



**Erfüllte Sexualität bei unerfülltem Kinderwunsch?**  
Eine qualitative Interviewstudie zur Exploration des  
Spannungsfeldes zwischen Kinderwunsch und Sexualität

Masterarbeit zur Erlangung des Grades Master of Arts  
Studiengang Sexologie

Vorgelegt von:  
Klara Marie Bähr

Erstgutachter:in: Prof. Dr. Maika Böhm

Zweitgutachter:in: Katja Krolzik-Matthei

Abgabedatum: 06. November 2021

## **Kurzfassung**

Die Arbeit untersucht den Zusammenhang zwischen einem unerfüllten Kinderwunsch, der reproduktionsmedizinischen Behandlung und wie das Erleben der Sexualität der Frauen davon beeinflusst wird. Ziel dabei ist es, ein besseres Verständnis für die sexuellen Bedürfnisse, das sexuelle Erleben von Frauen, die sich für eine Kinderwunschbehandlung entschieden haben, zu bekommen. Daraus können sexual-beraterische Methoden entwickelt werden, die von großer Bedeutung für die Betroffenen sind.

Im Fokus stehen heterosexuelle Frauen mit aus biologischen Gründen unerfülltem Kinderwunsch. Dazu wurden fünf Frauen zwischen 33 und 40 Jahren in qualitativen Interviews befragt. Bei allen Frauen zeigte sich, dass Sexualität fast ausschließlich zur Erfüllung des Kinderwunsches diente, die lustvoll erlebte Sexualität dagegen an Spontaneität, Begehren, Verlangen verlor.

Die Ergebnisse lassen einen nicht zu unterschätzenden Einfluss des unerfüllten Kinderwunsches und der reproduktionsmedizinischen Behandlung auf Körper und Geist vermuten. Jedoch konnten auch positive Coping-Stile beobachtet werden, die konkrete Hinweise für die Beratung von betroffenen Menschen ermöglichen sowie Folgerungen für Politik und Gesellschaft aufzeigen.

## **Abstract**

This paper examines the connection between the unfulfilled wish for children and a medical reproductive treatment, and how they affect the sexual experience of the woman. It aims at getting a better understanding of the sexual needs, and the sexual experience, of women who have decided to undergo reproduction treatment. Based on the findings, methods of sexual counselling can be developed that may be of great importance to those affected.

The study focusses on heterosexual women who cannot conceive and/or give birth to children for biological reasons. For this purpose, qualitative interviews were conducted with five women aged between 33 and 40 years. It appeared that all of these women saw sexuality almost exclusively as serving the purpose of procreation, while sexual pleasure was significantly reduced in spontaneity and desire.

These findings distinctly suggest that the unfulfilled wish for children, as well as a reproductive treatment, exert a considerable negative influence on body and psyche. Simultaneously, certain positive coping styles were observed, which may furnish specific clues for the counselling of persons affected and stimulate appropriate political and social measures.

## Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis .....	7
Tabellenverzeichnis .....	7
Abkürzungsverzeichnis .....	8
Danksagung.....	9
<b>1 Einleitung.....</b>	<b>10</b>
<b>2 Unerfüllter Kinderwunsch .....</b>	<b>13</b>
2.1 <b>Gesellschaftlicher Kontext.....</b>	<b>13</b>
2.2 <b>Unerfüllter Kinderwunsch .....</b>	<b>13</b>
2.3 <b>Infertilität .....</b>	<b>14</b>
2.4 <b>Idiopathische Infertilität.....</b>	<b>16</b>
2.5 <b>Psychogene Infertilität .....</b>	<b>16</b>
2.6 <b>Verbreitung von Infertilität .....</b>	<b>17</b>
2.7 <b>Der Begriff Infertilität in dieser Arbeit .....</b>	<b>18</b>
<b>3 Reproduktionsmedizin .....</b>	<b>19</b>
3.1 <b>Behandlungsmöglichkeiten .....</b>	<b>19</b>
3.2 <b>Diagnostik und Behandlungen in der gynäkologischen, urologischen und andrologischen Praxis.....</b>	<b>20</b>
3.3 <b>Diagnostik und Behandlungen in der reproduktionsmedizinischen Praxis.....</b>	<b>20</b>
3.3.1 <b>Diagnostik .....</b>	<b>20</b>
3.3.2 <b>Behandlung.....</b>	<b>21</b>
3.3.3 <b>Gesundheitliche Risiken und Präventionsmaßnahmen .....</b>	<b>24</b>
<b>4 Sexualität .....</b>	<b>24</b>
<b>5 Forschungsstand .....</b>	<b>27</b>
5.1 <b>Sexuelle Dysfunktion als Ursache einer reproduktionsmedizinischen Behandlung .....</b>	<b>27</b>
5.2 <b>Weibliche sexuelle Dysfunktion als Folge einer reproduktionsmedizinischen Behandlung .....</b>	<b>28</b>
5.3 <b>Wie die Dauer der Infertilität die Sexualität beeinflusst .....</b>	<b>28</b>
5.4 <b>„Sex nach Termin“ .....</b>	<b>29</b>
5.5 <b>Wie die Ursache der Infertilität die Sexualität beeinflusst .....</b>	<b>29</b>
5.6 <b>Kritik an der Methodik der Studien .....</b>	<b>30</b>
5.7 <b>Lebenssituation von Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch .....</b>	<b>30</b>
<b>6 Forschungsdesign und Methodik.....</b>	<b>33</b>
6.1 <b>Forschungsdesign .....</b>	<b>33</b>
6.2 <b>Stichprobe .....</b>	<b>34</b>
6.3 <b>Datenerhebung .....</b>	<b>37</b>

6.3.1	Halbstrukturiertes Interview .....	37
6.3.2	Interviewmodus.....	37
<b>6.4</b>	<b>Qualitative Inhaltsanalyse .....</b>	<b>38</b>
<b>7</b>	<b>Forschungsethik und Datenschutz .....</b>	<b>40</b>
<b>8</b>	<b>Darstellung der Ergebnisse .....</b>	<b>41</b>
<b>8.1</b>	<b>Ergebnisdarstellung des Kategoriensystems nach MaxQDA.....</b>	<b>42</b>
<b>8.2</b>	<b>Unerfüllter Kinderwunsch .....</b>	<b>42</b>
8.2.1	Motive für Elternschaft.....	42
8.2.2	Diagnose .....	44
8.2.3	Recherche/eigene Behandlungsvorschläge .....	45
8.2.4	(Lebens-) Entscheidungen .....	47
8.2.5	Kinderwunsch in Biographie .....	48
8.2.6	Subjektiv körperliches und psychisches Erleben .....	49
8.2.6.1	In Bezug zum persönlichen Umfeld.....	49
8.2.6.2	In Beziehung/Partnerschaft .....	52
8.2.6.3	Intrapersonal.....	55
8.2.6.4	Körpererleben .....	56
<b>8.3</b>	<b>Reproduktionsmedizin .....</b>	<b>58</b>
8.3.1	Begleitung durch Fachpersonal .....	58
8.3.1.1	Ambivalenz/ Skepsis.....	58
8.3.1.2	Negativ .....	59
8.3.1.3	Positiv/Wünsche .....	60
8.3.2	Behandlungen.....	61
8.3.2.1	Gynäkologische, andrologische, reproduktionsmedizinische Behandlungen .....	61
8.3.2.2	Benachteiligende Faktoren .....	62
8.3.3	Subjektiv psychisches und körperliches Erleben .....	63
8.3.3.1	Ressourcen .....	63
8.3.3.2	Negativ .....	65
8.3.3.3	Durchhalten um jeden Preis.....	67
8.3.3.4	Positiv.....	67
<b>8.4</b>	<b>Sexualität.....</b>	<b>67</b>
8.4.1	Subjektiv körperliches und psychisches Erleben .....	68
8.4.1.1	Einflussfaktoren/Ressourcen .....	68
8.4.1.2	Körpererleben .....	69
8.4.1.3	Bewertung und Zufriedenheit mit der Paarsexualität.....	70
8.4.2	Sexuelles Begehren.....	72
8.4.3	Zeitpunkt der gelebten Sexualität .....	73
8.4.4	Häufigkeit der gelebten Sexualität .....	74
8.4.5	Motive für Sexualität .....	75
8.4.6	Sexualität des Partners .....	75
8.4.7	Folgen von Sex nach Termin .....	77
<b>8.5</b>	<b>Ausblick .....</b>	<b>78</b>
<b>9</b>	<b>Fazit.....</b>	<b>79</b>
<b>9.1</b>	<b>Ergebnisdiskussion .....</b>	<b>80</b>
<b>9.2</b>	<b>Methodenkritik.....</b>	<b>88</b>
9.2.1	Die Stichprobe .....	89
9.2.2	Datenerhebung anhand von Interviews .....	89
9.2.3	Datenauswertung .....	91
<b>9.3</b>	<b>Folgerungen für die Sexualberatung, die Reproduktionsmediziner:innen, Politik und Gesellschaft.....</b>	<b>91</b>

<b>10</b>	<b>Literatur.....</b>	<b>95</b>
<b>11</b>	<b>Eidesstaatliche Versicherung .....</b>	<b>104</b>

**Anhang Band II**

## **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Prävalenz unerfüllter Kinderwunsch .....	17
Abbildung 2: Ablaufschema einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse .....	39
Abbildung 3: Kategorienbaum Unerfüllter Kinderwunsch .....	42
Abbildung 4: Kategorienbaum Reproduktionsmedizin .....	58
Abbildung 5: Kategorienbaum Sexualität.....	68

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Anzahl und Art der erfolgten/geplanten Behandlungen .....	62
--	----

## Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung
AMH	Anti-Müller-Hormon
ART	Assistierte Reproduktionstechnik
B	Befragte Person
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
DIR	Deutsches IVF-Register
eSET	elektiver Single Embryo Transfer
ESHRE	European Society of Human Reproduction and Embryology
FSH	Follikelstimulierendes Hormon
FSFI	Femal Sexual Function Index
HcG	Humanes Choriongonadotropin
I	Interviewende Person
ICSI	Intrazytoplasmatische Spermieninjektion
IKK	Innungskrankenkasse
IVF	In-Vitro-Vertilisation
LGBTQI*	Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer, Intersexual
LH	Luteinisierendes Hormon
MESA	Mikrochirurgisch Epididymale Spermienaspiration
OHSS	Ovarielles Hyperstimulations-Syndrom
PCOS	Polizystisches Ovarsyndrom
PKD	Polkörperdiagnostik
PID	Präimplantationsdiagnostik
PMS	Prämenstruelles Syndrom
T	Teilnehmer:in
TESE	Testikuläre Spermienextraktion
WHO	World Health Organization



## **Danksagung**

Kern dieser Arbeit sind die Interviews mit fünf Frauen, die mir Einblicke in ihr Privatleben gewährt haben. Ihr Vertrauen war unerlässlich für mich. Während den Interviews hatte ich ungeheuer bereichernde Gespräche. Dafür danke ich.

Die besten Ideen kommen einem selten allein, sondern sie entwickeln sich in Netzwerken aus neugierigen und kreativen Köpfen. In dieser Arbeit zitiere ich viele Menschen, deren Erkenntnisse mir geholfen haben, meine Ideen herauszuarbeiten.

Für kritische Anmerkungen und sowohl fachliche als auch emotionale Unterstützung danke ich Ruth Bähr, Ines Rudolph, Silke Wellner und Nils Rusche.

Für die konstruktive und wohlwollende Begleitung dieser Arbeit danke ich herzlich Prof. Dr. Maika Böhm.

Sehr dankbar bin ich auch meinen Freund:innen, ganz besonders Lidija Banasevic, meinen Kommiliton:innen und meiner Familie, die mich in dem Glauben bestärkt haben, dass ich diese Arbeit schreiben kann. Lydia und Rainer Bähr danke ich für die Betreuung ihrer Enkelin.

Mein tief empfundener Dank gilt auch Esther Elisabeth Schütz, Prof. Dr. Harald Stumpe und Prof. Dr. Heinz-Jürgen Voß, der Studienassistent Steff Kunz und dem Team der Dozent:innen, die den Masterstudiengang Sexologie zu dem machen, was er ist: ein Ort, um sich weiterzuentwickeln und zu wachsen. Fachlich, wie persönlich. Sie alle stärkten mit ihren Ausführungen und Ermutigungen mein Vertrauen in meine Fähigkeiten.

Und schließlich und endlich gäbe es kein Wort dieser Arbeit ohne Hugu und Edda Käthe. Das Schreiben dieser Arbeit hat sehr viel Raum eingenommen und Ihr seid diesbezüglich so großzügig gewesen. Meine Dankbarkeit übersteigt bei Weitem das, was ich mit diesen Zeilen ausdrücken kann.

## 1 Einleitung

Für eine gewisse Zeit können Menschen ihre Sexualität im besten Fall voller Neugierde, unbeschwert und lustvoll ausleben. Gedanken an ein eigenes Kind spielen eine nebensächliche Rolle. Elternschaft ist eine Möglichkeit sein Leben zu gestalten, jedoch nicht im Heute, sondern in naher oder fernerer Zukunft. Die Kontrazeptiva erlauben diesen Blickwinkel, Verhütung gelingt, die eigene Fertilität wird als gegeben angesehen. Mit der generativen Entscheidung wird die Verhütung abgesetzt, ein Kind erwartet. Sexualität wird häufig, regelmäßig und weiterhin lustvoll gelebt: Jedoch steht jetzt die Reproduktion im Vordergrund.

War zuvor das Einsetzen der Blutung ein erwünschtes Ereignis, stellt die monatliche Blutung eine völlig unerwünschte Botschaft dar. Sie macht ein Missverständnis deutlich, dem die Frauen unterliegen: Auf eine hundertprozentig erfolgreiche Verhütung folgt zu hundert Prozent eine Schwangerschaft. Mit jeder weiteren Periode wird jedoch klarer, dass das Wunschkind auf sich warten lässt.

Spätestens jetzt stellt sich heraus, wie wenig hilfreich, geradezu kontraproduktiv der Sexualekundeunterricht in der Schule war. Der Körper in seiner biologischen Funktion, genauer in seiner reproduktiven Fähigkeit, stand im Mittelpunkt. Die Erläuterungen zielten darauf ab, den Vorgang der Zeugung genau zu schildern, auf dass er verhindert werden könnte. Fakten zum Schwanger werden, wurden nicht geliefert. Auch Aspekte der Sexualität über die Reproduktionsfähigkeit hinaus wurden nicht angesprochen. Begriffe wie „Lust“ oder „Begehren“ kamen nicht vor, ganz zu schweigen von Schilderungen der Lust, die sich von der Norm unterscheiden.

