ich zeige meine Gefühle (zum Beispiel weinen).
- ▲ Ich sehe auch in meinem Leid einen Sinn.
- ▲ Ich frage bei meinen Freunden/Familie um Hilfe.

positives Denken (kognitive Entwicklungsgewinne) werden als Entwicklungsgewinne beschrieben. Auch die Wahrnehmung eigener Bedürfnisse (emotionale Entwicklungsgewinne) wurden als Entwicklungsgewinne benannt.

Es zeigte sich daraufhin, dass die „Unterstützung durch Freunde“ und „kognitive Umdeutung zur Akzeptanz“ signifikante Schutzfaktoren für

von 48,6 Prozent Paaren mit Kinderwunsch (18 Paare), die kein Geschlechtsverkehr an den fruchtbaren Tagen hatten. Ein Teil der Paare hatten die fruchtbaren Tage nicht identifiziert, ein anderer Teil kannte die fruchtbaren Tage, hatte aber keinen Verkehr.

Von 273 Frauen unserer Studie wurden im Verlauf der Längsschnittuntersuchung 24,5 Prozent (n = 67) Frau-

von ungewollter Kinderlosigkeit bedroht sind, kann vorbeugendes Gesundheitsverhalten sein, das eine zufriedenstellende Familienplanung begünstigt. Dazu zählt eine Sexualaufklärung, die eine achtsame Zyklusbeobachtung fördert und ein Gesundheitsverhalten, das reflektiert wird. Gesundheitsverhalten wird beeinflusst von dem Wissen um den Zusammenhang zwischen Fruchtbarkeitsverminderung und Extremsport, Über- und Untergewicht und Nikotin. Gesundheitsverhalten schließt die Nutzung von Schutzmaßnahmen gegen sexuell übertragbare Erkrankungen ein, denn sexuell übertragbare Chlamydieninfektionen sind Hauptverursacher der infektionsbedingten Infertilität.

Die im Text genannte Literatur bezieht sich auf die Literaturliste der Dissertation: Brusdeylins-Hammer, K. (2013). Nicht-Ereignisse – Gesundheitspsychologische Befunde zu ungewollter Kinderlosigkeit. Digitale Dissertation, Universität Frankfurt am Main (<http://publikationen.uni-frankfurt.de/frontdoor/index/index/docId/31625>)



Insgesamt keine Verbesserung des Wohlbefindens (Höhere Lebenszufriedenheit, weniger Beeinträchtigung und weniger negative Emotionen zusammengefasst) brachten die Strategien:

- Ich suche viele Informationen als Grundlage für Lösungsmöglichkeiten.
- Ich analysiere die Situation sehr genau.
- Ich denke über alternative Ziele nach.
- Ich suche Entspannung, um zum inneren Gleichgewicht zu finden.

Bei der Strategie Entspannung suchen wurde sogar als signifikantes Ergebnis mehr Beeinträchtigung gemessen.

„globale Lebenszufriedenheit“ sind. „Planendes Problemlösen“ im fortgeschrittenen Prozess dagegen geht einher mit „negativen Emotionen“. Die „regenerativen Strategien“ konnten zusammengefasst keine Vorhersage für das psychosoziale Wohlbefinden leisten.

Einzelne Bewältigungsstrategien können aufgrund der korrelativen Ergebnisse (vorsichtig) als hilfreiche Strategien interpretiert werden. Dazu zählen auch Sport, systematische Entspannungstechniken und Gartenarbeit.

Die Wahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft erhöhen

Pook et al. (2000) berichten nach einer kombinierten Tagebuch-Studie

en schwanger. Aus den Ergebnissen der Befragung kann geschlussfolgert werden, dass im frühen Prozess die „Kenntnis der fruchtbaren Tage“ statistisch bedeutsam für die Eintrittswahrscheinlichkeit einer Schwangerschaft ist. Die Angaben zum „richtigen Zeitpunkt“ und das „Alter der Frau“ konnten dagegen statistisch keinen signifikanten Beitrag leisten. Die Fruchtbarkeitswahrnehmung, also achtsame Aufmerksamkeit gegenüber der eigenen Fruchtbarkeit und den zyklusbedingten Veränderungen, wird als relevant für die Prävention bei unerfülltem Kinderwunsch erachtet.

Eine frühe Maßnahme im Sinne einer psychologischen Gesundheitsförderung für Menschen, die (noch) nicht



Dr. phil. Kerstin Brusdeylins
ist Diplom-Psychologin und selbständige Gesundheitspsychologin,
www.gesundheitspsychologin.de

www.gesundheitspsychologin.de

Social Freezing

Zeitverlagerte Schwangerschaft: Eine **neue Perspektive** für Frauen mit Kinderwunsch?

Hartmut Kreß

■ Inzwischen ist es nichts Ungewöhnliches mehr, dass Kinder geboren werden, die ihre Existenz einer außerkörperlichen Befruchtung verdanken. Sofern bei einem Paar ein Sterilitätsproblem vorliegt, kann es die moderne Fortpflanzungsmedizin nutzen. Mit ihrer Hilfe lassen sich mangelnde Spermienqualität, eine Eileiterverklebung oder sonstige Ursachen von Sterilität kompensieren, indem die Ärztin oder der Arzt Samen- und Eizelle außerhalb des Mutterleibes zusammenführt. Danach wird die befruchtete Eizelle in die Gebärmutter der Frau übertragen. Trotz mancher Behandlungsrisiken ist eine solche „künstliche Befruchtung“ („Reagenzglasbefruchtung“ bzw. In-vitro-Fertilisation) heutzutage zur medizinischen Routine geworden. Pro Jahr werden in der Bundesrepublik Deutschland auf dieser Basis regelmäßig ca. 10.000 Kinder geboren.

Gleichzeitig sorgt die Fortpflanzungsmedizin immer wieder für unerwartete, manchmal für spektakuläre Überraschungen. Neuerdings eröffnet sie Frauen die Möglichkeit, sich Eizellen entnehmen zu lassen, um diese dann über Jahre hinweg im Gefrierschrank aufbewahren zu lassen. Falls die Frau es später wünschen sollte, kann sie

ihre Eizellen eines Tages auftauen und mit den Spermazellen eines Partners befruchten lassen. Sofern sie in höherem Lebensalter mit Hilfe ihrer Eizellen schwanger wird, die aus einer früheren Lebensphase stammen, kommt es gegebenenfalls zeitversetzt zu einer Schwangerschaft. Bislang war ein solches Einfrieren und Auftauen unbefruchteter Eizellen technisch nicht realisierbar. Zwar ist die Reproduktionsmedizin seit Langem in der Lage, Spermazellen oder mit Spermien befruchtete Eizellen, also frühe Embryonen, einzufrieren. Jetzt hat ein weiterer Entwicklungsschub dazu geführt, unbefruchtete Eizellen einzufrieren, kryokonservieren und wieder auftauen zu können. Die Voraussetzung ist die jetzige Technik des Schockgefrierens von Zellen, die Vitrifikation.

Einsatz im Rahmen einer Krankheitstherapie

Das neue Verfahren lässt sich im Zusammenhang medizinischer Therapien nutzen. Wenn eine jüngere Frau wegen eines Tumors, etwa Eierstockkrebs, oder auch aufgrund anderer schwerer Krankheiten behandelt wird und sie sich einer Strahlen- oder einer Chemotherapie unterziehen muss, bringt dies die Gefahr mit sich, dass ihre Keimzellen geschädigt werden

und sie unfruchtbar wird. Die neue Technik des Einfrierens von Eizellen bietet einen Ausweg. Bevor die keimzellschädigende Therapie beginnt, kann sich die Patientin durch eine Punktion Eizellen entnehmen lassen. Nachdem sie im günstigen Fall ihre Krankheit überwunden hat, hat sie die Chance, ihre aufgetauten Eizellen mit dem Samen eines Partners befruchten zu lassen und nun doch noch – trotz der früheren keimzellschädigenden Therapie – ein eigenes leibliches Kind auszutragen. Zwar kann nicht pauschal gesagt werden, dass es für schwer erkrankte Frauen stets sinnvoll und ratsam wäre, sich vorsorglich Eizellen absaugen zu lassen. Es kommt auf die Einzelumstände und vor allem auf den Willen der betroffenen Patientin an. Grundsätzlich handelt es sich aber um ein Angebot der Reproduktionsmedizin, das für jüngere Frauen, die schwer erkrankt sind, Zukunftsperspektiven offenhält. Ihnen bleibt zumindest theoretisch die Hoffnung, nach einer Genesung ein leibliches Kind bekommen zu können.

