

Tewes Wischmann

Psychosoziale Beratung bei Wunsch nach Gametenspende

Die Bildung einer Familie mittels einer Gametenspende – wobei in Deutschland damit noch überwiegend die donogene Insemination (DI), also die Spendersamenbehandlung, gemeint ist – ist oft ein komplexer Vorgang, in dem zahlreiche psychosoziale, juristische und ethische Aspekte zu berücksichtigen sind. Einführende Übersichten zum Thema sind Thorn (2008a) und Revermann und Hüsing (2011). Im Folgenden wird der Schwerpunkt in der konkreten Beratung von Individuen bzw. Paaren mit Wunsch der Familienbildung mittels Gametenspende liegen. Dabei gilt es bestehende Leitlinien anzuwenden (Thorn und Wischmann, 2008) und auf die spezielle Qualifikation der psychosozialen Berater/Innen zu achten (s. www.bkid.de). Gametenspende im Zusammenhang mit einer Leihmutterschaft wird nachstehend nicht behandelt. Aufgrund der rechtlichen Situation in Deutschland werden hier auch zur Eizell- bzw. Embryonenspende und zur Gametenspende bei Einzelpersonen oder lesbischen bzw. homosexuellen Partnerschaften nur allgemeine Hinweise gegeben.

Beratungsablauf

Auch wenn sich das Paar (bzw. das Individuum) schon im Vorfeld mit der Option Gametenspende auseinandergesetzt hat, ist es als erster Schritt wichtig, den Trauerprozess beim Paar zuzulassen. Hierbei geht es darum, ein gemeinsames und mit beiden Elternteilen genetisch verbundenes Kind verabschieden zu müssen. In der Regel dauert der Trauerprozess bei dem Partner länger, dessen Gameten „substituiert“ werden müssen, bei der Spendersamenbehandlung also der Mann, bei der Eizellspende hingegen die Frau. Die Stärke des Leidensdrucks sollte nicht das Hauptmotiv sein, eine Gametenspende in Anspruch zu nehmen. Wenn in der psychosozialen Beratung also deutlich werden sollte, dass der Mann vorschnell in die Spendersamenbehandlung eingewilligt hat, weil er seine Partnerin nicht länger am unerfüllten Kinderwunsch

leiden sehen kann, sollte dieses kritisch aufgezeigt und das Paar ermutigt werden, sich mehr Zeit für die nächsten Schritte zu nehmen (soweit es die „biologische Uhr“ der Frau zulässt). In der Beratung sollte das Paar darin bestärkt werden, Unterschiede im Akzeptanz- und Entscheidungsprozess zu erkennen, zu thematisieren und annehmen zu lernen, gerade weil diese Art der Familienbildung häufig mit dem Anspruch versehen ist, an „einem Strang“ ziehen zu müssen. Von daher ist es auch ausgesprochen wichtig, den skeptischen Anteil konkret zur Sprache kommen lassen: „Was spricht aus Ihrer Sicht *gegen* eine Behandlung mittels Gametenspende?“. Um nicht nur Antworten im Sinne der sozialen Erwünschtheit zu erhalten, bietet sich eine Externalisierung dieser Skepsis an, z. B. in der Formulierung „Manche Paare lehnen eine Spendersamenbehandlung ab, da sie den Einfluss der Gene für sehr groß halten. Wie stehen Sie dazu?“. Analoge Formulierungen lassen sich bei einer Eizell- bzw. Embryonenspende finden, wobei nach klinischer Erfahrung hierbei skeptische Anteile von Seiten der Frau weniger gravierend sind.