Eine fachkundige gute Begleitung auf dem Weg zum Kind ist stark davon abhängig, wie qualifiziert das medizinische Personal ist oder ob womöglich Beschwichtigungen, Relativierungen oder tatsächlich auch Unwissen eine Schwangerschaft hinauszögern oder gar verhindern. In jedem Fall ist die Frau darauf angewiesen, sich Wissen um ihre Empfängnisbereitschaft anzueignen, ihren Körper und seinen Zyklus besser kennenzulernen. Dieser Aufgabe kommt sie mit Eifer und Elan nach. Sexualität wird, wenn nicht schon zuvor so geschehen, in das fertile Fenster gelegt und damit nicht selten von Verlangen und Befriedigung entkoppelt. Mit deutlich belastenden Folgen für die Partnerschaft sind zwei Körper auf ihre biologische Funktion reduziert. Und dennoch stellt sich nicht in jedem Fall eine Schwangerschaft ein. Der Kinderwunsch erfüllt sich nicht.

Mit der Diagnose Infertilität wenden sich Paare mit dem gleichen Eifer und Elan an die Reproduktionsmediziner:innen. Hier sehen sie sich am Ziel, da sie fest davon

ausgehen, dass sich jetzt in der Behandlung der Kinderwunsch erfüllt. Genährt wird diese Vorstellung von ihrem eigenen Unwissen um die Erfolgschancen und deren meist geschönte Darstellung durch die Kinderwunschzentren. Konfrontiert mit den herausfordernden Geschehnissen der Behandlung entsteht ein Wechselspiel aus Hoffen und Bangen.

War die Reproduktion Motiv für die gelebte Sexualität, so neigt die Reproduktionsmedizin dazu, mit dem Beginn der Kinderwunschbehandlung dieses Motiv für obsolet zu erklären: Die Medizin macht das Kind. Dennoch geben Paare ihre Sexualität nicht auf und leben sie, wider besseres Wissen, meist weiterhin im fertilen Fenster aus. Der Zeitpunkt bestimmt die Sexualität, nicht das Verlangen. Dabei werden ein Verlust an Spontanität, die Fokussierung auf Funktion, eine Funktionalisierung des Partners, Sex als Aufgabe, Sex trotz Schmerzen in Kauf genommen.

Dass die Paare mit diesem Erleben nicht alleine sind, erfahren sie meist nicht. Richten die Reproduktionsmediziner:innen, wenn das Thema Sexualität zur Sprache kommt, ihren Blick doch meist auf die Funktionalität, bzw. auf die Einschränkung der Funktionalität. Das wird der Sicht auf Sexualität nicht gerecht. Eine gesunde Sexualität ist weit mehr als „die Abwesenheit von Krankheiten und Funktionsstörungen, sondern das Recht auf sexuelle Information und das Recht auf Lust“ (Edwards & Coleman, 2004, S. 190).

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich aus einer sexual-beraterischen Perspektive mit der Thematik unerfüllter Kinderwunsch und der Nutzung der Reproduktionsmedizin. Im Fokus stehen heterosexuelle Frauen mit (aus biologischen Gründen) unerfüllten Kinderwünschen. Ziel der Arbeit ist es, ein besseres Verständnis zu erlangen, für die Situation der gelebten Sexualität und das Handeln der von Infertilität betroffenen Frauen, die sich in eine reproduktionsmedizinische Behandlung begeben haben und aus diesem besseren Verständnis heraus Handlungsempfehlungen zu entwickeln.

### **Aufbau der Arbeit**

In einem ersten Schritt (Kapitel 2) wird der Terminus unerfüllter Kinderwunsch kurz umrissen. Den Schwerpunkt legt diese Arbeit auf Frauen, wobei nicht unerwähnt bleibt, dass diesen Wunsch auch andere Personen(-Gruppen) haben. Die Definition

von Infertilität in ihren Ausprägungen schließt sich an; ebenso die Prävalenz von Infertilität und wie der Begriff von der Autorin in dieser Arbeit verwendet wird.

In Kapitel 3 werden die Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten der Reproduktionsmedizin thematisiert, die durch die geltenden institutionellen Rahmenbedingungen in Deutschland möglich sind. Es schließen sich Risikofaktoren und Präventionsmaßnahmen an.

Im Anschluss daran wird der Begriff Sexualität (Kapitel 4) in seinem historischen Zusammenhang beleuchtet und die Definition sexueller Gesundheit dargestellt.

In Kapitel 5 wird der Stand der Forschung zu Auswirkungen des unerfüllten Kinderwunsches auf die Sexualität und auf die Partnerschaft veranschaulicht.

Das Kapitel 6 dient der Erläuterung der methodischen Vorgehensweise im empirischen Teil der Arbeit.

Kapitel 7 widmet sich anschließend den rechtlichen und forschungsethischen Rahmenbedingungen der Studie.

Kapitel 8 versammelt zentrale Aussagen der Interviews zu den für die Beantwortung der Forschungsfragen relevanten Aspekten.

Kapitel 9 führt diese Erkenntnisse mit den Forschungsfragen zusammen, um die Forschungsfragen zu beantworten. Methodische Einschränkungen und Folgerungen für die Sexualberatung, die Reproduktionsmediziner:innen, für Politik und Gesellschaft schließen sich an.

Am Ende der Arbeit findet sich das Verzeichnis der verwendeten Literatur (Kapitel 11). Der Anhang findet sich in Band II.

## 2 Unerfüllter Kinderwunsch

### 2.1 Gesellschaftlicher Kontext

Die Motive für einen Kinderwunsch und dessen Umsetzung sind von vielfältiger Art und werden von verschiedenen Faktoren beeinflusst. So spielen das persönliche Wertesystem, der kulturelle Hintergrund, die sexuelle Orientierung und die Lebenszeit des Menschen eine maßgebliche Rolle. Dies alles eingebettet in die gesellschaftliche Bewertung und Unterstützung von Familiengründung.

Wird aus einer gewollten Kinderlosigkeit ein unerfüllter Kinderwunsch, so ist dessen Bewertung durch die Gesellschaft ebenfalls von verschiedenen Faktoren beeinflusst. So geben 47 Prozent der Menschen mit unerfülltem Kinderwunsch in einer vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Auftrag gegebenen Studie (2020) an, dass ein unerfüllter Kinderwunsch von Seiten der Bevölkerung stigmatisiert werde, 53 Prozent sprechen in diesem Zusammenhang von einem gesellschaftlichen Tabu-Thema (Wippermann, 2020, S. 10). Völlig unterschiedlich gestaltet sich in Deutschland die finanzielle Unterstützung bei der Erfüllung eines unerwünschten Kinderwunsches. Das heteronormative Bild von einer Familie steht hier im Vordergrund (weiterführend: Kapitel 3.3.2).

Damit wird das von den Vereinten Nationen postulierte reproduktive Recht

*basic right of all couples and individuals to decide freely and responsibly the number, spacing and timing of their children and to have the information and means to do so, and the right to attain the highest standard of sexual and reproductive health. It also includes their right to make decisions concerning reproduction free of discrimination, coercion and violence. (United Nations, 1994)*

nicht von allen Menschen einforderbar. Jenes Recht, das als Teil der Menschenrechte anerkannt wird und unter anderem als Grundlage für sexuelle Selbstbestimmung, sexuelles Wohlbefinden und sexuelle Gesundheit gilt.

### 2.2 Unerfüllter Kinderwunsch

Der Begriff taucht häufig in der Fertilitätsforschung und auch im Zusammenhang mit Infertilität und der Inanspruchnahme von Reproduktionsmedizin auf. Er wird verwendet, wenn ein Mensch oder ein Paar in der reproduktiven Phase kinderlos ist, obwohl ein Kinderwunsch besteht, dieser sich jedoch nicht verwirklicht. Der Begriff wird vor allem dann verwendet, wenn der Kinderwunsch auf Grund einer Infertilität unerfüllt bleibt (Passet-Wittig, 2017, S. 32).

Der Blick dieser Arbeit richtet sich auf Frauen in heterosexuellen Beziehungen. Der Autorin ist es wichtig darauf hinzuweisen, dass der Begriff „unerfüllter Kinderwunsch“ sehr viel weiter gefasst werden muss: Er gilt auch für alleinstehende Menschen, Menschen, die sich auf Grund ihrer sozialen Situation ihren Kinderwunsch (noch) nicht erfüllen können, Menschen in einer Partnerschaft, in der das Gegenüber (noch) keinen Kinderwunsch verspürt; darüber hinaus auch für Menschen, die sich LGBTQI\* zuordnen.

Ein unerfüllter Kinderwunsch kann als „subjektive Selbstverordnung“ (Wippermann, 2014, S. 9) betrachtet werden, von Menschen, die sich für die Zukunft ein Kind wünschen.

Darüber hinaus gilt, dass nicht nur kinderlose Menschen von einem unerfüllten Kinderwunsch und/oder Infertilität betroffen sind. Ist bei bestehender Elternschaft noch ein Kind gewünscht, spricht man von einer sekundären Infertilität (Revermann & Hüsing, 2011, S. 27).

### **2.3 Infertilität**

Die World Health Organization (WHO) und die European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) definieren Infertilität wie folgt: „A disease of the reproductive system defined by the failure to achieve a clinical pregnancy after 12 months or more of regular unprotected sexual intercourse“ (WHO, 2021).

Ein gesundes Paar hat in jedem Menstruationszyklus zu 20 bis 25 Prozent die Chance einer eintretenden Schwangerschaft: Zu 75 bis 80 Prozent tritt jedoch keine Schwangerschaft ein (Revermann & Hüsing, 2011, S. 27; Thorn et al., 2018, S. 4).

Bei ungeschütztem Sexualverkehr sind 92 Prozent der Frauen im Alter von 19 bis 26 Jahren nach einem Jahr sowie 98 Prozent der gleichen Altersgruppe nach zwei Jahren schwanger. Auch bei Frauen im Alter von 35 bis 39 Jahren sind 82 Prozent der Frauen nach einem Jahr und 90 Prozent der Frauen nach zwei Jahren schwanger (Gnoth, 2013, S. 1634). Doch fast jedes zehnte Paar im reproduktiven Alter mit Kinderwunsch wird innerhalb eines Jahres mit regelmäßigem Geschlechtsverkehr nicht schwanger (Leeners et al., 2017, S. 193; Wippermann, 2020, S. 5).

Hat eine Frau Schwierigkeiten mit der Konzeption und somit eine eingeschränkte Fruchtbarkeit – die Spontanschwangerschaft tritt nicht innerhalb der ersten sechs Zyklen ein – wird allgemein von Subfertilität gesprochen (Gnoth, 2013, S. 1635).

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) empfiehlt für Frauen mit Kinderwunsch ab Mitte dreißig und mit einer Krankengeschichte der

Fortpflanzungsorgane bereits nach sechs Monaten eine Untersuchung und gegebenenfalls eine Behandlung einzuleiten (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 2017, S. 6).

Es gibt Untersuchungen, die zeigen, dass bis zu 30 Prozent der Frauen bis zu einem Jahr auf eine Schwangerschaft warten, ohne dass sie sich selbst als Kinderwunschpatientinnen wahrnehmen. So wird deutlich, dass die Definition von Infertilität eine medizinisch-klinische Definition ist. Infertilität wird als Krankheit gedeutet, die sich dadurch auszeichnet, dass ein Paar ein Jahr lang ungeschützten Geschlechtsverkehr hat und keine Schwangerschaft eintritt. Wie Gnoth jedoch feststellt, werden nach 48 Monaten 95 Prozent der Frauen schwanger (Gnoth, 2013, S. 1634). Homburg schlägt deshalb vor, Infertilität nicht als Krankheit zu klassifizieren, sondern als Anhaltspunkt, sich nach zwölf Monaten an eine:n Arzt:in zu wenden (Homburg, 2005, S. 318).

Infertilität betrifft jedoch nicht ausschließlich Kinderlose. Auch Menschen, die bereits ein Kind haben, können von Infertilität betroffen sein. In diesem Fall spricht man von einer sekundären Infertilität (Revermann & Hüsing, 2011, S. 27). Es ist die Absicht, hinter dem Geschlechtsverkehr schwanger zu werden und ein Kind auszutragen, die die Infertilität definiert.

Hier wird ein häufig auftretendes Missverständnis deutlich: Infertilität ist in vielen Fällen nicht mit Sterilität gleichzusetzen. Menschen, die medizinisch steril sind, können keine Kinder zeugen. Menschen, die infertil sind, weisen eine Einschränkung ihrer für die Reproduktion notwendigen Funktionen auf (Revermann & Hüsing, 2011, S. 27).

Bei Frau und Mann kann die Ursache für die Infertilität hormonell, organisch und/oder genetisch bedingt sein. Bei der Frau können dies funktionelle und pathologische Veränderungen der Hormone und/oder der primären Sexualorgane sein (Kentenich et al., 2019, S. 9). Der Hauptfaktor liegt jedoch im Alter der Gameten, vor allem der Eizellen. So sinkt bei der Frau mit zunehmendem Alter die Wahrscheinlichkeit einer Spontanschwangerschaft: Bis Ende Dreißig hat sich die Chance halbiert (Thorn et al., 2018, S. 4).

Beim Mann können die Ursachen in der Produktion der Spermien, an einem Verschluss des Samenleiters und/oder an hormonellen Störungen liegen (Revermann & Hüsing, 2011, S. 30).

Die Verteilung der Ursachen liegt zur Hälfte bei der Frau und zur Hälfte beim Mann (Kupka, 2009, S. 33; Revermann & Hüsing, 2011, S. 29).

## 2.4 Idiopathische Infertilität

Mit den heute zur Verfügung stehenden diagnostischen Möglichkeiten wird bei etwa zehn bis 15 Prozent der Paare keine organische oder psychische Ursache für ihre Kinderlosigkeit ermittelt (Czeromin et al., 2018, S. 31; Revermann & Hüsing, 2011, S. 35). Sie werden deshalb unter der Diagnose idiopathische Infertilität gelistet.

Bei der idiopathischen Fertilität, wenn demnach keine klare Ursache der Infertilität identifiziert werden konnte, ist zu jedem Zeitpunkt eine Auflösung des unerfüllten Kinderwunsches möglich, indem die Frau auf natürlichem Weg schwanger wird (Gnoth & Mallmann, 2014, S. 242).