Soziale und biographische Anlässe

In aktuellen Debatten steht freilich eine andere Anwendung der Eizellvitrifikation im Vordergrund, nämlich

das sogenannte Social Freezing. Die Einlagerung der Eizellen hat in diesem Fall keine krankheitsbedingten Ursachen; es liegt keine medizinische Indikation vor. Stattdessen bilden gesellschaftliche und soziale Faktoren den Hintergrund. Viele Frauen stehen heutzutage vor dem Zwiespalt, wie sie Beruf, Karriereplanung und Mobilität einerseits und andererseits ihren Kinderwunsch in Einklang bringen sollen. Unter Umständen haben sie auch noch keinen Lebenspartner gefunden, möchten jedoch den Wunsch nach einem Kind mit einem künftigen Partner nicht aufgeben. Für sie ist es jetzt vorstellbar geworden, sich Eizellen entnehmen und sie einfrieren zu lassen, um für spätere Lebensjahre eine Fertilitätsreserve anzulegen. Aus biologischen Gründen ist es für eine Frau wenig aussichtsreich oder sogar völlig unrealistisch, dass bei ihr noch jenseits des 40. oder 45. Lebensjahrs eine natürliche Schwangerschaft einsetzt. Die Zahl und Qualität der Eizellen sinken ab, sobald ein Lebensalter von ca. 35 oder 38 Jahren erreicht ist. Sofern sich eine Frau zuvor rechtzeitig Eizellen entnehmen lässt, vermag sie diese biologische Einschränkung neuerdings aber technisch zu „überlisten“.

Wie ist diese Innovation zu bewerten? Bedeutet sie für Frauen einen Zuwachs an Freiheit und eine neue Stufe sexueller und persönlicher Emanzipation, die der Einführung hormoneller Kontrazeptiva („Pille“) in den 1960er-Jahren vergleichbar ist? Oder handelt es sich um eine problematische Spielart derzeitiger Lifestyle-Medizin?

Kritisch könnte man zum Beispiel einwenden, das Social Freezing er-

zeuge Begehrlichkeiten, Wünsche und Bedürfnisse, die Menschen eigentlich gar nicht haben und die sie besser auch gar nicht haben sollten. Ein Anrecht darauf, ein Kind zu jeder beliebigen Lebensphase zeugen und austragen zu können, sei illusionär und vermessen. Beim Social Freezing handele es sich um ein Geschäftsmodell, das für einige Reproduktionsmediziner außerordentlich lukrativ sei, so dass sie es sogar aktiv bewerben. Ihre Werbung rede den Patientinnen jedoch überzogene Wünsche ein. Außerdem seien die hohen Kosten zu sehen. Da das Verfahren privat finanziert werden müsse, könne es nur von zahlungskräftigen Frauen in Anspruch genommen werden. Hierdurch werde der Zweiklassenmedizin Vorschub geleistet.

Solche Vorbehalte sind nicht ohne Weiteres von der Hand zu weisen. Jedenfalls sensibilisieren sie für die Grundsatzfrage, ob das Verfahren ethisch als akzeptabel gelten kann.

Reproduktive Autonomie

Für die ethische Zulässigkeit des Verfahrens spricht ein Argument, das sehr hohes Gewicht besitzt und das nicht beiseitegeschoben werden darf. Eine Frau, die ihre Eizellen kryokonservieren lassen möchte, kann sich auf ihre Persönlichkeitsrechte, auf ihr Selbstbestimmungsrecht und auf ihre reproduktive Autonomie stützen. Das Recht, über die Fortpflanzung eigenverantwortlich entscheiden zu dürfen, gehört zu den wesentlichen Elementen des Selbstbestimmungsrechts. Die Fortpflanzungsfreiheit ist integraler Bestandteil des Persönlichkeitsrechts, das jeder Mensch besitzt. Daher ist es legitim, wenn eine Frau Angebote der Fortpflanzungsme-

dizin, die dem wissenschaftlichen Erkenntnisstand gemäß vorhanden sind, tatsächlich auch in Anspruch nimmt. Für jede Bürgerin und jeden Bürger gilt das Recht auf Freiheit und Selbstbestimmung, solange keine andere Person zu Schaden gebracht und in ihren Grundrechten beeinträchtigt wird. Dieser Freiheitsgrundsatz ist im Grundgesetz in Artikel 2 Absatz 1 verankert: „Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt“. Wendet man das Freiheitsgrundrecht nun auf das Social Freezing an, bedeutet dies, dass eine Frau von der Möglichkeit, freiwillig eigene Eizellen einfrieren zu lassen, prinzipiell Gebrauch machen darf. Eine Grenze ist erst dann erreicht, wenn absehbar ist, dass das spätere Auftauen der Eizellen und die zeitversetzte Schwangerschaft dem erhofften Kind schaden. Dies kann freilich durchaus der Fall sein.

Grenzlinien

Der Sache nach ist zum Social Freezing zunächst das Dilemma des zeitlichen Engpasses, des schmalen Zeitfensters zu sehen. Theoretisch müsste sich eine Frau ihre Eizellen möglichst frühzeitig, eigentlich schon im dritten Lebensjahrzehnt entnehmen lassen, also in einer Lebensphase, in der sie problemlos „natürlich“ schwanger zu werden vermag. Falls die Eizellen jedoch erst angesichts des Eintritts der Menopause im Alter von 35 oder gar 38 oder 40 Jahren gewonnen werden, ist deren Qualität bereits stark verringert. Sollte es dann – nochmals später – im fünften Lebensjahrzehnt zu einer zeitversetzten Schwangerschaft kommen, sind die Schwangerschaftsrisiken beträchtlich. Sie

bedrohen nicht nur die Frau, sondern sind auch für die Gesundheit und für die Lebenschancen des Kindes abträglich. Insofern kann es fatal sein und sich gesundheitlich zulasten des Kindes auswirken, wenn eine Frau sich durch das Angebot des Einfrierens von Eizellen verleiten lässt, eine Schwangerschaft ohne Not auf spätere Lebensjahre zu vertagen. Daneben sind noch weitere Problemfelder zu sehen. Falls bei einer zeitversetzten späten Schwangerschaft der Altersabstand zwischen Mutter und Kind derart groß würde, dass die sozial üblichen Maßstäbe völlig gesprengt würden, dann können persönliche und familiäre Schwierigkeiten entstehen. Sie belasten wiederum insbesondere das Kind. Daher ist stets zu bedenken, ob das Einfrieren von Eizellen und eine zeitverschobene Schwangerschaft für das erhoffte Kind zumutbar sind.

Solche Erwägungen spielen sogar in Israel eine Rolle, einem besonders fortpflanzungs-, geburts- und kinderfreundlichen Land. Kinder gelten im Judentum herkömmlich als Zeichen der Verheißung und als Segen. Im heutigen Israel ist hinsichtlich der Fortpflanzungsmedizin Vieles erlaubt – zum Beispiel die Leihmutterchaft –, was in der Bundesrepublik Deutschland zurzeit noch verboten ist. Was speziell das Social Freezing angeht, so hält man dieses medizinische Angebot in Israel für legitim, in bestimmter Hinsicht sogar für empfehlenswert. Ein Vorteil bestehe darin, dass eine Frau, die erst in späteren Lebensjahren schwanger werden möchte, nicht auf fremde Eizellen angewiesen ist (Eizellspende). Aufgrund des Einfrierens verfügt sie ja über ihre eigenen Keimzellen, die

nun befruchtet werden können. Dennoch wird auch in Israel eine Altersgrenze gezogen. Das Einsetzen befruchteter Eizellen soll bei einer Frau nur bis zu einem Lebensalter von maximal 55 Jahren erfolgen.

Ethische Abwägung

Die ethische Bewertung enthält daher zwei Seiten. Das Social Freezing ist im Prinzip als ethisch vertretbar und als ethisch legitim einzustufen. Wenn eine Frau überlegt, das Verfahren zu nutzen, kann sie sich auf ihre Grundrechte, vor allem auf ihr Selbstbestimmungsrecht berufen.