Im Allgemeinen ist die Behandlung mittels Gametenspende nicht der erste Schritt im Versuch, ein Kind zu bekommen. Meistens hat sich das Paar zumindest in medizinischer Diagnostik befunden, einige Paare sind bereits in reproduktionsmedizinischer Behandlung gewesen (zum Überblick: Dorn und Wischmann, 2012). Zum initialen Trauerprozess gehört es also auch, den bisherigen Weg der Kinderwunschbemühungen zu würdigen. Neben einer Behandlung mittels Gametenspende sollten in der psychosozialen Beratung auch alternative Wege der Familienbildung angesprochen werden, wozu neben der Annahme eines Pflege- bzw. Adoptivkindes auch das sogenannte kinderfreie Leben zählt, in dem z. B. eine soziale Elternschaft ausgeübt werden kann (Tanten- bzw. Onkelfunktion für Nichten bzw. Neffen; s. Stammer et al., 2004). Um keine unrealistischen Hoffnungen zu wecken, sollte auf die eher geringen Chancen bei einer Inlandsadoption hingewiesen werden. Zum Thema der bisherigen Kinderwunschbemühungen gehört auch die Frage nach dem sozialen Umfeld und wer um den Kinderwunsch des Paares weiß. In der Regel ist ein gezielt offensiver und dabei Grenzen setzender Umgang zu empfehlen, da dieser insgesamt weniger psychische „Energie“ erfordert als dauerhaft zu Notlügen greifen zu müssen (Van den Broeck et al., 2010).

Im weiteren Beratungsablauf steht das Thema Assimilation des Fremden an – analog der Vorbereitung einer Organspende. Auf die Frau bezogen kann

dieses bedeuten, sich „das Fremde in mir“ bei einer Schwangerschaft nach Gametenspende vorzustellen und die mit dieser Visualisierung verknüpften Gefühle zu explorieren. Hilfreich kann in diesem Zusammenhang die Anmerkung sein, dass es sich im Grunde genommen auch bei einer Spontankonzeption um eine „Fremdbefruchtung“ handelt, da bei jeder Schwangerschaft etwas Drittes, etwas zunächst noch Unbekanntes entsteht. Ist es dann endlich zu einer Schwangerschaft gekommen, kann das Wahrnehmen und Erleben des ersten Ultraschallbildes häufig ein signifikanter Schritt in der Auseinandersetzung mit dem „Fremden“ sein, und zwar für beide Elternteile. Kurz vor der Geburt nach DI kommt es beim Mann häufig zur Reaktualisierung der Anfangsbedenken: „Werde ich das Kind wirklich annehmen können“. In der psychosozialen Beratung kann diese Situation antizipativ durchgespielt werden, es kann aber auch sinnvoll sein, einen weiteren Beratungstermin um den errechneten Geburtstermin herum anzubieten.

Zur Aufklärung des Kindes nach Gametenspende

Sowohl aus Sicht von mittels Gametenspende gezeugten Personen als auch aus Sicht psychosozialer Fachkräfte gibt es keinen Zweifel daran, dass eine – möglichst frühzeitige und gegebenenfalls stufenweise – offene Aufklärung des Kindes nach Gametenspende im Interesse einer stabilen Identitätsbildung (und des psychischen Wohlergehens insgesamt) unbedingt stattfinden sollte (Wischmann, 2008). Es zeigt sich eine zunehmende Akzeptanz z. B. der DI in der Bevölkerung über die letzten Jahrzehnte, was auch an der erhöhten Medienaufmerksamkeit diesem Thema gegenüber liegen dürfte (zur Geschichte der DI s. Katzorke, 2008). So ändert sich auch allmählich das Aufklärungsverhalten der mittels Spendersamenbehandlung Eltern gewordenen Paare. In der bekannten „European Study of Assisted Reproduction Families“ wurden unter anderem 94 Familien nach DI untersucht (Golombok et al., 2002). Bei den im Schnitt 12jährigen Kindern waren weniger als 9 % über die Behandlung aufgeklärt worden, es gaben zusätzlich aber knapp 10 % der Eltern an, sie würden ihr Kind zu einem späteren Zeitpunkt aufklären wollen. Einer Nachuntersuchung ca. sechs Jahre später zufolge (Owen und Golombok, 2009) war dieses allerdings tatsächlich in keinem einzigen Fall geschehen. In neueren Studien

(z. B. Lycett et al., 2005 und Readings et al., 2011) erreichen die Aufklärungsquoten knapp 30 % bis nahezu 40 %.