## 2.5 Psychogene Infertilität

Die Erhebung psychogener Fertilitätsstörungen im klassischen Sinn und die damit einhergehende Pathologisierung der Paare aus psychosomatischer Sicht richtet ihren Blick stärker auf die potenziell psychischen Ursachen von Fruchtbarkeitsstörungen als deren psychischen Folgen und gilt wissenschaftlich als überholt (Wischmann, 2012, S. 143). In der deutschen Leitlinie „Psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen“ wird umfassend auf die „verhaltensbedingte – und damit potenziell psychosozial (mit) bedingte – Fertilitätsstörung“ eingegangen (Wischmann, 2012, S. 144). Laut Kentenich et al. (2015) kann von einer psychischen (Mit-) Verursachung der Infertilität nur dann gesprochen werden,

*wenn ein Paar trotz Kinderwunsch und ärztlicher Aufklärung weiter fertilitätsschädigendes Verhalten praktiziert (z.B. gestörtes Essverhalten, Hochleistungssport, Genuss- und Arzneimittelmisbrauch) bzw. die Konzeptionschancen nicht nutzt (kein Geschlechtsverkehr an den fruchtbaren Tagen, nicht organisch bedingte sexuelle Funktionsstörung). Psychische Faktoren liegen auch dann vor, wenn ein Paar eine medizinisch indizierte Infertilitätsdiagnostik bzw. -therapie bewusst bejaht, aber nicht beginnt. (Kentenich et al., 2015, S. 14)*

Die Prävalenz einer solchen verhaltensbedingten Infertilität liegt bei circa fünf Prozent (Revermann & Hüsing, 2011, S. 150; Wischmann, 2006, S. 37).

Ist die psychogene sexuelle Funktionsstörung alleine ursächlich für den bisher unerfüllten Kinderwunsch, empfiehlt die Bundesärztekammer in ihren Richtlinien zunächst eine Sexual- bzw. Paartherapie durchzuführen, um dann im Anschluss mit einer reproduktions-medizinischen Behandlung fortzufahren (Bundesärztekammer, 2018, S. 8).



## 2.6 Verbreitung von Infertilität

Um die Verbreitung von Infertilität zu beschreiben, wird die Prävalenz genutzt. Die Prävalenz ist ein epidemiologischer Indikator für die relative Häufigkeit einer Krankheit zu einem bestimmten Zeitpunkt. Unterschieden wird zwischen der Punktprävalenz, dem Aufkommen einer Krankheit zu einem bestimmten Zeitpunkt und der Lebenszeitprävalenz, dem Aufkommen der Krankheit in einem bestimmten Zeitraum (Kuhn & Bolte, 2020).

Wie in Kapitel 2.3 klar wird, ist es aus forschungsrelevanten Gründen signifikant, wie Fertilität beziehungsweise Infertilität definiert wird, um die Prävalenz zu bestimmen. Eine Studie des Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung im Jahr 2007 unter dem Titel „Ungewollt kinderlos – Was kann die moderne Medizin gegen den Kindermangel in Deutschland tun?“ benennt für die Lebenszeitprävalenz, dass 62 Prozent der Bevölkerung zwischen 25 und 59 Jahren in Deutschland einen unerfüllten Kinderwunsch haben (Abbildung 1). Nach der offiziellen Definition der WHO und der Reproduktionsmedizinischen Zentren (siehe Kapitel 2.3) beläuft sich die Prävalenz von Infertilität der deutschen Gesamtbevölkerung auf 484.000 Menschen (Sütterlin & Hoßmann, 2007, S. 17).

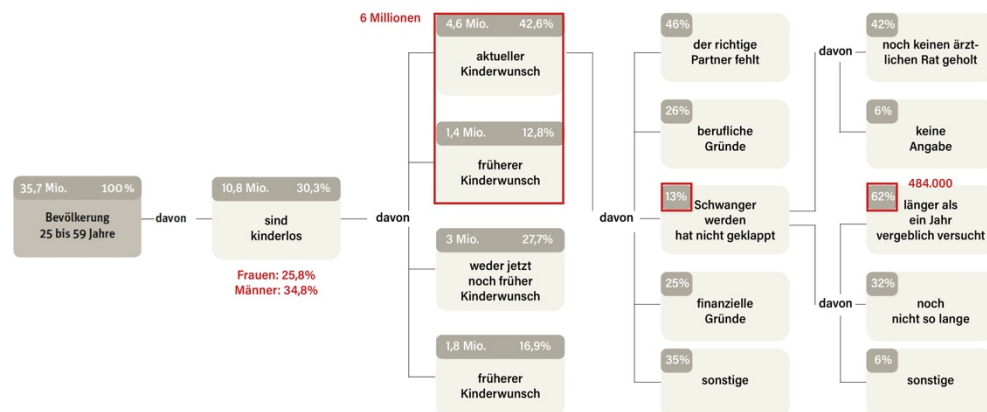


Abbildung 1: Prävalenz unerfüllter Kinderwunsch (nach Sütterlin & Hoßmann, 2007, S.17)

Eine im Jahr 2020 durchgeführte bevölkerungsrepräsentative Befragung im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend ergab, dass 32,3 Prozent der Frauen und 32,1 Prozent der Männer zwischen 25 und 59 Jahren einen aktuell unerfüllten Kinderwunsch haben (Wippermann, 2020, S. 37).

Die Interviews des Delta-Instituts, ein Institut für Sozial- und Ökologieforschung, im Jahre 2013 und 2019 ergaben, dass von vier kinderlosen Paaren ein Paar ungewollt kinderlos ist. Diese Menschen definieren sich selbst als ungewollt kinderlos. Dabei ist es gut zu wissen, dass eine Schwangerschaft nicht selten auf sich warten lässt. Nach einem Jahr sind 15 Prozent der Frauen kinderlos, nach zwei Jahren sind es noch zehn Prozent. Gnoth betont, dass es bei Paaren aus dieser Gruppe, die sich länger Zeit lassen, bei der Hälfte noch zu einer Schwangerschaft kommt (Gnoth, 2013, S. 1634). In der Regel ist es ein Übergang zwischen gewollter und ungewollter Kinderlosigkeit. Die meisten Paare verhüten erfolgreich. Soll dann eine Familie gegründet werden, wird die Verhütung abgesetzt. Jetzt ist das Erschrecken groß. Vermittelt die jahrelange Nutzung von Verhütungsmitteln doch die Vorstellung einer endlosen, bis ins hohe Alter andauernden Fruchtbarkeit. Konnten sie zu hundert Prozent verhüten, können sie jetzt nicht sofort zu hundert Prozent schwanger werden (Gnoth, 2019, S. 221).

## **2.7 Der Begriff Infertilität in dieser Arbeit**

Infertilität wird in dieser Arbeit als unerfüllter Wunsch bei der Familiengründung begriffen. Es sollte klar sein, dass die Familiengründung nur eine Wahloption unter vielen ist. Doch in dieser Arbeit liegt bei den betrachteten Frauen ein individueller und ein Kinderwunsch mit dem Partner vor. Infertilität wird demzufolge als „Problem“ erkannt, aus dem in Folge eine Handlungsrelevanz entsteht. Wie lange das Paar schon Geschlechtsverkehr ohne Verhütung praktiziert und es nicht zum erfolgreichen Austragen einer Schwangerschaft kommt, ist deshalb zweitrangig. Vorrang hat es, den unerfüllten Kinderwunsch als Phänomen aus der Erlebnisperspektive der einzelnen Frau in ihrem Umfeld zu betrachten.

Die Autorin beschränkt sich in ihrer Arbeit auf die medizinisch-klinische Definition von Infertilität. Auf Infertilität als soziales Phänomen wird, dem Umfang dieser Arbeit geschuldet, nicht eingegangen.

### **3 Reproduktionsmedizin**

Die Reproduktionsmedizin, Fortpflanzungsmedizin beziehungsweise assistierte Reproduktionstechnologie, ART, bietet Menschen mit unerfülltem Kinderwunsch eine medizinisch-technische Handlungsoption. Das Ziel ist eine Schwangerschaft und die Geburt eines Kindes. Die Reproduktionsmedizin beinhaltet Behandlungen und Verfahren, bei denen menschliche Keimzellen – Ei- und Samenzellen – oder Spermien oder Embryonen zum Einsatz kommen (Bundesärztekammer, 2018, S. 3). Mit der Geburt des ersten Babys dank „künstlicher Befruchtung“ im Jahr 1978 in England wurde der Grundstein für die moderne Reproduktionsmedizin gelegt. Seitdem wird von vielen Menschen in westlichen Industrienationen bei einem anhaltend unerfüllten Kinderwunsch reproduktionsmedizinische Unterstützung zur Erfüllung des Kinderwunsches in Anspruch genommen. Das deutsche IVF-Register beschreibt eine Zunahme der Inanspruchnahme von reproduktionsmedizinischer Hilfe um 42 Prozent in 20 Jahren: Im Jahr 2000 waren es 61.531 Menschen, im Jahr 2019 bereits 107.373 (Deutsches IVF-Register, 2000, 2019). Hier ist anzumerken, dass die Behandlungs- und Geburtenrate mit dem Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes im Jahr 2004 um fast 50 Prozent abgenommen hatte (Griesinger et al., 2007, S. 3028). Paare, die sich in Deutschland einer Kinderwunschbehandlung unterziehen, müssen nach Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes im Januar 2004 eine 50-prozentige Zuzahlung zu den gesamten Behandlungskosten (einschließlich der Medikamente) im Zusammenhang mit assistierten Reproduktionstechniken leisten. Nur sozialversicherte Frauen zwischen 25 und 40 Jahren mit einem männlichen Partner, der jünger als 51 Jahre ist, haben Anspruch auf eine 50-prozentige Kostenübernahme für maximal drei IVF-Zyklen. Vor Januar 2004 wurden alle Kosten für maximal vier IVF-Behandlungszyklen ohne Einschränkung durch eine untere Altersgrenze vollständig von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet. Die Behandlungs- und Geburtenrate steigt seitdem zwar langsam, aber stetig. Dass die Inanspruchnahme einer reproduktionsmedizinischen Behandlung immer auch mit ökonomischen Bedingungen zusammenhängt, wird hier einmal mehr deutlich.

#### **3.1 Behandlungsmöglichkeiten**

Der Blick auf die Internetpräsenz einiger deutscher Kinderwunschzentren und deren Leistungen zeigt eine Vielzahl von Behandlungsmöglichkeiten auf und erläutert sie. Die dort gelisteten Informationen decken allerdings das Spektrum

reproduktionsmedizinischer Behandlungsverfahren nicht vollumfänglich ab, da bestimmte Verfahren in Deutschland nach dem im Jahr 1991 verabschiedeten Embryonenschutzgesetz und durch die Musterrichtlinien der Bundesärztekammer (Bundesärztekammer, 2018) nicht erlaubt sind. Hierzu gehören die bekanntesten Verfahren wie die Leihmutterschaft und die Eizellspende. Nachfolgend werden die wichtigsten Verfahren der reproduktionsmedizinischen Kinderwunschbehandlung beschrieben. Die Autorin beschränkt sich hierbei auf die in Deutschland erlaubten Verfahren.

### **3.2 Diagnostik und Behandlungen in der gynäkologischen, urologischen und andrologischen Praxis**

Bei bestehendem Kinderwunsch und nicht eintretender Schwangerschaft wird häufig in der gynäkologischen Praxis eine Stimulationsbehandlung der Eierstöcke durchgeführt. Mit Hilfe von Tabletten soll die körpereigene Ausschüttung des follikelstimulierenden Hormons (FSH) angeregt und in Folge mehr als ein Follikel im Ovar gebildet werden. Durch Zyklusmonitoring (Ultraschalluntersuchung des Eierstocks und Hormonbestimmung im Blut) wird der Termin des Eisprungs bestimmt und dem Paar geraten, zu diesem Zeitpunkt Geschlechtsverkehr zu haben.

Beim Mann wird in der urologischen und/oder andrologischen Praxis ein Spermogramm durchgeführt. Der Samenerguss (zwei bis sechs Milliliter) sollte nach drei bis maximal fünf Tagen sexueller Karenz durchgeführt werden. Die Spermien werden dann hinsichtlich ihrer Anzahl, Beweglichkeit und Form beurteilt. Ein unauffälliges Spermogramm besteht aus circa 60 Millionen Samenzellen, von denen sich 50 Prozent vorwärts bewegen und mindestens fünf Prozent eine normale Form haben (Revermann & Huesing, 2011, S. 34)

### **3.3 Diagnostik und Behandlungen in der reproduktionsmedizinischen Praxis**

#### **3.3.1 Diagnostik**

Bei der Frau werden Ultraschalluntersuchungen der Sexualorgane, Hormonbestimmungen und bei eventuellen Risiken in der Krankheitsgeschichte – Operationen und/oder Erkrankungen im Bauchraum – eine Laparoskopie (Bauchspiegelung) und bei Verdacht von mechanischen Hindernissen im Uterus eine Hysteroskopie (Gebärmutterspiegelung) durchgeführt (Kupka, 2009, S. 34).

Beim Mann werden zwei Spermioogramme, die im Abstand von ungefähr drei Monaten angefertigt werden, ausgewertet. Bei starken Einschränkungen der Parameter Anzahl, Beweglichkeit und Form erfolgt eine Ursachenforschung auf hormoneller, genetischer und chirurgischer Ebene.

Für die Verständlichkeit wird im Folgenden kurz auf die in den Interviews erwähnten Parameter/Diagnosen eingegangen:

Beim *polyzystischen Ovarsyndrom (PCOS)* handelt es sich um eine der häufigsten hormonellen Erkrankungen von Frauen im reproduktiven Alter. Der Hyperandrogenismus (Hirsutismus, Akne) gehört ebenso wie Zyklusstörungen und Follikulärzysten der Eierstöcke zu den typischen Symptomen (Gnoth & Mallmann, 2014, S. 205). Die primären und sekundären Geschlechtsorgane sind normal entwickelt. Das Hormon-Ungleichgewicht ist mit diversen Problemen assoziiert, im Kontext dieser Arbeit vor allem mit eingeschränkter Fruchtbarkeit und rezidivierenden Fehlgeburten (Gnoth & Mallmann, 2014, S. 205).

Die laborchemische Messung des Anti-Müller-Hormons stellt eine zuverlässige Methode zur Feststellung der ovariellen Reserve dar. Eine *Einschränkung der Ovarialreserve* kann vorliegen bei einem niedrigen Anti-Müller-Hormon-Wert (AMH-Wert) und einer Erhöhung des Follikel-stimulierenden-Hormon-Wertes (FSH) (Gnoth & Mallmann, 2014, S. 209).