Es kommt hinzu, dass sich in unserer Gesellschaft eine Pluralisierung und Dynamisierung der Lebensstile ereignet. Die klassische bürgerliche Ehe verliert an Bedeutung. Stattdessen haben sich neue Lebensformen ausgebildet, die von nichtehelichen Lebensgemeinschaften bis zu lesbischen Inseminationsfamilien reichen. Gesellschaftlich werden solche Lebensformen zunehmend akzeptiert. Bei Adoptionen wird inzwischen ein größerer Altersabstand zwischen Eltern und Kindern hingenommen als früher. Im Jahr 2004 durfte der damalige Bundeskanzler Gerhard Schröder noch als 60-Jähriger ein Kind adoptieren. So betrachtet fügt die Option der zeitversetzten Schwangerschaft der Vielfalt heutiger Lebens- und Beziehungsformen nur ein weiteres Element hinzu. Daher greift es zu kurz, die Vitrifikation von Eizellen einfach als bloße Lifestyle-Maßnahme abzuwerten.

Zugleich sind die Grenzlinien zu sehen, die voranstehend erwähnt wurden. Sobald eine Frau die Entnahme und das Einfrieren ihrer Eizellen in

Betracht zieht, sollte sie umfassend informiert, aufgeklärt und beraten werden. Neben der medizinischen Aufklärung ist eine psychosoziale Beratung wichtig, bei der zu erörtern ist, wie die Situation und die Perspektiven des Kindes einzuschätzen sind, falls es tatsächlich zu einer zeitversetzten Schwangerschaft und zu einer späten Geburt kommen sollte.

Das Social Freezing kann einzelnen Frauen einen Zuwachs an Handlungs- und Entscheidungsspielräumen bieten. Der Preis besteht darin, dass für sie die „Qual der Wahl“ ansteigt, weil die Option, Eizellen einfrieren zu lassen, ihre Schattenseiten hat. Vor allem ist zu beachten, ob die Verlagerung einer Schwangerschaft in einen späteren Lebensabschnitt auch im Interesse des Kindes liegt, das hiervon betroffen sein wird. <<

Literatur

Hartmut Kreß, *Time-lapse-Embryomonitoring und Oozytenvitrifikation: Neue Verfahren in der Reproduktionsmedizin aus ethischer Sicht*, in: *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie* 10 (2013), H. 3, S. 163–167, online www.kup.at/kup/pdf/11647.pdf

Michael von Wolff, „Social Freezing“: *Sinn oder Unsinn?*, in: *Schweizerische Ärztezeitung* 94 (2013), 393–395, online www.saez.ch/docs/saez/2013/10/de/saez-01204.pdf



© R. Stieber, Karlsruhe.tif

Hartmut Kreß
ist Professor
für Ethik in der
Universität Bonn,
Evang.-Theol.
Fakultät, Abt.
Sozialethik. Zu

seinen Forschungs- und Tätigkeits-
schwerpunkten gehören die Medizin-
ethik und die Ethik der Rechtsord-
nung.

LGBT

Kinderwunsch und neue Familienmodelle

Constanze Körner

■ Das schillernd bunte Wort Regenbogenfamilie bezeichnet Familien, in denen sich mindestens ein Elternteil als lesbisch, schwul, bisexuell oder transident bezeichnet. Der Regenbogen steht in diesem Zusammenhang für die Emanzipationsbewegung der Homosexuellen und die Vielfalt, die durch den Regenbogen ausgedrückt werden soll, spiegelt auch die Vielfalt von Regenbogenfamilien wieder. Den Begriff der Regenbogenfamilie gibt es noch nicht sehr lange, denn erst 2009 fand das Wort Regenbogenfamilie Einzug in den Duden. Überhaupt ist die Wahrnehmung und Anerkennung von Regenbogenfamilien noch in einer jungen Entwicklungsphase, denn erst die gesellschaftlichen und rechtlichen Entwicklungen der letzten beiden Jahrzehnte in Deutschland haben dazu geführt, dass Regenbogenfamilien auf unterschiedlichsten Wegen entstehen und teilweise Anerkennung finden konnten.

Noch vor wenigen Jahren waren Homosexualität und auch Transsexualität in den meisten Fällen an Kinderlosigkeit gebunden. Heute entscheiden sich immer mehr Lesben, Schwule, Bisexuelle und auch Transpersonen dafür, selber leibliche Kinder zu bekommen oder Kinder bei sich aufzunehmen, um mit ihnen als Familie zu leben.

Herausforderung für das Familienrecht

Die Wege, wie Regenbogenfamilien entstehen, sind sehr unterschiedlich. Die Folge sind verschiedene Dynamiken, die sowohl bei der familienrechtlichen als auch bei der allgemeinen Familienberatung Berücksichtigung finden müssen. Wichtig ist dabei zu wissen, dass das deutsche Familienrecht nicht darauf ausgelegt ist, dass es von vornherein in einer Familie gleichgeschlechtliche Eltern gibt und es in einer Regenbogenfamilie auch mehr als zwei Eltern geben kann. Aber der Gesetzgeber in Deutschland hat in den letzten Jahren wiederholt vom Bundesverfassungsgericht die Aufforderung bekommen, Lesben und Schwule in einer Eingetragenen Lebenspartnerschaft gleichzustellen gegenüber Ehepaaren. Diese Gleichstellungsdiskussionen werden von konservativer Seite insbesondere dann torpediert, wenn es um Familie und Kinder geht.

Regenbogenfamilien sind Realität. Eltern übernehmen Verantwortung für ihre Kinder, die inzwischen in großer Zahl in gleichgeschlechtlichen Partnerschaften und auch bei

© imago



Lesbische Frauen erfüllen sich häufig ihren Kinderwunsch mit Samenspendern.

Alleinstehenden geplant werden oder bereits bei ihnen leben. Diese Kinder sind alle Wunsch Kinder, die laut einer durch das Bundesministerium für Justiz beauftragte und von Martina Rupp durchgeführte Studie zur „Lebenssituation von Kindern in Eingetragenen Lebenspartnerschaften“ aus dem Jahr 2009 alle Chancen und Möglichkeiten haben, in einem liebevollen Umfeld tolerante und beziehungs fähige Menschen zu werden. Laut Studie kommt es nicht auf das Geschlecht der Eltern und die Familienkonstellation an bei der Erziehung von Kindern sondern auf die Beziehungsqualität in der Familie. Regenbogenfamilie ist nicht gleich Regenbogenfamilie. In ihren Entste-



Wichtig ist, wie die biologische, rechtliche und soziale Elternschaft gelebt wird.

hungsdynamiken, ihren rechtlichen Absicherungen und in der gesellschaftlichen Wahrnehmung können sie sich erheblich voneinander unterscheiden. Einzig die Tatsache, dass mindestens ein Elternteil der Gruppe der Lesben, Schwulen, Bisexuellen und Transidenten angehört, kann der gemeinsame Nenner sein. Wenn diese Menschen alleine oder als Paar einen Kinderwunsch haben, stehen sie oft vor vielen Fragen und der Herausforderung, wie sie diesen Kinderwunsch umsetzen können und wollen. Das Projekt Regenbogenfamilien des Lesben- und Schwulenverbandes Berlin-Brandenburg (LSVD) mit seinem im März 2013 gegründeten Regenbogenfamilienzentrum bietet in Berlin Schöneberg eine deutschlandweit einzigartige Anlauf- und Beratungsstelle.

Regenbogenfamilien mit Kindern aus heterosexuellen Beziehungen

Viele Regenbogenfamilien entstehen und entstanden dadurch, dass sich Eltern aus einer heterosexuellen Beziehung gelöst haben und dann

über ein sogenanntes spätes Coming Out eine neue gleichgeschlechtliche Beziehung eingegangen sind. Das Konzept von gleichgeschlechtlicher Partnerschaft und Familie war im Kontext von Verfolgung und Diskriminierung vor den neunziger Jahren kaum vorstellbar und nur schwer lebbar. Mit der rechtlichen und gesellschaftlichen Anerkennung von gleichgeschlechtlichen Beziehungen insbesondere mit der Einführung der Eingetragenen Lebenspartnerschaft 2001 und 2005 mit der Einführung der sogenannten Stiefkindadoption für leibliche Kinder in Eingetragenen Lebenspartnerschaften hat sich das Selbstverständnis bei Homosexuellen geändert als Familie leben zu können und zu wollen.