Es besteht sehr häufig die Gefahr der Aufklärung durch Dritte, z. B. durch die Großeltern, aber auch durch einen Arzt (z. B. bei einer Blutgruppenbestimmung). Einer neueren Studie nach (Readings et al., 2011) hatten von den untersuchten 36 Familien nach Spendersamenbehandlung zehn Eltern ihr – inzwischen im Schnitt etwa sieben Jahre altes – Kind über diese Behandlung aufgeklärt (39 % hatten sich vorgenommen, ihr Kind *nicht* aufzuklären), über zwei Drittel der Paare hatten allerdings mit anderen Personen über die Spendersamenbehandlung gesprochen. In der Regel werden Mitglieder der mütterlichen Herkunftsfamilie darüber deutlich häufiger informiert als die des Vaters (Wischmann, 2008). Bei den von Readings und Mitarbeitern untersuchten Familien nach Eizellspende hatten hingegen 41 % der Eltern ihr Kind bereits aufgeklärt und nur 16 % planten, das Kind überhaupt nicht aufzuklären; ein weiteres Indiz für die stärkere Stigmatisierung der Spendersamenbehandlung im Vergleich zur Familienbildung mittels Eizellspende.

Wenn sich Paare bzw. Individuen im Verlauf der psychosozialen Beratung gegen eine (frühe) Aufklärung des Kindes entscheiden, sollte diese Entscheidung durch den Berater/In nicht stigmatisiert werden, und es sollte immer ein Kontaktangebot etabliert werden, damit die Eltern nach der Geburt des Kindes oder später die psychosoziale Beratung erneut aufsuchen können und gegebenenfalls ihre Entscheidung kontra Aufklärung revidieren können. Entschließt sich das Paar zunächst zu einer späten Aufklärung, kann es sinnvoll sein, in der psychosozialen Beratung die Gefühle des Jugendlichen bzw. Erwachsenen nach Gametenspende antizipieren zu lassen: „Wenn Sie als Jugendliche/r bzw. junge/r Erwachsene/r aufgeklärt werden würden, wie würde es Ihnen damit ergehen?“. Primäres Beratungsziel ist es, dass die Eltern zu einem möglichst hohen Ausmaß an Authentizität in Einstellung und Verhalten bezüglich einer Aufklärung des Kindes im Verlauf des psychosozialen Beratungsprozesses kommen. Das kann dann bspw. auch bedeuten, dem Kind nach einer anonymen Gametenspende klarzumachen, dass es den potenziellen Eltern zum damaligen Zeitpunkt etwas anderes als eine anonyme Spende (sofern es Alternativen gegeben hätte) psychisch nicht möglich war. Bei lesbischen bzw. homosexuellen Elternschaften stellt sich erfahrungsgemäß die Frage der Aufklärung des Kindes nur selten, da wegen der offensichtlichen

Abweichung vom „klassischen“ Elternmodell die Kinder zu nahezu 100 % aufgeklärt werden.