Da *Schilddrüsenfunktionsstörungen* die Fertilität beeinflussen und bei Frauen im fruchtbaren Alter mit zwei bis vier Prozent vorkommen, hat die Diagnostik und Behandlung dieser Störungen einen festen Platz in der reproduktionsmedizinischen Praxis (Bullmann, 2020, S. 39). Die Hashimoto-Thyreoditis gehört zu den Hypothyreosen, den Schilddrüsenunterfunktionen. Zu den typischen Beschwerden gehören Zyklusunregelmäßigkeiten, die das Eintreten einer Schwangerschaft erschweren. Weiterhin wird die erhöhte Neigung zu Fehlgeburten in diversen Studien diskutiert (Bullmann, 2020, S. 41). Therapeutisch wird deshalb bei Kinderwunsch eine Schilddrüsenhormonsubstitution empfohlen (Bullmann, 2020, S. 42).

### **3.3.2 Behandlung**

Die Empfehlungen für eine Behandlung richten sich immer nach Schwere und Art der Diagnostik sowohl von Frau als auch Mann und in ihrer vorgeschlagenen Anzahl auch

nach dem Alter des Paares beziehungsweise der Frau. Eine festgelegte Anzahl der Behandlungen wird individuell von den Krankenkassen übernommen, teilweise auch in Abhängigkeit des Beziehungsstatus' des Paares. Darüber hinaus gehende Behandlungen müssen selbst bezahlt werden. Die Richtlinie über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion besagt, dass verheiratete Paare, die eine Kinderwunschbehandlung in Anspruch nehmen, unter bestimmten Voraussetzungen zusätzliche Finanzhilfen erhalten. Eine Erweiterung der Richtlinie aus dem Jahr 2015 schließt nun heterosexuelle Paare, die in einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft leben, mit ein. Homosexuelle (Ehe-) Paare und Alleinstehende sind von der Finanzierung ausgenommen, mit Ausnahme von Rheinland-Pfalz und Berlin, wo gleichgeschlechtlich weibliche Paare Unterstützung erhalten (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2015).

Bei der *Stimulation der Eierstöcke* wird mittels gonadotroper (auf die Eierstöcke gerichtete) Hormone die körpereigene Produktion dieser maßgeblich an der Fortpflanzung beteiligten Hormone stark angeregt. Es handelt sich hierbei um das follikelstimulierende Hormon (FSH), welches für die Eizellreifung verantwortlich ist und das luteinisierende Hormon (LH), welches bei der Frau den Eisprung und die Gelbkörperbildung fördert. Diese Hormone werden in der Hypophyse (Hirnanhangdrüse) gebildet und müssen subcutan, unter die Haut, gespritzt werden. Der Eisprung wird dann oftmals medikamentös ausgelöst durch ein intramuskulär verabreichtes Hormon (Thorn et al., 2018, S. 12).

Bei Frauen mit Problemen im Bereich des Gebärmutterhalses und/oder bei eingeschränkter Spermienbeweglichkeit des Mannes erfolgt eine *intrauterine Insemination*. Mittels eines Katheters wird das eigene (homologe Insemination) oder fremde Sperma (heterologe oder donogene Insemination) in die Gebärmutterhöhle eingeführt (Thorn et al., 2018, S. 12).

Die *In-Vitro-Fertilisation (IVF)* wird als „extrakorporale Befruchtung, Vereinigung einer Eizelle mit einer Samenzelle außerhalb des Körpers“ (Kupka, 2009, S. 35) definiert. Wenn generell von künstlicher Befruchtung geredet wird, sind meist diese Methode und ihre Varianten gemeint. Indikationen für diese Methode sind beispielsweise verschlossene oder fehlende Tuben, im Vorfeld erfolglose Versuche der Insemination oder ein fortgeschrittenes Alter der Frau (Kupka, 2009, S. 35). Zunächst werden die

Eierstöcke hormonell stimuliert und Eizellen entnommen. Im Reagenzglas (in vitro) werden die Eizellen mit den Spermien des Mannes inkubiert. In den Prozess der Befruchtung wird im Gegensatz zur Intracytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) nicht eingegriffen. Nach zwei bis fünf Tagen der Inkubation werden die befruchteten Embryonen in die Gebärmutter transferiert (Kupka, 2009, S. 35). Zuvor werden die Embryonen hinsichtlich ihrer Qualität beurteilt. Entscheidet das Paar sich dazu, bis Tag fünf oder sechs zu warten, handelt es sich um einen Blastozystentransfer (Revermann & Hüsing, 2011, S. 46). Der entscheidende Unterschied vom Blastozystentransfer zum 2-4-6-8-10-12-Zellstadium (Kupka, 2009, S. 35) besteht darin, dass zwischen Tag zwei und Tag fünf eine natürliche Selektion stattfindet, weil nicht alle Embryonen das Blastozystenstadium erreichen. Der Blastozystentransfer muss vom Paar selbst bezahlt werden. In Deutschland dürfen maximal drei Embryonen in die Gebärmutter transferiert werden (Revermann & Hüsing, 2011, S. 42). Reproduktionsmediziner:innen haben sich auf die Empfehlung geeinigt, dies nur zu tun, wenn die Frau die Altersgrenze von 38 Jahren erreicht hat (Kupka, 2009, S. 37).

Die *Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)* ist seit 1992 bei stark eingeschränkter männlicher Infertilität als Verfahren etabliert. In der Durchführung und im Verlauf unterscheidet sich dieses Verfahren zur IVF lediglich auf der Ebene des Befruchtungsvorgangs. Bei der ICSI wird die Samenzelle direkt in eine Eizelle injiziert.

Bei der *Kryokonservierung bzw. dem Kryozyklus* werden diejenigen Eizellen, die nicht transferiert werden im Vorkernstadium der Eizellen, also vor der Verschmelzung der Erbinformationen von Frau und Mann, kryokonserviert. Der Frau können diese dann in einem weiteren, kürzeren Stimulationszyklus, in dem es nur um den Aufbau der Gebärmutterschleimhaut geht, transferiert werden (Revermann & Hüsing, 2011, S. 47).

Die *Polkörperdiagnostik (PKD)*, ein Verfahren, das im Gegensatz zur *Präimplantationsdiagnostik (PID)* – genetische Untersuchung einzelner Zellen im vier- bis 16-Zellstadium vor Einbringen in die Gebärmutter im Rahmen einer IVF-Behandlung – in Deutschland nicht verboten ist, bezeichnet die Untersuchung der befruchteten Eizelle auf eine bestehende genetische oder chromosomale Veränderung im Vorkernstadium (Kleinschmidt, 2008, S. 37).

Die *mikrochirurgische epididymale Spermienaspiration* (MESA, die Entnahme von Spermien aus dem Nebenhoden) und die *testikuläre Spermienextraktion* (TESE, die Spermengewinnung per Hodenbiopsie) sind die Behandlungen der Wahl beim Mann und werden hier nicht näher erläutert.

### **3.3.3 Gesundheitliche Risiken und Präventionsmaßnahmen**

Mit Blick auf die Schwangerschaftsrate pro Zyklus, bzw. die „baby-take-home-Rate“ (Lebendgeburtrate) versuchte die assistierte Reproduktionsmedizin über viele Jahre ihre Erfolge zu maximieren. So galt es, innerhalb eines Behandlungszyklus‘ möglichst viele Eizellen zu gewinnen, um in Folge einen Transfer mehrerer Embryonen vorzunehmen. Die möglichen daraus resultierenden Folgen für die Frau, ein *ovarielles Hyperstimulationssyndrom* (OHSS), sowie die Wahrscheinlichkeit einer Mehrlingsschwangerschaft zählen zu den beiden am schwerwiegendsten gesundheitlichen Risiken für die Frau (Revermann & Hüsing, 2011, S. 140). Um die für Mutter und Kind riskanten Folgen einer Mehrlingsschwangerschaft zu minimieren, setzen vermehrt Länder auf den elektiven single-embryo-transfer (eSET). Bei dieser Methode wird nur ein gezielt ausgewählter Embryo transferiert. So zum Beispiel in Schweden, wo der eSET fest etabliert ist und die ART-Mehrlingsgeburtenrate stark reduziert werden konnte (Revermann & Hüsing, 2011, S. 139). Das deutsche Embryonenschutzgesetz verhindert dieses Vorgehen. Nach diesem dürfen höchstens drei befruchtete Eizellen im Labor zu Embryonen heranreifen. Weiterhin verbietet das Embryonenschutzgesetz, innerhalb eines Behandlungszyklus‘ mehr als drei befruchtete Embryonen einzusetzen. Alle im Labor gezeugten Embryos, müssen auch in die Gebärmutter transferiert werden. Kinderwunschzentren umgehen jedoch, unter Berufung auf § 4, Absatz 2 des Embryonenschutzgesetzes, diese Regularien. Nach diesem dürfen einer Frau nicht ohne deren Einwilligung Embryos übertragen werden (§ 4 Absatz 2 ESchG).

## **4 Sexualität**

Die Begriffsgeschichte von Sexualität umfassend zu beschreiben, ist nicht Gegenstand dieser Arbeit. Deshalb werden hier die im wissenschaftlichen Kontext stattfindenden Diskussionen um die Definition von Sexualität(en) nur cursorisch behandelt. Der Begriff „Sexualität“ hat seinen Ursprung im lateinischen Wort „sexus“, übersetzt „Geschlecht“, und im spätlateinischen Wort „sexualis“ mit der sinngemäßen



Bedeutung der „Geschlechtlichkeit“ (Brockhaus, 2006, S. 106). Vor rund zweihundert Jahren entstand „im Zusammenhang mit einer Neubestimmung der Kategorie Geschlecht, insbesondere der Bilder von Frau und Mann“ Sexualität als Fachbegriff im heute verwendeten Sinn (Lautmann, 2002, S. 19). Der Fachbegriff Sexualität wurde und wird von verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen unterschiedlich definiert. Diese multidisziplinären Blickwinkel können eine erkenntnistheoretische Auseinandersetzung erschweren. Die Debatten führten vor allem zwei Lager: das Lager der Konstruktivist:innen und das Lager der Essenzialist:innen (Dekker, 2013, S. 34). Die Konstruktivist:innen gehen davon aus, dass es sich bei sexuellen Phänomenen „um gesellschaftliche Konstruktionen handelt, deren Existenz sich gerade nicht jenseits der kulturellen Symbolsysteme abspielt“ (Dekker, 2013, S. 34). Michel Foucault als Vertreter der Konstruktivist:innen konstatiert:

*Die Sexualität ist keine zugrundeliegende Realität, die nur schwer zu erfassen ist, sondern ein großes Oberflächennetz, auf dem sich die Stimulierung der Körper, die Intensivierung der Lüste, die Anreizung zum Diskurs, die Formierung der Erkenntnisse, die Verstärkung der Kontrollen und der Widerstände in einigen großen Wissens- und Machtstrategien miteinander verketteten.* (Foucault, 2017, S. 105)

Die Essenzialist:innen hingegen stellen fest, dass sexuelle Phänomene „als eine Art außerkulturelle Essenz zu verstehen seien, als tief in den Menschen eingelagerte natürliche Eigenschaften“ (Dekker, 2013, S. 34).

*Weil der Geschlechtstrieb so stark ist, deswegen kommt er immer wieder mit den Konventionen und Sicherungen der Zivilisation in Widerspruch. Wenn die Menschheit seine Bedeutung zu leugnen versucht, so tut sie das nur in einer Art von Selbstverteidigung. Man mag irgendeine beliebige menschliche Gefühlsregung analysieren, die von der Sphäre der Sexualität noch so weit entfernt ist, so wird man unumgänglich als ihren ursprünglichen Impuls die Sexualität finden, der das Leben seine eigene Fortdauer verdankt.* (Freud, 1927)

Im Jahr 1977 führte der US-amerikanische Psychiater George L. Engel das „bio-psycho-soziale Modell“ ein, das die Debatte etwas beruhigen sollte. Das Modell dient als Grundlage der von der Weltgesundheitsorganisation ausgesprochenen Definition von Sexualität und Sexueller Gesundheit:

*Sexualität bezieht sich auf einen zentralen Aspekt des Menschseins über die gesamte Lebensspanne hinweg, der das biologische Geschlecht, die Geschlechtsidentität, die Geschlechterrolle, sexuelle Orientierung, Lust, Erotik, Intimität und Fortpflanzung einschließt. Sie wird erfahren und drückt sich aus in Gedanken, Fantasien, Wünschen, Überzeugungen, Einstellungen, Werten, Verhaltensmustern, Praktiken, Rollen und Beziehungen. Während Sexualität all diese Aspekte beinhaltet, werden nicht alle ihre Dimensionen jederzeit erfahren oder ausgedrückt. Sexualität wird beeinflusst durch*

*das Zusammenwirken biologischer, psychologischer, sozialer, wirtschaftlicher, politischer, ethischer, rechtlicher, religiöser und spiritueller Faktoren.* (World Health Organization (WHO), 2006, S. 5)

Die Definition von sexueller Gesundheit der WHO zeigt die große Bedeutung der Sexualität für Gesundheit und Wohlbefinden eines Menschen. Sie hebt hervor, dass Sexualität einen wesentlichen Aspekt des Menschseins darstellt. Sexualität dient nicht nur der Reproduktion, sondern bezieht verschiedene sexuelle Orientierungen ein, sie vollzieht sich in allen Altersgruppen und steht in enger Beziehung zum sozialen Geschlecht (Gender). Darüber hinaus demonstriert sie, dass Sexualität nicht nur Verhaltensweisen beinhaltet, sondern einer Vielzahl von Einflussfaktoren ausgesetzt ist, die das (Er)Leben der Sexualität beeinflussen können. Sexuelle Gesundheit bedeutet nicht nur die Abwesenheit von Krankheiten und Funktionsstörungen, sondern das Recht auf sexuelle Information und das Recht auf Lust (Edwards & Coleman, 2004, S. 190).

Der umfassende Blick, den die WHO mit ihrer Definition auf eine gesunde Sexualität richtet, überträgt die Autorin auf ihre Definition von erfüllter Sexualität, erweitert durch die Sicht auf Sexualität und sexuelle Gesundheit von Sexocorporel. Auf der WHO-Definition aufbauend, entwickelt Sexocorporel das Modell sexuelle Gesundheit: „Der Sexocorporel betrachtet den Mensch [sic] als körperliche und seelische, untrennbare Einheit, unterscheidet jedoch aus wissenschaftlichen Gründen den expliziten Körper – den sichtbaren, bewegbaren Körper, die Sinnesempfindungen etc. – und den impliziten Körper – die Wahrnehmungen, Emotionen, Gedanken, Fantasien [...]“ (Gehrig, 2013, S. 2). Der Autorin ist es wichtig, die Bedeutung des Körpers zu betonen. Steht doch gerade in der Sexualität und bei einem unerfüllten Kinderwunsch der Körper im Mittelpunkt des Geschehens.