Doch obwohl eine rechtliche und gesellschaftliche Anerkennung von gleichgeschlechtlichen Partnerschaften inzwischen weitestgehend stattgefunden hat, bekennen sich nach wie vor viele Männer und Frauen heute erst zu ihrer Homosexualität (oder auch seltener Transsexualität),

nachdem sie eine heterosexuelle Beziehung gelebt und in dieser Beziehung Kinder bekommen haben. Nicht selten werden in die neuen gleichgeschlechtlichen Partnerschaften weitere gemeinsam gewünschte Kinder geboren und Patchworkfamilien entstehen.

Regenbogenfamilien in Mehrelternmodellen

Doch immer mehr Lesben und Schwule als Einzelpersonen oder in Paarbeziehungen wollen ihren Kinderwunsch erfüllen, in dem sie gemeinsam neue Familienmodelle leben. So gibt es ganz unterschiedliche Konstellationen: von einem Elternteil bis hin zu vier Eltern. So kann ein Kind zwei Mütter und einen Vater, zwei Väter und eine Mutter oder zwei Mütter und zwei Väter haben. Im Wesentlichen kommt es darauf an, wie bei Mehrelternmodellen die biologische, rechtliche und soziale Elternschaft entschieden und gelebt werden.

Viele lesbische Frauen wünschen sich einen Vater für ihr Kind. Bei der Erfül-

lung ihres Kinderwunsches suchen sie meist einen schwulen Mann oder ein schwules Paar, die ihnen den Kinderwunsch erfüllen. Je nachdem, auf welcher rechtlichen Basis der Vater seine Elternrolle leben möchte, kann durch die nichtleibliche Mutter eine Stiefkindadoption mit Einwilligung des Vaters vorgenommen werden. Der biologische Vater gibt in dem Fall das Kind zur Adoption für die Lebenspartnerin der leiblichen Mutter frei. Damit bekommt die zweite Mutter alle Rechte und Pflichten wie die leibliche Mutter. Der Vater verliert dadurch sein verwandtschaftliches Verhältnis sowie alle Rechte und Pflichten dem Kind gegenüber. Für viele Regenbogenfamilien ist dies ein optimaler Weg. Der Vater kann als sozialer Vater an der Familie beteiligt bleiben, aber die Entscheidungen und das Lebensumfeld des Kindes liegen in der Regel bei den Müttern. In den Fällen, in denen alle gleichberechtigt rechtliche Eltern sein wollen, wird es komplizierter, da das Familienrecht insgesamt nur zwei rechtliche Eltern vorsieht. Um einen Ausgleich zwischen den beteiligten Eltern zu schaffen, kann eine Variante gewählt werden, die für die nichtleibliche Mutter in der Eingetragenen Lebenspartnerschaft das kleine Sorgerecht, also die Alltagssorge, vorsieht. In diesem Fall kann der Vater die Vaterschaft mit Unterhaltspflicht und Umgangsrecht anerkennen.

Erfüllung des Kinderwunsches mit Hilfe von Ärzten und Samenbanken

Lesbische Frauen wollen in ihren Paarbeziehungen oder auch als Alleinstehende häufig ihren Kinderwunsch mit Hilfe eines anonymen Samenspenders erfüllen und entscheiden sich für die Unterstützung

durch eine Samenbank und eines Arztes. In Deutschland ist dies etwas kompliziert und wird regional unterschiedlich umgesetzt. Es gibt nur wenige Samenbanken und Ärzte, die hier weiterhelfen, denn die Bundesärztekammer sagt in ihren „Richtlinien zur assistierten Reproduktion“ von 2006, dass nur heterosexuellen verheirateten Frauen auf diesem Weg geholfen werden soll. Viele Frauen fahren deshalb ins europäische Ausland, zum Beispiel in die Niederlande, nach Dänemark oder nach Spanien, wo es längst einen freien Zugang zur Reproduktionsmedizin gibt. Die Frauenaare werden nach der Geburt des gemeinsam geplanten Kindes durch die Stiefkindadoption rechtliche Eltern. Die Kinder können in der Regel mit 18 Jahren erfahren, wer der genetische Erzeuger ist.

Pflegefamilien

Viele Kinder, die aus verschiedensten Gründen nicht in ihren Herkunftsfamilien bleiben können, brauchen ein neues Zuhause. So sieht die Stadt Berlin zum Beispiel inzwischen bei Lesben und Schwulen ein großes Potential, sie als Pflegeeltern zu gewinnen. So heißt es seit 2004 in den Ausführungsvorschriften der Stadt Berlin über ‚Hilfe zur Erziehung in Vollzeitpflege‘, dass verschiedene Familienformen in Frage kommen. Unverheiratete Paare, gleichgeschlechtliche Paare und Alleinstehende sind herzlich willkommen ein Pflegekind aufzunehmen. Insbesondere für Schwule, die biologisch und rechtlich weniger Möglichkeiten haben mit Kindern leben zu können, ist dies eine Möglichkeit, Familie zu sein. Das Pflegekinderwesen ist kommunal geregelt und jede Kommune hat vor allem aus finanziellen Gründen aber

auch zum Wohl der Kinder das Interesse, diese Kinder möglichst in einer Pflegefamilie unterzubringen. Wenn Lesben und Schwule ein oder mehrere Pflegekinder aufnehmen, so ist dies in der Regel auf Dauer angelegt und kann unter Umständen sogar zur Adoption des Kindes führen.

Adoption eines nichtleiblichen Kindes

Einen Kinderwunsch durch die Adoption eines nichtleiblichen Kindes umzusetzen, gestaltet sich im In- und Ausland derzeit schwieriger als alle anderen Wege. Zum Einen gibt es in Deutschland zu wenige Kinder, die zur Adoption freigegeben werden und zum Anderen gibt es nur wenige Agenturen, die im Ausland mit Homosexuellen zusammenarbeiten wollen. Außerdem ist in Deutschland der Vorbehalt gegenüber Homosexuellen als Adoptiveltern bei vielen zuständigen Behörden noch sehr groß, da auch die Politik sich nach wie vor beim gemeinsamen Adoptionsrecht sperrt. Die Sukzessivadoption, also die Adoption eines Kindes erst durch einen Lebenspartner oder Lebenspartnerin und dann durch den anderen Lebenspartner oder Lebenspartnerin nacheinander, hat das Bundesverfassungsgericht Anfang 2013 erzwungen. <<



Constanze Körner
ist Leiterin des
Regenbogen-
familien-
zentrums in
Berlin-Brandenburg des Lesben-

und Schwulenverbands Deutschland.
Kontakt: constanze.koerner@lsvd.de,
www.regenbogenfamilien.de

Eine unpopuläre Entscheidung

„Ich will **kein** Kind“

Anja Uhling und Sonja Siegert

■ Bekommen die Deutschen zu wenige Kinder? Wie kann man die Geburtenrate steigern? Bei solchen Fragen werden oft die vermeintlich egoistischen Kinderlosen angegriffen. Zu Recht? Sonja Siegert und Anja Uhling haben Männer und Frauen ohne Kinderwunsch gefragt, was ihnen im Leben wichtig ist und wieso sie sich gegen Kinder entschieden haben. Sie räumen auch mit Vorurteilen auf: Denn die Kinderlosen sind weder schuld an einer „demografischen Katastrophe“ noch einsamer als Eltern. Und nein: Ein Kinderwunsch ist nicht „natürlich“.

Die Menschen, die sich keine Kinder wünschen, kommen in den aktuellen Debatten um sinkende Gebur-

*„Abends mit Freunden in der Kneipe zu sitzen, auf Konzerte zu gehen, sich spontan mittags zu einer Pizza zu treffen, bei Stress und Kummer füreinander da zu sein – mehr brauche ich nicht zum Glückhsein, ich habe nicht den Wunsch, einen Mann, ein Kind, ein Haus, ein Auto zu haben.“
Hannah, 35, Redakteurin*

tenzahlen kaum zu Wort. Das ist erstaunlich, denn immerhin möchten 23 Prozent der Männer und 15 Prozent der Frauen in Deutschland freiwillig kinderlos bleiben.¹ Deshalb haben wir Menschen in unterschiedlichen Lebenssituationen befragt, die sich

keine Kinder wünschen – ältere und jüngere, Männer und Frauen, in Partnerschaft oder solo lebende, Heterosexuelle, Schwule und Lesben. Wir wollten wissen, wie sie leben, was ihnen wichtig ist und wofür sie sich einsetzen, aber auch, ob sie glauben, dass es einen Grund für die Entscheidung gegen Kinder gibt. Die Antworten sind sehr unterschiedlich, aber einen Satz haben wir immer wieder gehört: „Der Wunsch ist einfach nie entstanden.“