Tipps zur späten Aufklärung nach DI aus Sicht einer Betroffenen

Auf der Website www.spenderkinder.de gibt „Stina“ – eine von zu später und sehr unglücklich verlaufender Aufklärung betroffene Frau – diese Tipps zur „Schadensbegrenzung“ bei später Aufklärung nach DI: „Versuchen Sie dem Kind einfühlsam zu erklären, weswegen Sie sich für eine Samenspende entschieden haben und weswegen sie dies so lange verheimlicht haben. Sagen Sie, dass es Ihnen leid tut und Sie eingesehen haben, dass dies nicht richtig ist. Beziehen Sie den Vater ein und betonen, dass genetische Verwandtschaft absolut nicht ausschlaggebend für Elternschaft ist. Teilen Sie von sich aus alles mit, was Sie über die Klinik und den Spender wissen und sagen Sie Ihrem Kind, dass Sie es auf der Suche nach dem Spender unterstützen würden, falls es dies möchte. Fragen Sie Ihr Kind nicht direkt, wie es sich deswegen fühlt oder erwarten Sie direkt eine Absolution. Sie sollten dagegen akzeptieren, wenn es wütend ist und erst einmal Abstand haben möchte. Wenn dem so ist, bemühen Sie sich, die Tür offen zu halten und zeigen Sie Verständnis für die Gefühle. Und letztendlich kann man auf niemanden ewig wütend sein, der Fehler eingesehen hat und sich dafür entschuldigt. Es wird vielleicht erst einmal (nicht zwingend) eine nicht so schöne Zeit für Sie werden – aber Sie werden sich dadurch auch befreit fühlen und die Möglichkeit für eine ehrliche und damit tiefere Beziehung schaffen.“

Die Rolle der Eltern nach Gametenspende

Aus der Forschung zur Familienentwicklung nach DI ist bekannt, dass der soziale Vater für das Kind der „eigentliche“ Vater ist, auch wenn es keine genetische Verbindung zu ihm gibt. Dieses sollte auch in der Wortwahl berücksichtigt werden, indem eine Formulierung wie biologischer Vater vermieden werden sollte, stattdessen sollten beide Elternteile vom Spender sprechen.

Analoges gilt für die Aufklärung des Kindes und die Rolle der Mutter nach Eizell- bzw. Embryonenspende, wobei die Mutter aufgrund der erlebten Schwangerschaft meist weniger Zweifel an der „eigentlichen“ Elternschaft hat als der Vater nach DI. Übereinstimmend weisen alle Studien darauf hin, dass eine gewisse Neugier auf die biologischen (Teil-)Wurzeln bei den Kindern nach Gametenspende auftritt, eine ernsthafte Beziehungsaufnahme z. B. zum Samenspende aber nur von einem kleinem Bruchteil der Kinder nach DI erwogen wird (Wischmann, 2008). Einschränkend für die Einschätzung der Bedeutung der Vaterrolle nach DI ist allerdings anzumerken, dass nur ein Teil der Väter an bisherigen Studien teilgenommen hat. So war die Antwortrate in der Nachuntersuchung von DI-Adoleszenten – die im Schnitt 18 Jahre alt waren – 79 % bei den Müttern und dagegen nur 23 % bei den Vätern (Owen und Golombok, 2009). In Studien zur Eizell- bzw. Embryonenspende liegen die Antwortraten der Väter zum Teil mehr als doppelt so hoch. Die starke Stigmatisierung der DI im Vergleich zu anderen Formen der Gametenspende liegt nach Beeson und Mitarbeitern wohl daran, dass „die Kultur bisher noch keine positiven Beispiele von Vätern von DI-Kindern bereitgestellt hat oder Bilder von starken Vater-Kind-Verbindungen in solchen Familien, so wie sie inzwischen für homosexuelle / lesbische Eltern in die Medien gelangen“ (Beeson et al., 2011, S. 8, Ü. d. d. A.).

Ein besonderer Beratungsaspekt vor einer Behandlung mit Gametenspende ist das Vorhandensein von Kindern (aus gleicher oder aus vorheriger Partnerschaft). Hierbei gilt es, gemeinsam zu reflektieren, welche Bedeutung ein Kind beispielweise nach DI für die Halbgeschwister einnehmen könnte, und wann und auf welche Weise die Halbgeschwister aufgeklärt werden sollen.