Mit Blick auf die Reproduktion scheint es der Autorin noch wichtig, kurz auf die von Volkmar Sigusch als „neosexuelle Revolution“ bezeichneten Veränderungsprozesse der Sexualität einzugehen. Die neosexuelle Revolution wird abgegrenzt von der „sexuellen Revolution“ der 1960er-Jahre. Nachdem in den 1970er- und 1980er-Jahren zunächst die unabdingbare Verbindung von Sexualität und Reproduktion (Kontrazeptiva) gelöst werden konnte, folgten in den kommenden Jahren weitere Dissoziationen/Zerlegungen des Sexuellen: So führte die Trennung von Sexualität und Geschlecht dazu, dass Geschlechterdifferenzen und Identitätsdifferenzierungen dominierten (Sigusch, 2013, S. 237, 306). Für die Sexualität zeigen sich die

Dissoziationen durch die Trennung von sexueller und reproduktiver Sphäre – Reproduktion ist mehr denn je auch außerhalb heterosexueller Paarbeziehungen möglich – sowie durch die Trennung von sexueller und geschlechtlicher Sphäre, welche die weibliche Sexualität (und in Folge auch die männliche) neugestaltet hat und so eine Geschlechterdifferenz in der (heterosexuellen) Sexualität sichtbar gemacht hat (Sigusch, 2013, S. 237).

## **5 Forschungsstand**

Gelebte Sexualität ist eine wichtige Voraussetzung für die Realisierung des Kinderwunsches, doch kann der Wunsch nach einer Schwangerschaft die Sexualität überschatten, vor allem dann, wenn es über einen längeren Zeitraum nicht zu einer Schwangerschaft kommt. Sexuelle Funktionsstörungen sind eher selten die Ursache als vielmehr die Folge einer Infertilität (Leeners et al., 2017, S. 173). Die Prävalenz einer psychogenen, genauer verhaltensbedingten Infertilität auf Grund einer nicht organischen sexuellen Funktionsstörung liegt bei circa fünf Prozent (Wischmann, 2006, S. 37), wohingegen 60 Prozent über eine Beeinträchtigung ihrer Sexualität im Verlauf der reproduktions-medizinischen Behandlung berichten (Kentenich et al., 2015, S. 15).

Der Forschungsbereich Infertilität und Sexualität wird innerhalb der Forschung in verschiedenen Teilbereichen betrachtet. Er gliedert sich in Untersuchungen zu den Folgen von Infertilität für die Frau, für den Mann und für die Partnerschaft. Die meisten Untersuchungen finden jedoch an Frauen statt.

### **5.1 Sexuelle Dysfunktion als Ursache einer reproduktionsmedizinischen Behandlung**

Da die Autorin sich mehr mit den Folgen eines unerfüllten Kinderwunsches, der in eine reproduktions-medizinische Behandlung mündet, beschäftigt, seien die sexuellen Dysfunktionen als Ursache eines unerfüllten Kinderwunsches nur aufgezählt. Hierzu zählen bei der Frau: Vaginismus, Dyspareunie, Vestibulodynie und Vulvodynie; beim Mann: Anorgasmie, erektile Dysfunktionen und bei beiden Partnern: Libidoverlust.

## **5.2 Weibliche sexuelle Dysfunktion als Folge einer reproduktionsmedizinischen Behandlung**

Millheiser et al. (2010) untersuchten 119 infertile Frauen hinsichtlich ihrer sexuellen Zufriedenheit und verglichen diese mit 99 fertilen Frauen. Mit Hilfe des validierten Female Sexual Function Index (FSFI) und einem speziell für diese Studie entwickelten Fragebogen, der neben der Zufriedenheit mit dem Sexualleben auch die Häufigkeit von Masturbation und Geschlechtsverkehr erfasste, wurden die Frauen befragt. Sie stellten einen signifikant niedrigeren Gesamtwert des FSFI in der Gruppe mit infertilen Frauen fest, was auf eine schlechtere sexuelle Funktion im Vergleich zu den gesunden Kontrollpersonen hinweist. Frühere Studien haben gezeigt, dass bei einem Wert des Female Sexual Function Index von  $<26,55$  ein hohes Risiko für sexuelle Funktionsstörungen besteht. Fünfundzwanzig Prozent der Kontrollgruppe hatten Female Sexual Function Index-Werte, die auf dieses Risiko für sexuelle Dysfunktion hinwiesen, während 40 Prozent der infertilen Frauen dieses Kriterium erfüllten. Bei der Betrachtung der einzelnen Domänen stellten Millheiser et al. fest, dass die Unfruchtbarkeitsgruppe signifikant niedrigere Werte in den Domänen Verlangen und Erregung aufwies. In den Bereichen Lubrikation, Orgasmus, Schmerz und Zufriedenheit wurde kein Unterschied festgestellt. Darüber hinaus war die Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs und der Masturbation in der Unfruchtbarkeitsgruppe signifikant geringer. Die Ergebnisse des speziell entwickelten Fragebogens zur Zufriedenheit mit dem Sexualleben waren in der Unfruchtbarkeitsgruppe signifikant niedriger als in der Kontrollgruppe. Bei der retrospektiven Beurteilung der Zufriedenheit mit dem Sexualleben vor der Diagnose schnitt die Unfruchtbarkeitsgruppe jedoch ähnlich ab wie die Kontrollgruppe. Vierunddreißig Prozent der Patient:innen mit Unfruchtbarkeit berichteten über einen Rückgang der Sexualzufriedenheit (Millheiser et al., 2010, S. 2023).

## **5.3 Wie die Dauer der Infertilität die Sexualität beeinflusst**

Ergebnisse zu Auswirkungen der Dauer eines ungewollten Kinderwunsches auf die Sexualität sind widersprüchlich. Die meisten Untersuchungen beschreiben eine Zunahme sexueller Funktionsstörungen parallel zur Dauer der Infertilität. So untersuchte eine türkische Studie von Iris et al. (Iris et al., 2013) die Auswirkungen der Infertilität und ihre Dauer auf die weibliche Sexualfunktion. Dabei wurden die zu untersuchenden Frauen in drei Gruppen eingeteilt. Gruppe eins (weniger als zwei Jahre Versuche des Schwangerwerdens), Gruppe zwei (zwei bis fünf Jahre) und

Gruppe drei (fünf Jahre und länger). Anhand der türkischen Version des Female Sexual Function Index wurde die sexuelle Dysfunktion der Frauen bewertet. Vergleicht man die Gruppen I, II und III, so waren die Werte der einzelnen Parameter (Begehren, Erregung, Lubrikation, Orgasmus und Schmerz) – mit Ausnahme der sexuellen Befriedigung – und der gesamte FSFI-Wert (Female Sexual Function Index) signifikant unterschiedlich zwischen allen drei Gruppen. Die Werte wurden mit zunehmender Dauer der Infertilität deutlich niedriger (Iris et al., 2013, S. 810).

Zu einem gegenteiligen Ergebnis kommen Millheiser et al. in ihrer Studie zum Einfluss von Infertilität auf die weibliche Sexualfunktion. So konnten sie keinen signifikanten Unterschied zwischen den Frauen, die weniger als oder zwei Jahre versuchten, schwanger zu werden, zu denen, die länger als zwei Jahre versuchten schwanger, zu werden, feststellen (Millheiser et al., 2010, S. 2024).

#### **5.4 „Sex nach Termin“**

Viele Paare fühlen sich in ihrem sexuellen Begehren behindert und durch die Forderung von Seiten der Medizin „Sex nach Termin/Sex auf Abruf“ zu haben, instrumentalisiert (Stammer et al., 2004, S. 90).

Der gezielte Geschlechtsverkehr während der fruchtbaren Tage, um die Chancen auf eine Schwangerschaft zu erhöhen, kann einen Verlust der Spontanität darstellen und somit das Erleben der Sexualität beeinflussen. Benyamini et al. (Benyamini et al., 2005) stellen in ihrer Studie fest, dass unter den zehn bedeutendsten Einflussfaktoren während der Kinderwunschbehandlung der Verlust der Spontanität innerhalb der sexuellen Beziehung auf Platz zwei liegt (30 Prozent der Frauen von n = 174). An erster Stelle lag das monatliche Warten auf das Behandlungsergebnis mit 40 Prozent (Benyamini et al., 2005, S. 278).

#### **5.5 Wie die Ursache der Infertilität die Sexualität beeinflusst**

Mehr als die meisten anderen medizinischen Probleme ist die Infertilität wirklich ein Problem für das Paar/die Paarbeziehung. So manifestiert sich die körperliche Ursache erst im Zusammentreffen zweier Menschen (Pasch, 2002a, S. 1241). Liegt die medizinische Ursache für die Infertilität nur bei einem der Partner, ist die Infertilitätserfahrung für den betroffenen und den nicht betroffenen Partner unterschiedlich, stehen beide jedoch vor dem Verlust ihres Partnerpotenzials. Dies führt nicht selten zur Phantasie, den „falschen“ Partner gewählt zu haben (Wischmann, 2013, S. 112). Winkelmann et al. (2016) zeigten in einer Studie deutliche

Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Ursachen der Infertilität und deren Auswirkungen auf die Sexualität. Lag die Ursache der Infertilität bei den Frauen oder bei beiden Partnern, waren die Auswirkungen auf die Paarsexualität größer, als wenn die Ursache bei den Männern allein gesehen wurde (Winkelman et al., 2016, S. 193). Smith et al. hingegen stellten in ihrer Studie fest, dass die Männer auf der Paarebene, die den isolierten männlichen Faktor der Infertilität darstellen, eine geringere sexuelle und persönliche Lebensqualität als Männer ohne Infertilitätsdiagnose aufweisen. Die soziale Belastung ist am höchsten bei Paaren mit idiopathischer Infertilität oder bei Männern mit ausschließlich männlichem Faktor. Diese Ergebnisse zeigen die klinisch signifikanten negativen sexuellen, persönlichen und sozialen Belastungen einer Infertilitätsdiagnose bei Männern. Weiterhin beschreiben Smith et al. (2009), dass die Männer mit ausschließlich männlichem Faktor eine geringere sexuelle Befriedigung, mehr Gefühle von sexuellem Versagen und weniger Spaß an sexueller Aktivität haben (Smith et al., 2009, S. 2511).

Öffnet sich das Paar mit seiner Diagnose seinem Umfeld, stellte Wischmann fest, dass Frauen mit der Diagnose Infertilität häufig bedauernde Reaktionen anderer zu erwarten haben, Männer eher mit entwertenden Äußerungen rechnen müssten. Das kann beispielsweise dazu führen, dass sich die Frau als Verursacherin der Fertilitätsstörung darstellt, auch wenn der Befund eindeutig nur bei ihrem Partner liegt (Wischmann, 2013, S. 112).

## **5.6 Kritik an der Methodik der Studien**

In der Mehrzahl der Studien wurde der Female Sexual Function Index (FSFI) genutzt, der Items wie Begehren, Erregung, Lubrikation, Orgasmus, Befriedigung und Schmerzen beinhaltet (Rosen et al., 2000, S. 198). Es ist zu kritisieren, dass nur Frauen, die in den letzten vier Wochen irgendeine Art von partnerschaftlicher oder nicht partnerschaftlicher sexueller Aktivität ausgeübt haben, erfasst werden. Frauen, die grundsätzlich sexuell aktiv sind, jedoch nicht innerhalb des vergangenen Monats, werden dadurch nicht berücksichtigt (Brotto, 2009).

## **5.7 Lebenssituation von Paaren mit unerfülltem Kinderwunsch**

Zu einem erfüllten Leben gehört für eine wachsende Zahl von Menschen ein Kind (Dorbritz et al., 2015, S. 9; Wippermann, 2020, S. 37). Die häufig langwierigen Behandlungen beanspruchen Körper und Geist und hinterlassen auch Spuren in der Partnerschaft. Dabei können in allen Phasen der Kinderwunschbehandlung

Menschen in ein anhaltendes seelisches Tief geraten (Stammer et al., 2004, S. 101; Stöbel-Richter et al., 2013, S. 402; Strauß et al., 2001, S. 8; Wischmann & Thorn, 2014b, S. 16). Auf körperlicher Ebene müssen sich die Patient:innen mit Schmerzen, Gewichtsveränderungen, Übelkeit, Hautproblemen und der Gefahr einer Überstimulation auseinandersetzen. Auf emotionaler/psychischer Seite werden erhöhte Depressionswerte, Beeinträchtigungen im Selbstwertgefühl, eine erhöhte Ängstlichkeit (Kentenich et al., 2015, S. 11) sowie sozialer Rückzug (Wirtberg et al., 2006, S. 600) und Stigmatisierungserfahrungen (Wippermann, 2020, S. 10) beschrieben. Eine verbreitete Metapher, um das Erleben der reproduktionsmedizinischen Behandlung zu beschreiben, ist die „Achterbahnfahrt der Gefühle“ nach van den Broeck (Van den Broeck et al., 2015, S. 15). Mit jedem Behandlungszyklus sehen sich die Betroffenen, vor allem jedoch die Frauen, mit Hoffnung, Abwarten, Geduld und Enttäuschung, wenn es zu keiner Schwangerschaft kam, konfrontiert. Und mit jedem neuen Zyklus müssen sie die Spannung zwischen der Hoffnung und ihrem Erleben austarieren, immer auch mit dem mehr oder weniger präsenten Wissen, dass ihr Kinderwunsch auch unerfüllt bleiben könnte. Das Bild der Achterbahn

*versinnbildlicht auch das Gefühl, während der Fahrt nicht aussteigen zu können, die Geschwindigkeit der Fortbewegung, das Gefühl der Unkontrollierbarkeit etc. Es ist wichtig zu betonen, dass die emotionale Achterbahnfahrt weiter geht, solange der Kinderwunsch besteht, und somit weitere Enttäuschungen möglich sind. Die Patienten können das emotionale Auf und Ab begrenzen, aber dessen Amplituden nicht vollständig nivellieren. (Van den Broeck et al., 2015, S. 15)*

Diese psychische Belastung ist nach Lande et al. einer der Hauptgründe für den „drop out“ (Abbruch der Behandlung). Sie untersuchten, was Paare dazu bewegt, die reproduktionsmedizinische Behandlung vor dem Erzielen einer erfolgreichen Schwangerschaft zu beenden. Dazu wurden Patient:innen in Israel befragt. In Israel gilt die Regelung, dass Paare ohne Kosten eine reproduktionsmedizinische Behandlung in Anspruch nehmen können und zwar bis das Paar zwei Kinder bekommen hat (Lande et al., 2015). Das deutsche IVF-Register 2017 benennt, dass 25 Prozent der Frauen, die nach dem ersten Behandlungszyklus nicht schwanger waren, die Behandlung beendet hat, nach dem zweiten erfolglosen Behandlungszyklus waren es 29 Prozent (DIR, 2017, S. 19). Die Zahlen sind kritisch zu betrachten: Da die Auswertungen des IVF-Registers spezifisch im Hinblick auf Kinderwunschzentren ausgewertet werden, müssen in diesen Wert auch Paare einbezogen werden, die die Behandler:innen und das Zentrum gewechselt haben

und/oder auch Paare, die zur weiterführenden Behandlung ins Ausland gehen. Diese Paare werden nicht im DIR gelistet (Kentenich et al., 2019, S. 44).