„Ich muss mich nicht reproduzieren ...“

Miriam sagt von sich, sie habe schon mit 14 Jahren gewusst, dass sie keine Kinder haben wird: „Ich habe das Gefühl, dass das in meinem Lebensplan nicht vorgesehen ist.“ Tanja findet: „Ich muss mich nicht reproduzieren. Ich halte es für Größenwahnsinnig, zu sagen: ‚Ich muss unbedingt einen Teil von mir in die Welt setzen.‘“ Susanne meint trocken: „Die schönen Erfahrungen mit Kindern haben nie dazu geführt, dass ich unbedingt ein eigenes Kind wollte.“

Es gibt auch Gründe, die mit den jeweiligen Lebensbedingungen zu tun haben: Gudrun hatte klar vor Augen, dass sie sich mit einem Kind finanziell von einem Mann abhängig gemacht hätte – jedenfalls so, wie vor dreißig Jahren in Westdeutschland die Kinderbetreuung aussah. In dieser Ab-

hängigkeit hätte sie nie leben wollen. Claudia hatte eine sehr schwierige Kindheit, in der sie Gewalt und Ein-

Das erste Mal, dass ich bewusst darüber gesprochen habe, war mit etwa vierzehn Jahren. Das war ein Gespräch mit meiner Mutter, die sagte: „Ach, wenn du selber erst mal Kinder hast, dann ...“, und ich habe wie aus der Pistole geschossen, ohne nachdenken zu müssen, geantwortet: „Mama, ich werde keine Kinder haben.“

Miriam, 36, freiberufliche Lehrerin

samkeit erlebt hat, und ist sich sicher, sie hätte kein Kind heil großkriegen können.

Vielen unserer GesprächspartnerInnen ist auch wichtig, sich aktiv für eine lebenswerte Welt einzusetzen: Für Ulrich haben die Überbevölkerung und die Ressourcenknappheit bei der Entscheidung gegen Kinder eine große Rolle gespielt. Thomas kann mit Kindern überhaupt nichts anfangen, sondern will sich lieber politisch engagieren. Auch Eva hat in ihrem Berufsleben vor allem für die Verbesserung der Lebensbedingungen der Menschen in Afrika gearbeitet und weiß, dass das mit Kindern nicht gegangen wäre.

Die meisten Menschen, mit denen wir sprachen, haben übrigens intensive Beziehungen zu Kindern – ent-

weder kümmern sie sich beruflich mit viel Herzblut um sie oder sie ziehen die Kinder ihrer Partner mit auf, sorgen für Geschwister mit Behinderungen, sind leidenschaftliche Tanten und Onkel oder kümmern sich um die Kinder ihrer FreundInnen.

So verschieden die Menschen und ihre Motive sind, eines haben wir oft

„Ich hätte mein Leben mit einem Kind anders einrichten müssen. Und ich habe mein Leben, so wie es war, sehr genossen. Die Annehmlichkeiten des Singledaseins habe ich höher geschätzt als die Freuden der Mutterschaft. Natürlich hat mein Beruf auch eine große Rolle gespielt, die Reisen, ich habe so interessante Leute getroffen, ich habe viel dabei gelernt. Das hat mich glücklich gemacht – glücklicher, als eine Ehe mich hätte machen können. Mein Leben war mir so lieber.“ Eva, 78, Journalistin und Gutachterin im Ruhestand

gehört: dass die Entscheidung gegen Kinder auch aus einem großen Verantwortungsbewusstsein heraus gefallen ist. Alle GesprächspartnerInnen legen Wert darauf, dass jedes Kind ein Recht darauf hat, wirklich gewollt zu sein, und fast alle halten es für einen Skandal, dass so viele Kinder in unserer Gesellschaft zu we-

Ich lebe in einem Land, wo ich entscheiden kann, ob ich Kinder haben will oder nicht, und das empfinde ich als ein großes Geschenk: Ich kann mir aussuchen, wie mein Leben verläuft, wie meine Sicht auf Weiblichkeit ist, wie ich Weiblichkeit definiere. Ich habe wirklich Freiheit. Das umfasst viel mehr als die Möglichkeit, ein Kind nicht austragen zu müssen.
Ilu, 45, Köchin und Künstlerin

© roboriginal – Fotolia.com



„Kinder? Der Wunsch ist einfach nie entstanden!“

nig Förderung und Aufmerksamkeit bekommen.

Vorwürfe und Unterstellungen

Ein Kinderwunsch muss heute im Allgemeinen nicht begründet werden – das Nichtvorhandensein dieses Wunsches aber sehr wohl. Das wird hinterfragt, psychologisiert, es gilt als „heilbar“ durch gutes Zureden oder durch schlichtes Älterwerden. In unseren Interviews hörten wir von den absurdesten Vorwürfen – ganz oben auf der Hitliste: Kinderlose seien egoistisch, bewirkten den finanziellen Untergang des Landes und dächten nicht an die Rente. Und: Kinder haben zu wollen, sei doch normal, also stimme mit ihnen etwas nicht. Ist das so?

„Demografische Katastrophe“ – sind die Kinderlosen daran schuld?

Dass eine sinkende Bevölkerungszahl in Deutschland schlecht sei, geistert immer wieder durch Medien und po-

litische Debatten. Dabei spricht einiges dafür, dass es sehr gut ist, wenn nicht alle Menschen Kinder bekommen:

- Die letzte Frauengeneration, die ausreichend Kinder geboren hat, um die Elterngeneration zu ersetzen, waren

Ich habe immer eher den Mann gesehen als ein zukünftiges Kind. Ich dachte: „Wenn ich den richtigen Partner finde und wenn es so sein soll, werde ich schon einen Kinderwunsch bekommen – aber wenn nicht, ist es auch nicht schlimm.“
Man kann so oder so leben, das wusste ich schon immer.
Susanne, 51, Journalistin

die Frauen der Geburtsjahrgänge 1880/1881.² Dennoch ist der allgemeine Lebensstandard in Deutschland seit dieser Zeit extrem gestiegen. Wohlstand, Solidarsysteme, Fürsorge für Hilfebefürftige haben also offenkundig mit der Fortpflanzung nichts zu tun. Im

Gegenteil: Eine weltweite Untersuchung ergab, dass das Wirtschaftswachstum zurückgeht, wenn die Geburtenraten steigen.³

- Warum wird ständig der Eindruck erweckt, als schwinde die Bevölkerung in Deutschland und als seien „verblühende Landschaften“ zu erwarten? Das Gegenteil ist der Fall: Die Bevölkerung in Ost- und Westdeutschland ist innerhalb der letzten drei Jahrzehnte aufgrund von Zuwanderung von 78 auf 80,2 Millionen Menschen gewachsen. Warum wird nicht anerkannt, welche Bereicherung diese zugewanderten Menschen und ihre Kinder sind und was sie leisten?
- Der Planet ist überbevölkert; auch die deutschen Kindergärten, Schulen, Universitäten, Großstädte (und Autobahnen) sind überfüllt. Hinzu kommt: Ein deutsches Kind verbraucht ungleich mehr Ressourcen und verursacht viel mehr Umweltschäden als ein Kind in

Was ich oft erlebe, sind Eltern, die mir ihr Herz ausschütten: „Du machst das richtig!“ Oder: „Wenn ich gewusst hätte, wie anstrengend das ist, hätte ich mich anders entschieden. Ich war einfach naiv.“ Mir hat mal jemand prophezeit, ich würde im Alter alleine sein, und sofort schaltete sich eine Mutter von drei kleinen Kindern ein, deren Mann rund um die Uhr arbeitete, um die Familie zu finanzieren: „Na toll, dafür bin ich jetzt alleine!“ Ich habe tatsächlich eher Eltern kennengelernt, die auch die unglaubliche Anstrengung, die mit Kindern verbunden ist, offen thematisieren. Die von der Langeweile und der Einsamkeit erzählen, die sie mit Kindern auch erleben. Vielleicht tun sie das nur mir gegenüber, weil sie wissen, dass ich sie dafür nicht verurteile. Luise, 50, Beraterin in einer Arbeitsloseninitiative

einem technisch weniger entwickelten Land. Wäre es da nicht verantwortungsbewusster, sich mit der Fortpflan-

*Ich bin froh, dass ich mich selber großgekriegt habe. Und ich bin immer noch nicht fertig mit Erwachsenwerden. Ich glaube, Frauen, die auch einen sexuellen Missbrauch hinter sich haben, die aus so gebrochenen Familien kommen wie ich, können das vielleicht ganz gut verstehen. Ich habe so viele Jahre gebraucht, um verzeihen und mich annehmen zu können. Wie hätte ich da ein Kind erziehen sollen? Ich bin jetzt 48 und erst seit ein paar Jahren einigermaßen heil. Wie hätte dieses Kind ohne Schaden groß werden können?
Claudia, 48, Altenpflegerin*

zung zurückzuhalten und sich lieber um die Menschen zu kümmern, die schon da sind, ob sie nun deutsch sind oder nicht?