Zusammenfassung und Ausblick

Kinder nach Gametenspende entwickeln sich (zumindest in westlichen Ländern) in der Regel psychisch, motorisch und sozial unauffällig, auch deren Familienbeziehungen. Dieses betrifft nicht nur die „klassischen“ Familien mit heterosexuellen Elternschaften, sondern auch lesbische bzw. homosexuelle Elternschaften und – mit Einschränkungen, (s. dazu Revermann und Hüsing, 2011) – die Elternschaften der sogenannten freiwillig alleinerziehenden

Mütter („Single mothers by choice“). Dieses sollte in der Öffentlichkeit verstärkt thematisiert werden, um zu einer Entstigmatisierung insbesondere der DI, aber auch der alternativen Familienbildungsoptionen beizutragen. Es sind aber weiterhin prospektive Studien mit sorgfältigen Responder-Nonresponder-Analysen zu den Familien nach DI durchzuführen, insbesondere für die (sozialen) Väter wegen deren bisher geringen Teilnahmequoten, sowie weitere Studien zu freiwillig alleinerziehenden Müttern nach Gametenspende und deren Kindern.

Kinder nach Gametenspende, hierbei insbesondere wiederum nach DI, werden immer noch selten über ihre Zeugungsart aufgeklärt. Auch hier sind prospektive Studien zur Entwicklung der familiären Beziehungen und der kindlichen Identität notwendig, insbesondere in eher traditionell orientierten Ländern. Möglichen Rekrutierungsschwierigkeiten sollte durch kreative Studiendesigns vorgebeugt werden.

Ein psychosoziales Beratungsangebot nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinderwunschberatung (Thorn und Wischmann, 2008) sollte jedem Individuum bzw. Paar bereits vor der Inanspruchnahme einer Behandlung mit Gametenspende niederschwellig zur Verfügung stehen.

Sowohl die Adoptionsforschung als auch die bisherige Forschung mit „open-identity sperm donors“ verweisen auf die Wichtigkeit des Wissens um die biologischen Wurzeln. Nach dem jetzigen Stand der Forschung ist aus psychosozialer Sicht eine anonyme Samen- bzw. Eizell- oder Embryonenspende eindeutig abzulehnen. Während eine nicht-anonyme DI in vielen europäischen Ländern möglich und vermittelbar ist, ist dieses bei der Eizellspende häufig nicht der Fall. Das kann bedeuten, dass innerhalb einer psychosozialen Kinderwunschberatung keine Empfehlung zur Eizellspende z. B. in der Tschechischen Republik oder Spanien im Rahmen des „reproduktiven Reisens“ gegeben werden kann (Thorn und Wischmann, 2010, Blyth et al., 2011), sondern bspw. in Finnland oder Schweden.

Der psychosoziale Beratungsbedarf von Samenspendern ist bisher noch nicht ausreichend untersucht worden, auch nicht in Bezug auf deren spätere Familienbildung (Vorhandensein von Halbgeschwistern). Daher ist die Durchführung entsprechender Studien zu fordern, zunächst mit qualitativen und explorativen methodischen Ansätzen. Bei Eizellspenderinnen ist eine adäquate psychosoziale und medizinische Beratung im Vorfeld einer

Eizellspende unbedingt erforderlich, da dieses Verfahren – im Gegensatz zur Samenspende – einen invasiven medizinischen Eingriff darstellt, der potenziell auch mit erheblichen Risiken verknüpft ist (Revermann und Hüsing, 2011).

Es fehlt im deutschsprachigen Raum – von sehr wenigen Ausnahmen (Thorn, 2006) abgesehen – immer noch an adäquaten Aufklärungsmaterial für Kinder nach DI bzw. Eizell- oder Embryonenspende. Daher ist die Adaptation von vorhandenen (z. B. englischsprachigen Informationsbroschüren) bzw. die Weiterentwicklung von entsprechendem Aufklärungsmaterial unbedingt notwendig. Während es in Deutschland für Paare mit Kinderwunsch Ratgeberbücher gibt (Wischmann und Stammer, 2010), steht für die Behandlung mit Gametenspende bisher nur für die DI ein entsprechendes Buch für die Männer zur Verfügung (Thorn, 2008b). Deutschsprachige Ratgeber für Betroffene von Eizell- bzw. Embryonenspende müssen noch erstellt werden.