Die Art und Weise, wie ungewollt Kinderlose mit ihrem Schicksal umgehen und somit ihre Situation bewältigen, steht in enger Verbindung dazu, inwiefern sich die oben beschriebenen Folgen manifestieren. Laut Lechner et al. weisen Paare (und insbesondere die Frauen) eine gute Prognose auf, wenn es die Kinderlosigkeit akzeptiert, ihr einen positiven Sinn geben kann, wenn es aktiv nach Alternativen sucht ("Plan B") und sich mit Leidensgenoss:innen austauschen kann und sich vor allem nicht sozial abkapselt (Lechner et al., 2007, S. 289). Auf der partnerschaftlichen Ebene kommt die Studie von Pasch zu folgenden Ergebnissen: Je mehr die männlichen Partner mit ihren Frauen über die Infertilität ins Gespräch kamen und in die Erfüllung des Kinderwunsches involviert waren, desto zufriedener äußerten sich die Frauen über ihre Partnerschaft (Pasch, 2002b, S. 1246). In diesem Zusammenhang ist es noch wichtig zu erwähnen, dass die Annahme, dass die psychosozialen Auswirkungen des unerfüllten Kinderwunsches wesentlich stärker auf die Frauen als auf die Männer wirken, als mittlerweile überholt gelten (Wischmann & Thorn, 2014a, S. 139).

Eindeutige Befunde darüber, wie Menschen auf die Lebensspanne bezogen mit dem unerfüllten Kinderwunsch umgehen, liegen nicht vor. Verantwortlich dafür sind die (meist) geringen Teilnehmerzahlen der entsprechenden Studien (meist < 100 Teilnehmer:innen) oder kurze Nachbeobachtungszeiträume (meist < fünf Jahre), nicht repräsentative Stichproben, widersprüchliche Befunde und die insgesamt geringe Anzahl an Publikationen zum Thema. Ein wesentlicher einschränkender Faktor für die Gesamtvalidität der Ergebnisse ist die hohe Rate der Non-Responder (durchschnittlich ein Drittel) und das Fehlen von Analysen der Non-Responder. Die Studien, die dieses Phänomen untersuchten, kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen: Auf der einen Seite Studien, die von unerfülltem Kinderwunsch betroffene Paare auf längerfristige Folgen hin untersuchten und keine gravierenden Unterschiede zu Personen mit Kindern zeigen (Wischmann et al., 2012). So stellten beispielsweise Sydsjo et al. (2011) fest, dass die kinderlosen Männer zwanzig Jahre nach einer reproduktionsmedizinischen Behandlung bei der Subskala "Konfliktlösung" signifikant höhere Werte erzielten und die kinderlosen Paare eine höhere durchschnittliche Zustimmung zu den Themen der Subskala "Kommunikation" aufwiesen, was auf eine gute Kommunikationsfähigkeit in der Beziehung und auf die



Zustimmung zu einer guten Kommunikation hinweist (Sydsjo et al., 2011, S. 1838). Sundby et al. (2007) konnten zeigen, dass die Bewältigung der durch den unerfüllten Kinderwunsch entstandenen Krise, mittel- und langfristig zu einer Stärkung der Partnerschaft führt. Aus Sicht der Frauen scheint die gemeinsame Bewältigung der Kinderwunschkrise das Paar stärker zu binden. Fünf bis zehn Jahre nach einer erfolglosen IVF-Therapie liegt die Trennungsrate bei diesen Paaren zwischen drei und 17 Prozent und ist damit niedriger als bei Paaren, die auf natürlichem Wege Kinder bekommen haben (Sundby et al., 2007). Dem gegenüber steht beispielweise die Studie von Wirtberg et al. (2006), die eine Verschlechterung der Paarsexualität zwanzig Jahre nach einer reproduktionsmedizinischen Behandlung beschreibt. Ob dies jedoch auf die Tatsache der unfreiwilligen Kinderlosigkeit oder auf die, wie auch bei anderen Paaren beobachtbare Dauer der Beziehung zurückzuführen ist, ist unklar. Zudem basieren die Angaben auf Aussagen von lediglich 14 Frauen (Wirtberg et al., 2006, S. 600).

## **6 Forschungsdesign und Methodik**

Nach einer Beschreibung des Forschungsdesigns, der Stichprobe und des Ablaufs der Datenerhebung wird in diesem Kapitel genauer auf die Forschungsmethodik eingegangen.

### **6.1 Forschungsdesign**

In der Forschungslandschaft gibt es zwei verschiedene wissenschaftstheoretische Paradigmen: den quantitativen und den qualitativen Forschungsansatz. Nicht unerheblich war der Zeitraum, in dem Debatten darüber stattfanden, ob soziale Gegebenheiten besser „qualitativ in der Tradition der Geisteswissenschaften oder quantitativ in der Tradition der Naturwissenschaften zu untersuchen seien“ (Döring & Bortz, 2016, S. 184). Mittlerweile besteht weitgehend Einigkeit darüber, dass jeder Ansatz Vor- und Nachteile mit sich bringt. Häufig werden beide Methoden als Mixed-Method kombiniert. Die Qualität einer Studie zeichnet sich dadurch aus, dass anhand des Forschungsgegenstands entschieden wird, welches Forschungsdesign am besten geeignet ist (Döring & Bortz, 2016, S. 184). Der qualitative Forschungsansatz folgt dem Prinzip der Hermeneutik und interpretiert systematisch Textmaterial. Er stützt sich dabei auf das Prinzip der Offenheit. Offenheit gegenüber dem Neuen, dem Unbekannten. Er steht somit dem quantitativen Ansatz gegenüber, der nach

standardisierten Prinzipien erfolgt. Werden Antworten standardisiert, kann nicht auf neue Themen aufmerksam gemacht, es kann nur auf Zusammenhänge zwischen einzelnen Themen hingewiesen werden, beziehungsweise es können Theorien überprüft werden (Döring & Bortz, 2016, S. 184). Die qualitative Methode wird deshalb dann eingesetzt, wenn es darum geht, subjektive Meinungen zu erkunden, die Rückschlüsse auf Neues geben. Sie ist subjektbezogen und widmet sich den Sichtweisen der Akteur:innen sowie deren Interaktionsmustern. Dabei konzentriert sie sich auf die Analyse eines kleinen Samples, das in seinem natürlichen Umfeld untersucht wird. Ein weiteres Prinzip der qualitativen Forschung ist die Gegenstandsorientierung. Dies bedeutet, dass nicht das eine standardisierte Verfahren zur Auswertung genutzt wird, sondern auf eine große Bandbreite an Erhebungs- und Auswertungsmethoden zurückgegriffen wird. Im jeweiligen Projekt wird dann geschaut, gemessen am Forschungsgegenstand und an den Forschungsfragen, welche Methode die geeignetste ist. Qualitative Forschung ist somit in ihrer Handhabung flexibel und hat im besten Fall eine Theoriebildung zur Folge (Döring & Bortz, 2016, S. 184). Als weitere Besonderheit des qualitativen Vorgehens ist die Prozessorientierung zu nennen, die auf den Großteil der qualitativen Auswertungsmethoden zutrifft. Im Gegensatz zum quantitativen Design beinhaltet es mehr zirkuläre Elemente als linear-chronologische. Für die Forschungsfrage bedeutet dies, dass sie im Laufe des Prozesses besonders dann, wenn explorativ vorgegangen wird, immer wieder verändert werden kann. Das Forschungsdesign und die Forschungsfragen können sich im Laufe des Prozesses noch verändern, besonders dann, wenn explorativ vorgegangen wird (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2019, S. 106).

## **6.2 Stichprobe**

Bei der Stichprobe handelt es sich um eine gezielt homogene Stichprobe. Die zu untersuchenden Einheiten der Zielgruppe, der das Forschungsinteresse gilt, wurden über wenige Rekrutierungswege angesprochen und ein kleines Sample kreiert. Da die Studie einen qualitativen Ansatz verfolgt, wurde dem Stichprobenverständnis keine dem Zufall geschuldete Auswahl zu Grunde gelegt. Vielmehr wurde durch die gezielte Wahl („purposive/ purposeful sampling“) (Döring & Bortz, 2016, S. 302) von einigen wenigen Fällen versucht, „die Bandbreite der Erscheinungsformen des untersuchten sozialen Sachverhalts möglichst erschöpfend abzubilden“ (Döring & Bortz, 2016, S. 302). Die Stichprobe umfasste deutschsprachige Frauen, die

mindestens 25 und maximal 40 Jahre alt waren. Grund hierfür ist die Richtlinie des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung, die besagt, dass nur Versicherte, die das 25. Lebensjahr und weibliche Versicherte, die maximal 40 Jahre alt sind, Anspruch auf Leistungen zur künstlichen Befruchtung haben (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2017, S. 4).

Teilnehmen konnten Frauen, die sich auf Grund eines unerfüllten Kinderwunsches in reproduktions-medizinischer Behandlung befinden oder befunden haben. Da die meisten reproduktionsmedizinischen Behandlungen an der Frau stattfinden (Wippermann, 2020, S. 102), entschloss sich die Autorin, auch aus forschungsökonomischen Gründen, keine Männer zu befragen und den Fokus der Studie auf Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch zu legen. Dabei wurde die Stichprobe für die qualitative Inhaltsanalyse zielgerichtet ausgewählt. Die Anzahl von  $n = 5$  begrenzt sicherlich die Möglichkeit der Generalisierung, dennoch wurde versucht, Teilnehmer:innen in maximaler Variationsbreite auszuwählen. Dies ist eine der am häufigsten angewendeten zielgerichteten Stichprobenmethoden. Die Stichprobe orientierte sich dabei an Kontrasten hinsichtlich Dauer der Unfruchtbarkeit, Art der Infertilität (primär oder sekundär) und Kinderlosigkeit bzw. Elternschaft und „aktueller Stand der Kinderwunschbehandlung“. Die Kontrastierung stellt ein wichtiges Grundprinzip zur Stichprobenwahl in qualitativen Studien dar (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2019, S. 114). Bei dieser Methode werden die Teilnehmer:innen zielgerichtet und mit einer großen Variationsbreite in Bezug auf das zu untersuchende Thema ausgewählt. Durch die Auswahl von Teilnehmenden mit unterschiedlichen Sichtweisen und Meinungen können die Forscher:innen reichere Daten und ein besseres Verständnis erreichen. Das Führen von einem Pre-Test half der Autorin zunächst, den Kontext zu verstehen, die Durchführbarkeit der Methoden zu beurteilen und die Leitfragen zu vervollständigen und zu optimieren. Dieser Ansatz ist für qualitative Studien geeignet, da er tiefgehend und flexibel ist (Weichbold, 2019, S. 349).

Die Studie wurde einer Gynäkologin, Reproduktionsmedizinerin und Inhaberin einer Naturheilpraxis mit Schwerpunkt unerfüllter Kinderwunsch zugesandt. Sie konnten keine Interessent:innen für die Studie gewinnen. Die Autorin nutzte daher auf Empfehlung das Medium Instagram zur Rekrutierung von möglichen Interviewpartner:innen. Auf mehr als sechzig gestellte persönliche Anfragen erhielt die Autorin 15 Rückschriften. Davon äußerten neun Personen, das Thema als wichtig

zu erachten, konnten sich in ihrer momentanen Situation jedoch kein Gespräch dazu vorstellen. Fünf Frauen stimmten dem Interview zu.

Teilnehmerin 1 ist 36 Jahre alt, evangelisch und kinderlos. Sie hat ein Hochschulstudium absolviert und arbeitet als Kulturschaffende. Seit viereinhalb Jahren ist sie mit ihrem jetzigen Ehemann zusammen und hat im Januar 2020 die reproduktionsmedizinische Behandlung aufgenommen, die von der Krankenkasse finanziert wird. Die Autorin stellte den Kontakt über Instagram her.

Teilnehmerin 2 ist 33 Jahre alt und konfessionslos. Sie hat einen Sohn von 15 Jahren. Sie hat einen Realschulabschluss und ist freiberuflich tätig. Mit ihrem Ehemann, der nicht der Vater ihres Kindes ist, ist sie seit zehn Jahren zusammen. Die reproduktionsmedizinische Behandlung hat sie trotz ihres weiter bestehenden unerfüllten Kinderwunsches beendet. Die Autorin stellte den Kontakt über Instagram her.

Teilnehmerin 3 ist 40 Jahre alt, evangelisch und kinderlos. Sie hat einen Hochschulabschluss und arbeitet im sozialen Bereich. Sie ist seit sechs Jahren mit ihrem Partner liiert, jedoch nicht verheiratet. Seit Dezember 2018 befindet sie sich in reproduktionsmedizinischer Behandlung. Die Autorin stellte den Kontakt über Instagram her.

Teilnehmerin 4 ist 38 Jahre alt, evangelisch und in der 17. Woche schwanger. Sie ist ledig, hat Fachabitur und arbeitet im Gesundheitssektor. Mit ihrem Partner ist sie seit elf Jahren zusammen. Im Oktober 2020 begann sie die reproduktionsmedizinische Behandlung, die sie privat bezahlt. Den Kontakt stellt die Autorin über eine entfernte Bekannte her.

Teilnehmerin 5 ist 36 Jahre alt, katholisch. Sie hat bereits einen Sohn von zehn Jahren aus erster Ehe. Sie hat Abitur und arbeitet als Angestellte. Sie hat im Juli 2020 nach fünf Jahren Beziehung erneut geheiratet. Seit Mai 2021 befindet sie sich in reproduktionsmedizinischer Behandlung. Die Autorin stellt den Kontakt über Instagram her.