- Kinderlose gab es immer in der Geschichte. Sie hatten stets wichtige Funktionen: Sie lebten bei ihren alten Eltern, waren Knechte und Mägde, Hausangestellte, Soldaten, Geistliche, kümmerten sich um die Kinder anderer Leute. Es gibt heute anteilig nicht mehr Kinderlose als in früheren Jahrhunderten, die Zahl schwankte immer stark. Zeitweise waren mehr als ein Drittel der Frauen einer Generation kinderlos. Der große Unterschied zu früher: Diejenigen, die Kinder bekommen, bekommen heute weniger.

Olle Kamellen:

Frauen, Männer und ihre „Natur“

Ein anderer Mythos, der ständig unhinterfragt wiedergekaut wird, ist die angebliche „Normalität“ des Kinderwunsches, jedenfalls bei Frauen. Die Vorstellung von einem quasi natür-

lichen, jetzt erst so genannten „Kinderwunsch“ einer Frau, verbunden mit der Idee eines „Mutterinstinkts“, ist historisch recht neu; sie entstand erst ab dem frühen 19. Jahrhundert.⁴ Dass diese historisch gewachsenen Konzepte immer noch wirken, ist der Grund dafür, dass vor allem kinderlose Frauen sich Vorwürfe über angebliche Charakterdefizite gefallen lassen müssen, während kinderlosen Männern die Entscheidung eher als Privatsache zugebilligt wird.

Jedenfalls wurde bisher kein „Elternschaftstrieb“ nachgewiesen, von dem Frauen nur um den Preis der „Unnatürlichkeit“ abweichen können. Im Gegenteil: „Die Tatsache allein, dass mütterliches Verhalten über Ideologiegelbildung abgesichert wird, spricht gegen seinen ‚natürlichen‘ Charakter. Mutterschaft wird nicht immer als befriedigend und erfüllend erlebt. Es bedarf einer mythischen Verschleierung, um Mutterschaft, auch wenn

*„Wenn ich als schwul lebender Mann einen Kinderwunsch hätte, hätten meine Eltern mit diesem Szenario sicher ein Problem. Ich glaube, da gibt es eher die umgekehrte Erwartung: dass ich als schwuler Mann doch gefälligst die Finger davon lassen sollte. Da sieht man, dass es gar nicht um Familie als solche geht, sondern um eine bestimmte Form von Familie, die sich gefälligst tradieren soll.“
Thomas, 36, Inhaber einer Internet-Agentur*

sie als einengend oder bedrückend erlebt wird, zu idealisieren.“⁵

Andererseits stoßen Männer schnell auf Widerstand, wenn sie sehr wohl einen Kinderwunsch haben und sich

„Es wird vielleicht wirklich eine gewisse Leere sein, es wird keiner zu uns ins Altenheim kommen. Eine Kollegin von mir geht jeden Tag ihre Mutter im Altenheim besuchen und betüttelt sie. Aber das ist natürlich ein egoistischer Grund, der, glaube ich, beim Kinderwunsch eine gewisse Rolle spielt: Dann ist später jemand da, der sich kümmert. Aber unsere Entscheidung ist nun mal gefallen, und dann müssen wir uns damit auseinandersetzen, was wir aus dieser Situation machen.“
Ulrich, 58, Lehrer

auch noch intensiv um ihren Nachwuchs kümmern möchten. Sei es am Arbeitsplatz, wenn sie sich die Familienarbeit teilen wollen oder Elternzeit nehmen, sei es im Privatleben, wo sie manches Mal hämische Bemerkungen von anderen Männern ernten, wenn sie abends früh müde sind, mit dem Kinderwagen im Park gesichtet werden oder mit ihrem Sohn schmusen.

Hinzu kommt: Menschen, die nicht der deutschen heterosexuellen Traumfamilie entsprechen und Kinder haben wollen – zum Beispiel schwule oder lesbische Paare, Menschen mit Behinderungen oder mit ausländischen Wurzeln –, erleben nicht selten, dass noch lange nicht jedes Kind willkommen ist, sondern dass es vielen BefürworterInnen aktiver Fortpflanzung in Wahrheit nur um die Reproduktion einer ganz bestimmten Familienform geht.

Neue Debatten bitte!

Schon 1930 charakterisiert Erich Kästner in seinem wunderbaren Gedicht „Patriotisches Bettgespräch“ die zeitgenössische Debatte so, wie

sie heute unverändert geführt wird: „Hast Du, was in der Zeitung stand, gelesen? / Der Landtag ist mal wieder sehr empört / von wegen dem Geburtenschwund gewesen. / Auch ein Minister fand es unerhört.“ Und an späterer Stelle: „Geburtenrückgang – hat er noch gesagt – / sei, die Geschichte lehrt es – Deutschlands Ende.“⁶ Wollen wir nicht endlich mal andere Debatten führen? Zum Beispiel darüber, was sich Frauen und Männer zwischen 20 und 50 wünschen? Wie sie leben wollen, was sie für Ziele haben? Wünschen sie sich Kinder oder nicht? Und wenn sie mit Kindern leben wollen: Welche Bedingungen müssen dafür erfüllt sein? Das ist es nämlich, was die Menschen täglich beschäftigt.



Zum Weiterlesen

Sonja Siegert, Anja Uhling: *Ich will kein Kind. Dreizehn Geschichten über eine unpopuläre Entscheidung.* Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main 2013. www.ichwillkeinkind.de

Der Artikel ist erstmals in der Zeitschrift *Dr. med. Mabuse*, Nr. 204, Juli/August 2013 erschienen. Wir danken dem Mabuse-Verlag für die Nachdruckerlaubnis.

1 Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung/Höhn, Charlotte/Ette, Andreas/Ruckdeschel, Kerstin: *Kinderwünsche in Deutschland. Konsequenzen für eine nachhaltige Familienpolitik.* Robert Bosch Stiftung, Stuttgart 2006, S.20. www.bosch-stiftung.de/content/language2/downloads/BuG_Familie_Studie_Kinderwunsch.pdf

2 Lena Correll: *Anrufungen zur Mutterschaft. Eine wissenssoziologische Untersuchung von Kinderlosigkeit.* Verlag Westfälisches Dampfboot, Münster 2010, S.42 / Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung: *Endgültige Kinderzahl je Frau der Geburtsjahrgänge 1865 bis 1965 in Deutschland (Stand: 2010).*

3 Nach Karl Otto Hondrich: *Weniger sind mehr. Warum der Geburtenrückgang ein Glücksfall für unsere Gesellschaft ist.* Campus Verlag, Frankfurt am Main 2007, S. 42. Hondrich bezieht sich auf die Studie von Robert Barro und Xavier Sala-i-Martin: *Economic Growth*, Cambridge (Mass.)/London 1999.

4 Vgl. Lena Correll: *Anrufungen zur Mutterschaft*, S.40 ff. (siehe Fußnote 2)

5 Jessica Groß: *Psychosomatik und Reproduktionsmedizin*, in: Maria Beckermann/Friederike M. Perl (Hg.): *Frauen-Heilkunde und Geburts-Hilfe. Integration von Evidence-Based Medicine in eine frauenzentrierte Gynäkologie*, Schwabe Verlag, Basel 2004, S. 922-953, hier S. 942.

6 Erich Kästner: *Patriotisches Bettgespräch*, in: ders.: *Gedichte.* Büchergilde Gutenberg, 7. Aufl., Frankfurt am Main 1997, S. 257.