Ein nicht unerheblicher Teil der Paare (bzw. Frauen) verbleibt nach Gametenspende ohne Kind, da keine reproduktionsmedizinische Maßnahme eine 100 %ige Erfolgsgarantie beinhaltet. Zwar liegen bei einer DI die Schwangerschaftsraten meistens etwas über denen der sogenannten homologen Insemination (Insemination mit dem Samen des Partners), und bei einer Eizellspende – ab einem gewissen Alter der Frau – sogar deutlich höher als bei assistierter Reproduktion mit den eigenen Eizellen, die Erfolgchancen dieser reproduktionsmedizinischen Verfahren (im Sinne der Lebendgeburt eines Kindes) werden allerdings in der Regel stark überschätzt. In der Regel steht für die ungewollt kinderlos gebliebenen Paare auch keine niederschwellige psychosoziale Betreuung zur Verfügung. Daher sollten verstärkt mehr und erreichbare psychosoziale Beratungsangebote für diese Personen geschaffen werden (Revermann und Hüsing, 2011).

Internetlinks

- www.bkid.de, Deutsche Gesellschaft für Kinderwunschberatung (BKID).
- www.pthorn.de, Seite von Dr. Petra Thorn, die auch Informationsseminare zum Thema Gametenspende (insbesondere DI) anbietet.
- www.regenbogenern.de, Kinderwunschseite für homo- und heterosexuelle Menschen.
- www.spenderkinder.de, Umfangreiche Seite von Erwachsenen nach DI.
- www.wunschkind.net und www.klein-putz.de, Informationsseiten und Foren zum Thema Kinderwunsch (einschließlich Behandlung mit Gametenspende).

Literatur

- Beeson, D. R., Jennings, P. K. und Kramer, W. (2011): Offspring searching for their sperm donors: how family type shapes the process. *Hum Reprod*, E-Pub ahead of print.
- Blyth, E., Thorn, P. und Wischmann, T. (2011): CBRC and psychosocial counselling: assessing needs and developing an ethical framework for practice. *Reprod BioMed Online*, E-Pub ahead of print.
- Dorn, A. und Wischmann, T. (2012): Psychosomatik und psychologische Betreuung. In Diedrich K and Ludwig, M. (eds), *Die Reproduktionsmedizin*. Berlin, Heidelberg, New York, Springer.
- Golombok, S., Brewaeys, A., Giavazzi, M. T., Guerra, D., Mantovani, A., van Hall, E., Crosignani, P. G. und Dexeus, S. (2002): The European study of assisted reproduction families: the transition to adolescence. *Hum Reprod*, 17, 830–840.
- Katzorke, T. (2008): Entstehung und Entwicklung der Spendersamenbehandlung in Deutschland. *J Reproduktionsmed Endokrinol*, 5, 14–20.
- Lycett, E., Daniels, K., Curson, R. und Golombok, S. (2005): School-aged children of donor insemination: a study of parents' disclosure patterns. *Hum Reprod*, 20, 810–819.
- Owen, L. und Golombok, S. (2009): Families created by assisted reproduction: Parent-child relationships in late adolescence. *J Adolescence*, 32, 835–848.
- Readings, J., Blake, L., Casey, P., Jadva, V. und Golombok, S. (2011): Secrecy, disclosure and everything in-between: decisions of parents of children conceived by