Die Termine für ein geplantes Interview mit einer sechsten Frau hat diese mehrmals verschoben. Den zuletzt genannten Termin nahm sie nicht wahr. Die Autorin konnte sie danach nicht mehr erreichen.

## **6.3 Datenerhebung**

### **6.3.1 Halbstrukturiertes Interview**

Interviews als Forschungsmethode sind besonders gut für vertiefte Exploration von Argumenten und Gedanken geeignet (Mey & Mruck, 2010, S. 431). Die in dieser Studie verwendete Datenerfassungstechnik waren halbstrukturierte Interviews von Angesicht zu Angesicht und Gesprächsnotizen (Postskriptum), beziehungsweise Online-Interviews und Gesprächsnotizen. Das halbstrukturierte Interview basierte auf einem Leitfaden. Im Sinne von Mey und Mruck (Mey & Mruck, 2010, S. 431) dient dieser im Vorfeld des Interviews der Strukturierung des Erkenntnisinteresses und des eigenen Wissens und während des Gespräches zur Überprüfung, ob alle wichtigen Fragen beantwortet wurden. Der Leitfaden enthielt fünf Kategorien mit jeweils einer Leitfrage, zu denen sich die Interviewten frei äußern konnten. Durch den Leitfaden erhielt das Interview eine gewisse Ordnung und Orientierung, ermöglichte der Interviewenden aber persönliche Anpassungsmöglichkeiten, um den Gesprächsfluss am Laufen zu halten (Döring & Bortz, 2016, S. 358). So ist es in einem solchen Leitfadeninterview möglich, der Situation angemessen folgend, vom Leitfaden abzuweichen, um Fragen zur Vertiefung und zum Verständnis zu stellen (Döring & Bortz, 2016, S. 372). Die demografischen Fragen betrafen unter anderem das Alter, die Dauer der Partnerschaft, das Bildungsniveau, den Zeitpunkt des Beginns der reproduktionsmedizinischen Behandlung. Der vollständige Bogen, der den Teilnehmenden gemeinsam mit der Datenschutzvereinbarung im Vorfeld der Interviews zugeschickt wurde, findet sich im Anhang (Anhang A3).

### **6.3.2 Interviewmodus**

Im Vorfeld aller Interviews fanden zwischen der Autorin und den an dem Interview interessierten Frauen Telefonate statt. Damit ein Interview mit einem sehr intimen Thema zustande kommt und die teilnehmende Person frei und unbefangen erzählen kann, ist eine vertrauensvolle Atmosphäre zwischen beiden Parteien Voraussetzung. Um dies zu erreichen, hat das Vorgespräch eine bedeutende Funktion (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 87). Hilfreich erschien es, den teilnehmenden Personen vorab einen Einblick zu geben, welchen Zweck die Studie verfolgt: Welche Bedeutung hat das Projekt und zu welchen Zielen soll es führen? Auch das persönliche Interesse der Autorin kann benannt werden (Entwicklung sexual-beraterischer Methoden für Menschen mit unerfülltem Kinderwunsch). Dennoch sollte darauf geachtet werden,

nicht zu viel vom Inhalt des Forschungsvorhabens preiszugeben, um die Forschungsergebnisse möglichst unbeeinflusst zu lassen (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 44). Zwei der fünf durchgeführten Interviews fanden als Face to Face-Interviews statt, drei als Online-Leitfaden-Interview. Der Vorteil des Online-Leitfaden-Interviews lag für die Autorin in der Rekrutierung der Stichprobe. Durch die Möglichkeit, auch Online-Interviews durchzuführen, konnte der Kreis der möglichen Interviewpartnerinnen geografisch ausgeweitet werden (Döring & Bortz, 2016, S. 374). Weiterhin orientierte sich die Autorin an den zu dem Zeitpunkt der Interviews geltenden Hinweise zur Prävention einer CoV-2-Infektion, wonach ein Interview vor Ort in einem geschlossenen Raum ein gesteigertes Infektionsrisiko durch Aerosole und Tröpfcheninfektion mit sich bringt. Eine möglicherweise auftretende Erkältung hätte die Frauen dazu gezwungen, den aktuellen reproduktionsmedizinischen Behandlungszyklus zu unterbrechen. Dieses Risiko wollte die Autorin nicht eingehen. Die zwei Face-to-Face durchgeführten Interviews fanden im Freien und mit einem Negativ-Test statt. Alle Interviews wurden mit dem Einverständnis der Teilnehmer:innen mit einem digitalen Aufnahmegerät aufgezeichnet. Zusätzlich wurden nach jedem Interview zeitnah Gesprächsnotizen verfasst. Die Notizen stützten die primären Antworten der Befragten sowie die ersten analytischen Überlegungen aus dem Inhalt der Interviews und alle geeigneten Beobachtungen, die nicht durch die digitale Aufzeichnung aufgenommen werden konnten. Die Interviews wurden anonymisiert transkribiert. Die Anonymisierung bedeutet Orte, Beruf oder andere auf die teilnehmende Person zurückzuführenden Details so weit zu verallgemeinern, dass keine Rückschlüsse auf die Person gezogen werden können. Personennamen, die im Interview genannt wurden, wurden im Transkript durch andere Namen ersetzt. Teilweise wurden zur Wahrung der Anonymität der Gesprächspartnerinnen einige Transkripte umfassend von Aussagen bereinigt, die Rückschlüsse auf die Interviewpartnerinnen zulassen. Diese Kürzungen geschahen in Absprache mit den interviewten Personen. Die der Transkription zugrundeliegenden Regeln nach Kuckartz (Kuckartz, 2018, S. 167) finden sich im Anhang (Anhang A5).

#### **6.4 Qualitative Inhaltsanalyse**

Charakteristisch für qualitative Daten ist ihre große Vielfalt, die durch die teilstrukturierten Interviews gewonnen wurden (Anhang A7). Ein grundsätzliches Charakteristikum von qualitativer Forschung ist das Prinzip der Offenheit, weshalb die

Autorin sich gegen die Formulierung von Forschungshypothesen entschieden hat. Diese dienen dazu, bestehende Theorien zu testen. Die Autorin will aber vielmehr durch die Auswertung der Forschungsfragen Konzepte aus den Kategorien entwickeln, die zu neuen Theorien führen können oder Theorien ergänzen. Sie folgt dem Ansatz von Kuckartz, der von hermeneutischen Grundprinzipien geprägt ist (Kuckartz, 2018, S. 16). Dies bedeutet, statt von einem vordefinierten Kategoriensystem und einer relativ starren Forschungsfrage ausgehend, kann sich beides im Prozess verändern. Die deduktiven Kategorien orientieren sich lediglich im ersten Schritt an den Themenbereichen der Leitfragen des Interviewleitfadens. Nach der initiierenden Textarbeit werden am erfragten Material die Oberkategorien präzisiert und Unterkategorien zur Vertiefung entwickelt (Kuckartz, 2018, S. 83, 181). Indem die Autorin immer wieder in die vorigen Arbeitsschritte eintaucht, um gegebenenfalls Anpassungen vorzunehmen, sowohl an der Forschungsfrage als auch am Kategoriensystem, kann dem Anspruch nach Offenheit des qualitativen Forschungsvorhabens auch in diesem Prozess Rechnung getragen werden. Die qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz folgt demnach nicht festgeschriebenen Schritten, die einer nach dem anderen abgeschlossen werden, sondern offenen Phasen, die dynamisch betreten und wieder verlassen werden. Das Ablaufschema erinnert auch an den hermeneutischen Zirkel (siehe Abbildung 2). Die Autorin ist sich im Auswertungsprozess ihrer Rolle im Forschungsprozess und über ein weiteres Gütekriterium qualitativer Forschung, das Kriterium der „reflektierten Subjektivität“ (Döring & Bortz, 2016, S. 111), bewusst.

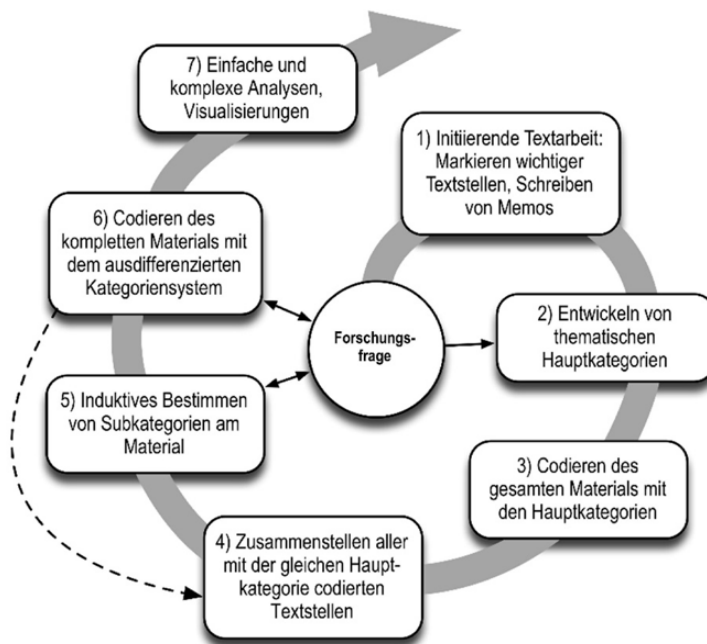


Abbildung 2: Ablaufschema einer inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2018, S. 100)

Für die vorliegende Arbeit ist anzumerken, dass die Interviewten alle in dem Wissen von sich erzählt haben, dass das Geäußerte für eine wissenschaftliche Arbeit aufgezeichnet wird. Die Aussagen sind dadurch eventuell eingefärbt. Zudem ist trotz der Anonymisierung nicht auszuschließen, dass die Aussagen hin zu sozialer Erwünschtheit oder erwünschter Deutung angepasst wurden. Da die Größe oder das Vorhandensein dieses Effekts keinesfalls präzise angegeben werden kann, werden die Interviews so betrachtet, als ob es diesen Effekt nicht geben würde.

## **7 Forschungsethik und Datenschutz**

Empirisch zu forschen, birgt das Problem des Datenschutzes und verlangt einen verantwortungsvollen, ethischen Umgang mit den Forschungspersonen. Speziell in dieser Studie steht der verantwortungsvolle pflichtgemäße Umgang bei der Datenerhebung und der Datenanalyse im Zentrum gemäß den Ethikrichtlinien der einzelnen Sozial- und Humanwissenschaften mit den drei Prinzipien:

1. Freiwilligkeit und informierte Einwilligung,
2. Schutz vor Beeinträchtigung und Schädigung und
3. Anonymisierung und Vertraulichkeit der Daten (Döring & Bortz, 2016, S. 123).

Der Zugang zu den Interviewpartnerinnen und die Kontaktabbahnung fand über soziale Netzwerke und „Türwächter:innen“ (Helfferich, 2011, S. 175), wie Gynäkolog:innen, Reproduktionsmediziner:innen, statt. Weiterhin nutzte die Autorin den Zugang über Bekannte, die in ihrem Umfeld Informationen über die Studie streuten. Als Auswahlkriterium galt jedoch, dass die Autorin in keinem nahen bzw. bekannten Verhältnis zur Erzählperson steht, um die Neutralität zu wahren (Döring & Bortz, 2016, S. 110). Um den Datenschutz zu gewähren, bat die Autorin um das Einverständnis für die Weitergabe der Daten (Helfferich, 2011, S. 175). Hatten sich die Interessentinnen auf die Anfrage der Autorin via Messenger-Nachrichten oder Mails zurückgemeldet, sandte die Autorin ihnen per Mail das Informationsblatt der Studie (Anhang A1). Um in Folge den „informed consent“ (Döring & Bortz, 2016, S. 124) zu gewährleisten, nahm die Autorin telefonisch Kontakt zu den Interessentinnen auf und führte ein erstes Telefonat. In diesem informierte die Autorin über die Zielsetzung und Durchführung der Studie und ging auf offene Fragen ein.

Es ist vorstellbar, dass die Auseinandersetzung mit dem unerfüllten Kinderwunsch und die Preisgabe (sehr) intimer Informationen rund um die eigene Sexualität etwas in den Befragungspersonen auslöst. Durch die offene Fragestellung und die



Möglichkeit, Fragen nicht zu beantworten beziehungsweise das Interview jederzeit abbrechen zu können, scheint es der Autorin ethisch zumutbar, die Frauen zu eben diesen intimen Sachverhältnissen zu befragen. Hier dienen die „üblichen Befindlichkeitsschwankungen im Alltag als Vergleichsmaßstab“ (Döring & Bortz, 2016, S. 127). Die Befragungspersonen geraten durch Alltagssituationen in ähnliche Stimmungen. Die Gefahr einer Beeinträchtigung und Schädigung durch die Befragungssituation ist somit als minimales Risiko einzuschätzen. Sollte es dennoch durch das Interview zu einem Unwohlsein oder zu einer Belastung kommen, vermittelt die Autorin an eine entsprechende Fachberatungsstelle.

Als deutlich wahrscheinlichere Gefährdung durch die Teilnahme an der Studie gegenüber dem eigentlichen Untersuchungsvorhaben gilt die „Verletzung von Vertraulichkeitszusagen“ (Hopf, 2016, S. 199). Die Autorin verpflichtet sich deshalb während der Bearbeitung der Masterarbeit und darüber hinaus dem zum Schutz der Daten der Befragungspersonen bestehenden Datenschutzgesetz Art. 32 DSGVO. zu entsprechen. Erhoben werden ausschließlich Angaben, die dem Zweck des Forschungsvorhabens dienen. Alle personenbezogenen Daten werden anonymisiert, sodass spätere Rückschlüsse auf die dahinterstehenden Personen nicht mehr möglich sind. Die Anonymisierung findet während der Transkription statt, sodass das Risiko der Rückführbarkeit auf die Person hinreichend gemindert ist.

## **8 Darstellung der Ergebnisse**

Im folgenden Kapitel werden die Forschungsergebnisse der fünf durchgeführten Interviews vorgestellt. Mit Hilfe der computergestützten Analyse des Transkriptions- und Analyseprogrammes MaxQDA wurde ein hierarchisches Kategoriensystem mit mehreren Ebenen konstruiert. Das System besteht aus Haupt-, bzw. Oberkategorien (Code) und den jeweiligen Unterkategorien (Subcode). Teilweise sind die Unterkategorien in weitere Unterkategorien (Subsubcode) unterteilt. Die Ergebnisse der einzelnen Kategorien werden thematisch sortiert und interpretationsfrei dargestellt, miteinander verglichen und mit Originalzitate belegt. Die Autorin nutzt zudem thematisch orientierte Zusammenfassungen (Summaries). Dadurch können nicht nur Originalzitate, sondern „deren komprimierte analytische Bearbeitungen“ miteinander verglichen werden (Kuckartz, 2018, S. 115).