Anja Uhling
geb. 1963, ist Journalistin und Mitarbeiterin in einer medizinrechtlichen Anwaltskanzlei in Frankfurt am

Main. E-Mail: a.uhling@gmx.de



Sonja Siegert
geb. 1974, ist Journalistin und Lektorin, arbeitet als Referentin für die Bundeszentrale für gesundheitliche

Aufklärung in Köln. E-Mail: post@sonja-siegert.de

Studie zum Verhütungsverhalten unter ALG II-Bezug

„Pille oder Risiko?“

Tanja Nitz und Ulrike Busch

Ausgangslage

Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz von 2004 hat eine freie und selbstbestimmte Wahl von Kontrazeptiva für einen großen Kreis sozial benachteiligter Personen erheblich eingeschränkt. Nach

Der großen Gruppe der ALG II-EmpfängerInnen steht nur ihr Regelsatz zur Verfügung, um Verhütungsmittel zu erwerben. Das sind im Kern die kalkulierten 16,43 Euro für die gesamte Gesundheitspflege. Es ist davon auszugehen, dass vor allem zuverlässige, sichere und damit meist teurere Kontrazeptiva damit für viele nur schwer zugänglich sind.

Ungleichbehandlung. Ob und in welchem Maß die Betroffenen in ihrem Recht auf selbstbestimmter Familienplanung und freie Wahl der Kontrazeptiva unterstützt werden, ist also abhängig von ihrem Wohnort. Insbesondere die neuen Bundesländer stellen unisono keine Kostenübernahmen zur Verfügung.

Studie der Hochschule Merseburg

Ausgehend von diesen Befunden untersuchte eine Studie³ an der Hochschule Merseburg im Jahr 2013 Aspekte des Verhütungsverhaltens von Frauen unter ALG II-Bezug in einer brandenburgischen ländlichen Region. 98 Betroffene wurden befragt:

- nach ihrem Kinderwunsch,
- nach der aktuellen Bedeutung einer Schwangerschaft,
- nach ihrer Haltung zum Schwangerschaftsabbruch sowie
- nach verschiedenen Aspekten ihres realen sowie ihres gewünschten Verhütungsverhaltens.

Ausgangspunkt war die Annahme, dass sich das Verhütungsverhalten deutlich von dem nicht sozial Benachteiligter unterscheidet und dafür vor allem die fehlenden materiellen Ressourcen verantwortlich sind.

38 Prozent der Befragten haben einen aktuellen Kinderwunsch, jedoch sagen 31 Prozent von ihnen, dass er sich aufgrund ihrer Situation nicht realisieren lässt. Für 77 Prozent wäre eine

Eine erste Pilotstudie mit 68 befragten Frauen aus einer bundesdeutschen Großstadt bestätigte diese Annahme bereits 2007.¹ Eine Studie von pro familia zeigt, dass einige Kommunen dennoch nach Antragstellung die LeistungsempfängerInnen ganz oder teilweise bei der Finanzierung unterstützen. Allerdings ergibt sich ein ausgesprochen heterogener Flickenteppich, der schwer kommunizierbar ist und keine gesicherte Rechtsgrundlage hat.²

Diese gegensätzlichen Bestimmungen führen zu Verunsicherung und

dem § 24a SGB V haben Versicherte lediglich bis zum 20. Lebensjahr Anspruch auf die Versorgung mit empfängnisregelnden Mitteln durch die gesetzlichen Krankenkassen. Nach § 49 SGB XII „Hilfe zur Familienplanung“ werden die Kosten ohne Altersbegrenzung nur übernommen, wenn diese ärztlich verordnet sind. Die bis dahin existierende Möglichkeit der Kostenübernahme für sozial benachteiligte Frauen (und Männer) entfiel.



jetzt eintretende Schwangerschaft weniger gut bis katastrophal. 31 Prozent verhüten trotzdem nur selten oder nie.

18 Prozent gaben an, dass sie für ihre aktuelle Verhütung nichts ausgeben, 44 Prozent weniger als 15 Euro, 36 Prozent zwischen 15 und 30 Euro und lediglich ein Befragter gibt mehr als 30 Euro monatlich aus. Damit geben schon 38 Prozent mehr für Kontrazeptiva aus, als Ihnen laut Regelsatz zur Verfügung steht. Mit 63 Prozent sind die Kosten die am häufigsten genannte Ursache für Nicht-Verhütung. Aktuell verhüten 43 Prozent mit dem Kondom – deutlich mehr als bei einer Befragung der BZGA⁴. 34 Prozent verhüten mit der Pille – deutlich weniger als in der genannten BZGA-Studie. 12 Prozent verhüten per Coitus interruptus, dies wird normalerweise kaum genannt. Vaginalring/Pflaster, Sterilisation und Spirale werden

22 Stimmen und die Dreimonatsspritze 12 Stimmen. Für die Spirale würden sich 18 Frauen entscheiden und 6 Frauen würden eine Sterilisation in Betracht ziehen. Mehr Frauen würden zu sicheren und langfristigen Kontrazeptiva greifen.

Das Kondom würden im Fall einer Kostenübernahme nur 14 Frauen wählen, meist in Kombination mit einem hormonellen Verhütungsmittel. Für den Coitus interruptus entschied sich bei der Frage nach dem „Wunschverhütungsmittel“ keine der Frauen mehr.

Das monatliche Haushaltsbudget hat einen enormen Einfluss auf die Verhütungswahl. Die Tabelle zeigt dies am Beispiel der Pille.

Zwei Drittel der Frauen wissen, dass die Kosten eines Schwangerschaftsabbruchs für Frauen mit niedrigem

Einkommen übernommen werden. Mit diesem Wissen verneinen 57 Befragte, dass sie das Risiko eines Schwangerschaftsabbruchs bewusst in Kauf nehmen würden. 31 antworteten mit „weiß nicht“, 8 ALG II-Empfängerinnen kreuzten „eher ja“ an und 2 wählten die Antwortmöglichkeit „ja“.

Fazit

Frauen und Paare unter ALG II-Bezug verhüten aus finanziellen Gründen eher mit situativ einsetzbaren, preiswerteren Methoden, obwohl sie sich sicherere und langfristiger einsetzbare Kontrazeption wünschen und eine Schwangerschaft von ihnen überwiegend als schlecht bis katas-

trophal in der derzeitigen Situation eingeschätzt wird. Das Recht auf Zugang und freie Wahl der Verhütungsmittel ist für sozial schwache Frauen und Paare in den meisten Bundesländern nicht oder nur eingeschränkt realisierbar. Es ist dringend eine bundeseinheitliche Regelung der Kostenübernahme zu fordern. <<

1 Gäckle, Annelene (2007): Familienplanung gibt es praktisch nur theoretisch – Auswirkungen von Hartz IV auf das Kontrazeptionsverhalten von Hartz IV Empfängerinnen in Nordrhein-Westfalen im Kontext der Schwangerschaftskonfliktberatung

2 pro familia (2010). Erhebung zur Erstattung von Verhütungsmittelkosten in der BRD, In: Praxis und Informationen für sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte, pro familia Bundesverband, Frankfurt am Main 2010

3 Nitz, Tanja (2013): „Pille oder Risiko? – Empirische Belege zum Verhütungsverhalten unter ALG II Bezug“. Masterthesis Hochschule Merseburg

4 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2011). Verhütungsverhalten Erwachsene; Ergebnisse der Repräsentativbefragung, Köln 2011

Angewandtes Verhütungsmittel Pille hängt vom Monatseinkommen ab	
Monatsbudget in Euro	Anteil der Frauen, die die Pille anwenden
300 – 599	16 Prozent
600 – 799	27 Prozent
800 – 1199	43 Prozent
1200 und darüber	60 Prozent

kaum angewendet, deutlich mehr eher die Dreimonatsspritze.

Die Mehrheit der Befragten wünscht sich eine Kostenübernahme. 66 Prozent der TeilnehmerInnen würden dann zu einem anderen Verhütungsmittel greifen. Bei den „Wunschverhütungsmitteln“ wurden die hormonellen Kontrazeptiva am häufigsten gewählt. Die Pille bekam 44 Stimmen, der Vaginalring/das Pflaster



MA Tanja Nitz hat Rehabilitationspsychologie in Stendal studiert und Angewandte Sexualwissenschaften in

Merseburg. Sie arbeitet seit 2010 in Brandenburg an der Havel im Bereich der ambulanten Hilfen.

E-Mail: tanja-nitz@web.de



Prof. Dr. Ulrike Busch lehrt an der Hochschule Merseburg im Fachbereich Soziale Arbeit, Medien, Kultur.