- donor insemination, egg donation and surrogacy. *Reprod BioMed Online*, 22, 485–495.
- Revermann, C. und Hüsing, B. (2011): Fortpflanzungsmedizin – Rahmenbedingungen, wissenschaftlich-technische Fortschritte und Folgen, Berlin, Edition Sigma.
- Stammer, H., Verres, R. und Wischmann, T. (2004): Paarberatung und -therapie bei unerfülltem Kinderwunsch, Göttingen, Hogrefe.
- Thorn, P. (2006): Die Geschichte unserer Familie. Ein Buch für Familien, die sich mit Hilfe der Spendersamenbehandlung gebildet haben., Mörfelden, FamART Verlag.
- Thorn, P. (2008a): Eine Familie ... ist eine Familie ... ist eine Familie? In Kleinschmidt, D., Thorn, P. und Wischmann, T. (Hrsg.): Kinderwunsch und professionelle Beratung Das Handbuch des Beratungsnetzwerkes Kinderwunsch Deutschland (BKID). Stuttgart, Kohlhammer.
- Thorn, P. (2008b): Familiengründung mit Samenspende. Ein Ratgeber zu psychosozialen und rechtlichen Fragen, Stuttgart, Kohlhammer.
- Thorn, P. und Wischmann, T. (2008): Leitlinien für die psychosoziale Beratung bei Gametenspende. *J Reproduktionsmed Endokrinol*, 3, 147–152.
- Thorn, P. und Wischmann, T. (2010): Leitlinien des BKID "Psychosoziale Beratung für Frauen und Männer, die eine Kinderwunschbehandlung im Ausland beabsichtigen". *J Reproduktionsmed Endokrinol*, 7, 394–402.
- Van den Broeck, U., Emery, M., Wischmann, T. und Thorn, P. (2010): Counselling in infertility: Individual, couple and group interventions. *Patient Educ Couns*, 81, 422–428.
- Wischmann, T. (2008): Psychosoziale Aspekte der Spendersamenbehandlung – eine Übersicht. *Geburtsh Frauenheilk*, 68, 1147–1153.
- Wischmann, T. und Stammer, H. (2010): Der Traum vom eigenen Kind. Psychologische Hilfen bei unerfülltem Kinderwunsch. 4. Aufl., Stuttgart, Kohlhammer.

Maike Fliegner, K. Huber, C. Prochnow, A. Januszewski, S. Cerwenka, S. Brucker, K. Rall, H. Richter-Appelt

Unfruchtbarkeit und Mutterschaft – Vorstellung eines neuen Instrumentes und Ergebnisse zweier Patientinnengruppen

Einleitung

Frauen mit einer gesicherten Sterilitätsdiagnose wurden in ihren Einstellungen zu Mutterschaft und Kinderwunsch bisher nur wenig beachtet. Das Thema Kinderwunsch ist vornehmlich Gegenstand von Forschungsarbeiten, die sich mit demografischen Entwicklungen, sexueller Aufklärung, Familienplanung und Kinderwunschbehandlungen bei Paaren mit eingeschränkter Fertilität beschäftigen. Standardisierte Fragebögen zur Erfassung von Kinderwunschmotiven liegen zwar vor, aufgrund der Formulierungen sind diese Fragebögen definitiv infertilen Patientinnen aber häufig nicht zumutbar. Aussagen wie „Mit einem Kind schaffe ich selbst neues Leben“ (LFK – Leipziger Fragebogen zu Kinderwunschmotiven) oder „Ich finde, Kinder gehören einfach zu einer Ehe dazu“ (FKW – Fragebogen zum Kinderwunsch) wirken bei dieser Patientinnengruppe unangemessen und können von ihnen als kränkend empfunden werden.

In einem aktuellen Forschungsprojekt¹ wurde der „FEMu – Fragebogen Einstellungen zur Mutterschaft“ entwickelt (Fliegner et al., in Vorbereitung). Er soll Einstellungen zur Mutterschaft unabhängig vom Fertilitätsstatus erfassen und differenziert abbilden. Der Fragebogen wurde an einer Normstichprobe evaluiert und im Anschluss zwei Patientinnengruppen vorgelegt. Bei den Patientinnen handelt es sich zum einen um Frauen mit Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser-Syndrom (MRKHS). Bei ihnen besteht aufgrund einer Uterusaplasie definitive Unfruchtbarkeit. Die Prävalenz beträgt ca. 1 : 5.000 weiblichen Geburten. Zum anderen wurden Frauen mit Polyzystischem Ovar-

¹ Projekt „Androgene, Lebensqualität und Weiblichkeit“ gefördert von der Else Kröner-Fresenius-Stiftung, Projektleitung: Prof. Dr. Hertha Richter-Appelt.