E-Mail:

ulrike.busch@hs-merseburg.de

Niedersachsen

Jubiläum in Goslar

■ Am 1. November 2013 feierte die pro familia Beratungsstelle Goslar ihr 20jähriges Bestehen

Von links nach rechts: Volker Busker, Prof. Dr. Heike Fleßner (stellv. Vorsitzende des LV Niedersachsen), Andreas Bergen (Geschäftsführer des LV Niedersachsen), Gabriele Lehner (Stellenleiterin), Dr. med. Gesa Kaufholz, Monika Hentig, Hildegard Köhler-Bernhardt. <<



Bayern

pro familia Regensburg verabschiedet Axel Sommer

■ Dass man in der Beratungsstelle von pro familia öfter mal mit Liebesdingen zu tun hat, versteht sich von selbst. Nun haben besagte Herzens-

Team von pro familia mit Bedauern seinen beliebten Geschäftsführer Axel Sommer ziehen lassen. Zum Abschied bekam Axel Sommer von der Fachlichen Leiterin, Diplompädagogin Elke Werle, ein liebevoll gestaltetes Fotoalbum aus der gemeinsamen Zeit überreicht. <<

Kosten ärztlich verordneter Kontrazeptiva für Frauen und Männer mit geringem Einkommen zu finden.

„Verhütung ist derzeit in Deutschland vom sozialen Status abhängig“, heißt es in der Resolution. „Das Menschenrecht auf freie Wahl der Verhütungsmethode, die größtmögliche Sicherheit bietet und individuell gesundheitlich verträglich ist, ist nicht mehr für alle garantiert. Davon betroffen sind besonders Frauen, die in der Ausbildung sind, studieren, Arbeitslosengeld II, Grundsicherungsleistungen oder Wohngeld erhalten. Aber auch Asylbewerberinnen, Geringverdienerinnen und Männer, die auf Grund ihrer finanziellen Situation die Kosten für eine Sterilisation nicht aufbringen können.“

Bis zum 15. März 2014 sammeln die Organisatorinnen, zu denen auch die Landesarbeitsgemeinschaft der Gleichstellungsbeauftragten Schleswig-Holstein und der Landeshebammenverband Schleswig-Holstein gehört, Unterschriften, die dann an die

Schleswig-Holstein

Familienplanung – ein Menschenrecht für alle

■ pro familia Schleswig-Holstein hat eine Unterschriftenaktion gestartet, in der die Kostenerstattung für Verhütungsmittel gefordert wird. Im Rahmen der Fachtagung Familienplanung – ein Menschenrecht für alle am 3. Dezember 2013 in Kiel verabschiedeten die TeilnehmerInnen eine Resolution, in der die Bundes- und LandespolitikerInnen aufgefordert werden, umgehend eine bundeseinheitliche Lösung zur Übernahme der



angelegenheiten einen Kollegen nach Niederbayern, genauer gesagt Passau, entführt, und so musste das

Bundesregierung übergeben werden sollen. Zu den ErstunterzeichnerInnen gehören auch Prof. Dr. Daphne Hahn und Verena Mörath vom pro familia Bundesvorstand.

Wer sich an der Aktion beteiligen möchte, kann die Resolution mit Unterschriftenliste www.profamilia-sh.de herunterladen und die gesammelten Unterschriften an pro familia Flensburg, Marienstraße 29–31, 24937 Flensburg schicken. <<

Bremen

Projekt finanziert kostenlose Verhütungsmittel

■ Ab Januar 2014 finanziert die Stadt Bremen im Rahmen eines Projektes ärztlich verordnete Verhütungsmittel für Bremerinnen in besonders schwierigen Lebenslagen. Dazu gehören Frauen, die zum Beispiel an einer Methadonbehandlung teilnehmen und staatliche Unterstützungsleistungen beziehen sowie Frauen, für die das Amt für Soziale Dienste bzw. das Jobcenter Bremen Kosten für die Teilnahme an einer der Betreuungsmaßnahmen „Aufsuchende Hilfe“ oder „Intensiv begleitetes Wohnen“ übernimmt.

Die Übernahme der Kosten ist eine freiwillige Leistung der Stadtgemeinde Bremen und zeitlich bis Ende 2015 begrenzt. Ein Rechtsanspruch besteht nicht.

Für die Umsetzung sind die pro familia Beratungsstellen Bremen und Bremen-Nord zuständig. <<

Hamburg

Anleitung zum Wohlfühlen für Mädchen

■ Die sexualpädagogische Fachabteilung der pro familia Hamburg hat eine neue Informationsbroschüre veröffentlicht. „Feel good! Eine Anleitung



zum Wohlfühlen“ richtet sich an Mädchen (und interessierte Jungen) ab 11 Jahren. In leichter Sprache und mit farbigen Illustrationen wird über die Themen weibliche Lust, Selbstbefriedigung und das Recht auf selbstbestimmte Sexualität informiert. Der Flyer ist im Format A6 gedruckt und kann zum Selbstkostenpreis bei sexpaed.hamburg@profamilia.de bestellt werden. Das PDF kann hier eingesehen werden: http://profamilia-hamburg.de/fb_profamilia/fb_files/feel_good_broschuere.pdf.

Grenzverletzungen

■ Eine neue Fachpublikation der Landesstelle Jugendschutz Niedersachsen beleuchtet das Thema „Sexuelle Übergriffe unter Jugendlichen“ aus verschiedenen Perspektiven. In zehn Beiträgen zeigen WissenschaftlerInnen und PädagogInnen die Hintergründe für sexuelle Übergriffe unter Jugendlichen und stellen Möglichkei-

Termine

26. bis 30. März 2014 in Berlin

Positive Perspektiven in Psychotherapie und Gesellschaft

28. DGVT-Kongress für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Beratung

www.dgvt.de/dgvt/verein/kongressetagungen/

4. April 2014 in Oldenburg

Herausforderungen (in) der Liebe. Veränderungen der partnerschaftlichen Sexualität im Lebenszyklus

Fachtag anlässlich des 40-jährigen Jubiläums von pro familia Oldenburg.

www.profamilia-oldenburg.de

16. bis 17. Mai 2014 in Berlin

Psychische Abhängigkeit von der Internetsexualität

Sexuologische Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung mit Dr. Sophinette Becker und Prof. Martin Dannecker
<http://dgfs.info/category/fortbildung/>

<< ten der Prävention für die pädagogische Praxis vor. Den Abschluss bildet die Auswertung einer Schülerbefragung zu sexuellen Gewalterfahrungen im Rahmen des LJS-Präventionsprojektes „Grenzgebiete“. Die Broschüre hat 108 Seiten und kann zu einem Preis von 10 Euro zzgl. Bearbeitungskosten bezogen werden bei info@jugendschutz-niedersachsen.de. <<



pro familia Fachtagung

Kinderwunsch Beratung, Rechte, Realitäten

10. Mai 2014 in Hannover von 11 bis 18 Uhr

Vorträge:

Neue Verwandtschaftskulturen.

Kulturelle und soziale Folgen assistierter
Reproduktionstechnologien

Prof. Dr. phil. Michi Knecht, Universität Bremen

Mitgestaltung und Selbstbestimmung.

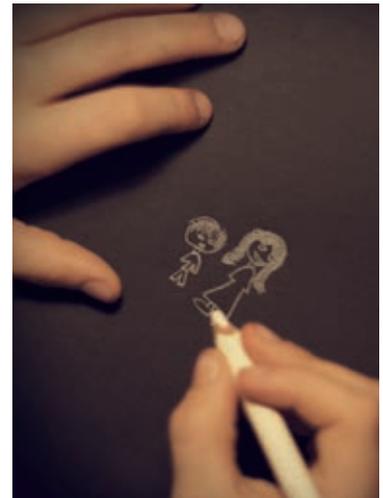
Strategien der Paare in der reproduktionsmedizinischen Behandlung

Dr. rer .soc. Charlotte Ullrich, Hochschule Osnabrück

Umgang mit erfolglosen Kinderwunschbehandlungen.

Biographische Bedingungen und Auswirkungen als Gesichtspunkte für psychosoziale Beratung

Britt Hoffmann, M.A., Institut für Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie, Magdeburg



© Bernd Vonnau/photocase.com

Anmeldeschluss: 22. April 2014

Weitere Informationen:

www.profamilia.de/fachpersonal/veranstaltungen-und-projekte/fachtagungen-pro-familia-bundesverband.html

Herausgeber:

pro familia Bundesverband
Stresemannallee 3 · 60596 Frankfurt

ISSN 0175-2960

Nr. 3 | 2013 · 41. Jahrgang · 5,10 Euro