## 8.1 Ergebnisdarstellung des Kategoriensystems nach MaxQDA

Zur Verdeutlichung des Code-Subcode-Subsubcodes-Modells wird zu Beginn der Einführung einer jeden Haupt- bzw. Oberkategorie dieses Modell bildhaft dargestellt (Abb.3 – Abb.5). Ebenso wird die Definition der jeweiligen Hauptkategorie erläutert. Die vollständige Darstellung aller Code-Definitionen findet sich im Code-Buch im Anhang dieser Arbeit (Anhang A6). Den Kategorien sind die jeweiligen Segmente aus den fünf Interviews zugeordnet. In der bildhaften Darstellung gibt die Zahl in der Klammer hinter jedem Code, Subcode, Subsubcode die jeweilige Anzahl der Segmente an, die entsprechend codiert wurde.

## 8.2 Unerfüllter Kinderwunsch

In dieser Hauptkategorie wird das Phänomen unerfüllter Kinderwunsch aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet. So kommen beispielsweise die Motive für die Elternschaft, der Kinderwunsch in der Biographie der Befragten und ihr Körpererleben zur Sprache.

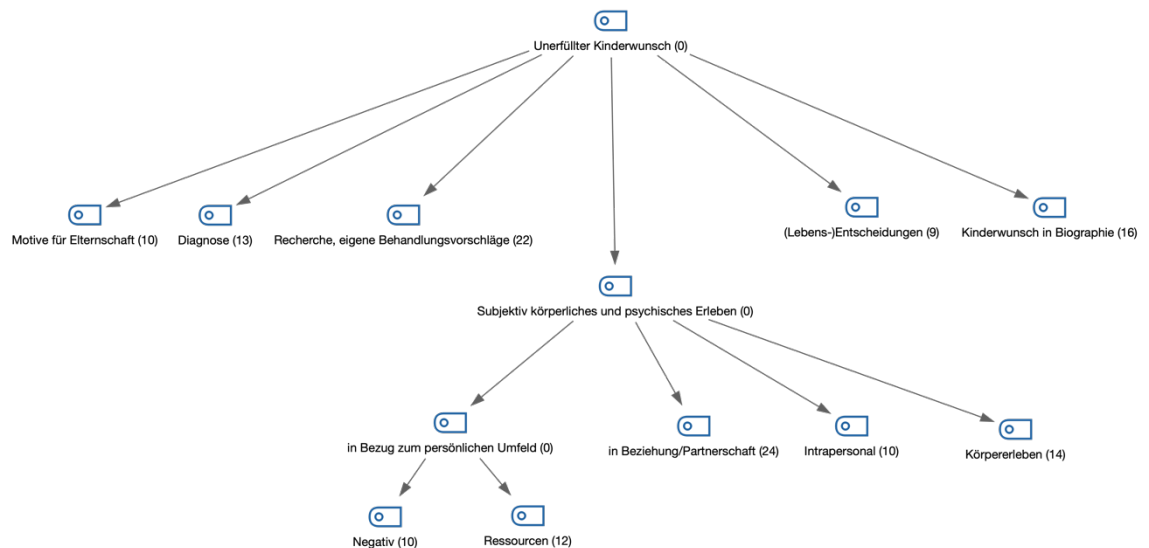


Abbildung 3: Kategorienbaum Unerfüllter Kinderwunsch

### 8.2.1 Motive für Elternschaft

In diesem Subcode werden Textstellen beschrieben, die einen eindeutigen Bezug zu den Motiven für eine Elternschaft und auch die generativen Entscheidungsprozesse haben. Auch die Motive der Lebenspartner werden dargestellt.

T1 hat ein klares Bild ihrer Mutterschaft. Hatte sie sich ursprünglich mehrere Kinder gewünscht, ist heute "ein gesundes Kind. Und das dann erziehen" (T1, 770) ihr Ziel. Nachdem sie mit Reisen, Party machen ein eigenständiges Leben führte, ist sie jetzt bereit "[...] total übermüdet am Spielplatz [zu] sitzen und [zu]zugucken, wie Kinder irgendeinen Scheiß machen" (T1, 774). Dies sei ihr größter Wunsch, der jedoch "natürlich auch nicht das aktuelle Leben kaputtmachen [darf]" (T1, 778).

Für T3 ist es schon immer Ziel ihres "Lebens einfach eine Familie zu haben" (T3, 107). Dabei ließ sie sich von der Vorstellung leiten: "Dann hat man irgendwann eine Ausbildung oder ein Studium und dann lernt man einen Mann kennen und-. Oder da baut man ein Haus, man heiratet und dann kriegt man zwei Kinder. So das klassische Rollenbild" (T3, 98). Falls das nicht klappt, stellt sie sich auch eine Samenspende im Ausland vor, um schwanger zu werden. Die starken Motive für ihre Mutterschaft formuliert sie so: "Ja, einen Menschen aufwachsen zu sehen, den begleiten zu können, den fördern zu können, für den da sein zu können. Ja, auch ein Stück weit sich selber so zurücknehmen zu müssen, um einfach auch für einen anderen Menschen sorgen zu können" (T3, 108).

Der Partner von T3 kommt nach dem Tod der eigenen Mutter zur Erkenntnis, "dass Kinder haben halt noch mal, ja, einen ganz anderen Lebensinhalt gibt" (T3, 352).

Für T4 ist in ihrem Wertesystem von jungen Jahren an unhinterfragt klar: "[...] auch so unbewusst, seitdem ich eine junge Frau bin. Also das ist schon in meinem Wertesystem so verankert, dass ich auch eigentlich immer das Gefühl habe, ich werde Mutter" (T4, 137). Im Laufe der Zeit des unerfüllten Kinderwunsches nimmt sie jedoch von einer "romantisierenden Vorstellung" (T4, 49) von Mutterschaft Abschied. Hilfreich dabei ist für sie ihre langjährige Arbeit mit Familien.

Eine Familie zu haben, gehört für T5 unabdingbar zu einem glücklichen Leben. Damit verbindet sie das starke Gefühl, nicht alleine zu sein. Das überträgt sie auch auf ihren Sohn. Ohne Geschwister zu sein, würde für ihn bedeuten: "Der ist komplett alleine, komplett (T5, 560). Darauf gründet ihr Wunsch, erneut schwanger werden zu wollen. Ihrem Partner bescheinigt T5 "er möchte ein eigenes Kind haben, damit er zeigen kann, erziehen kann. Und dass er auch ein guter Vater sein wird" (T5, 382).

### 8.2.2 Diagnose

In diesem Subcode werden Aussagen zur Diagnose der Infertilität getroffen und Hypothesen für die Infertilität genannt.

T1 und ihr Partner haben keine klar diagnostizierbare organische Fertilitätsstörung. Lediglich das Nichteintreten einer Schwangerschaft, nach dem von der WHO definierten Zeitraum von zwölf Monaten ungeschützten Verkehrs liegt vor (T1, 186). Als Hypothese zieht sie ein Einnistungsthema in Betracht (T1, 244). Eine psychische (Mit-)Verursachung schließt sie aus (T1, 636).

T2 leidet unter häufigen Zystenbildungen an den primären Geschlechtsorganen. Im Zuge ihres unerfüllten Kinderwunsches thematisiert sie dies bei ihren Gynäkolog:innen. Erst als sie behauptet, die Zysten würden ihr Schmerzen bereiten, wird sie diesbezüglich durch eine Bauchspiegelung untersucht und der Zufallsbefund einer Endometriose ergibt sich (T2, 59). Diese ist so weit infiltriert, dass eine Spontanschwangerschaft nicht mehr eintreten kann. Die Endometriose führt dazu, dass es nicht mehr zu einem regelmäßigen Eisprung kommt und sie in der zweiten Zyklushälfte unter einem Progesteronmangel leidet. Die Gewissheit der Diagnose stimmt sie dankbar, da diese nun mit ihrem "inneren Gefühl übereinkomme" (T2, 134). Rückblickend ist dieses Körpergefühl auch ihre Hypothese für das Nichteintreten einer Schwangerschaft: Sie denke, "dass der Körper wirklich andere Baustellen hat" (T2, 93).

Zu Beginn der Behandlung ist der Partner von T3 49 Jahre alt. Die vorgenommenen Spermioogramme weisen eine geringe Spermienqualität auf, sodass er bei der Versicherung als der Verursacher der Infertilität gilt (T1, 87).

Die Messung der Ovarialreserve ergibt bei T4 einen für ihr Alter entsprechenden unterdurchschnittlichen Anti-Müller-Hormon-Spiegel. Weiterhin erinnert sie sich, dass in ihren Unterlagen von ihrem Hashimoto-Wert die Rede war.

Ein "eindeutiges Störungsbild" (T4, 182) sei ihr nicht in Erinnerung geblieben, die Diagnose sei aber im Zuge der Behandlung auch "nicht groß thematisiert" worden (T4, 185). Auf die Frage, ob sie eine Hypothese habe, gibt sie Folgendes zur Antwort: "Ich glaube einfach, dass es im Nachhinein betrachtet für uns beide wichtig war, bestimmte partnerschaftliche Themen zu klären, irgendwie. Beziehungsweise wir haben das dann so gesehen, dass das Gute daran ist, dass wir noch Zeit hatten, viele

Themen klären zu können, um dann sozusagen diese Entscheidung zu treffen aus einem guten Bauchgefühl heraus. Und ja, also das war irgendwie so die Vermutung, dass es einfach für uns beide ein bisschen gebraucht hat. Vielleicht gibt es auch eigene Themen oder- und dann Themen, die zusammenkommen. Ja, ja. Ob man das dann eigentlich auch will richtig, nicht? Ja" (T4, 189).

T5 berichtet, dass "ihre Eierstöcke viele Eibläschen produzieren" und deshalb der Verdacht auf PCOS im Raum stand, der sich jedoch nicht bestätigte (T5, 22). Sie leide jedoch an Hashimoto und sei deshalb medikamentös eingestellt. Die Ursache für das Nichteintreten einer Schwangerschaft läge laut den Ärzt:innen bei ihrem Ehemann, dieser habe ein auffälliges Spermogramm.

### **8.2.3 Recherche/eigene Behandlungsvorschläge**

Unter diesem Subcode werden Aussagen getroffen über eigenes Recherchieren, über eigene Behandlungsvorschläge, an das medizinische Fachpersonal gerichtet, und Behandlungen, die die Person selbstständig macht. Ebenso werden hier Aussagen über alternative Heilmethoden abgebildet.

T1 wird von ihrem behandelnden Arzt auch nach eineinhalb Jahren mit einem "Dauert halt manchmal" (T1, 54) abgespeist. Erst ihre Intervention führt zu einer Diagnostik. Nach eigenen Recherchen wählt sie ein Kinderwunschzentrum. Trotzdem will sie für die weitere Behandlung eine "Zweitmeinung" einholen (T1, 171). Die Ergebnisse ihrer Recherche will sie dann gegebenenfalls an ihre "gute Schema-F-Klinik" herantragen, die "man dann auch überreden kann, zu Dingen" (T1, 173). Bei den vorangegangenen Versuchen besteht sie nachdrücklich auf zusätzliche Medikation (Kortison, Omega-Veneninfusionen) und verlangt zudem weitere diagnostische Verfahren (Bluttest zur Messung des Progesteronwertes, der Lutealphase), basierend auf Recherchen im Internet und Beiträgen auf Instagram. Diese führen auch zu einem veränderten Lebensstil: "Kein Zucker. Kein Kaffee. Und halt fast nur so Bio-Sachen" (T1, 345).

T2 versucht, ihre Chancen schwanger zu werden, zu optimieren, indem sie zu alternativen Mitteln greift: "[...] ich habe nach jedem Strohhalm gegriffen in der Zeit auch, ob es jetzt irgendwelche ich sage mal Unterleibsmassagen waren oder irgendwelche Tees, die ich getrunken habe. Irgendwelche chinesischen, die die

Eileiter wieder freimachen sollten. Man macht alles. Hauptsache es besteht ein Funken Hoffnung, dass es funktionieren könnte" (T2, 542).

Von Anfang an informiert T3 sich selbst umfassend, um keine Zeit zu verlieren. So bemüht sie sich vor einer gynäkologischen Diagnose schon um einen Termin in einem Kinderwunschzentrum. Sie hat die Vorstellung, der Wunsch erfülle sich, "wenn [ich] einfach nur genug daran arbeiten, genug über das Thema wissen, mich mit allen möglichen Dingen auseinandersetzen [würde]. Alle möglichen Behandlungsformen, zusätzlichen Behandlungsformen. Ich muss einfach alles wissen, wissen, wissen, wissen" (T3, 441). Mittlerweile schätzt T3 ihr Bemühen um allumfängliches Wissen so ein: "Und manches Wissen bringt mich gar nicht weiter, sondern führt mich nur noch mehr in die Versuchung, mir über Geld und über zusätzliche Möglichkeiten mehr Sicherheit zu erkaufen. Aber die Sicherheit gibt es leider nicht" (T3, 454).

Trotzdem ist sie bereit "vo[m] Heilpraktiker über traditionelle chinesische Medizin, über Nahrungsmittelergänzung, über Yoga, über Sport, über- " (T3, 446) zu investieren.

Nach einem Jahr erfolgloser Versuche wendet sich T5 an ihre Frauenärztin und überzeugt sie davon, eine Diagnostik durchzuführen. Sie selbst unterzieht sich zwei Jahre lang Monat für Monat vor Eintreten der Periode mehreren Schwangerschaftstests. Dieses "Stricheraten" mache sie "wahnsinnig", doch könne sie nicht bis zum Zyklusende warten, ob sie in diesem Zyklus empfangen habe oder nicht.

Darüber hinaus habe sie die Basaltemperatur gemessen, Zyklus-Apps gekauft und eine Menstruationstasse "sogar nach dem Sex reingeschoben, damit nichts rausschwimmt" (T5, 332). Nach der Heirat sucht sie nach einer Krankenkasse mit den besten Leistungen für die reproduktionsmedizinische Behandlung und wechselt zu dieser. In der reproduktionsmedizinischen Praxis gibt sie konkrete Anweisungen: "Ich lass mir auch direkt zwei Embryo-Eizellen einsetzen, also beziehungsweise Blastozysten. Ich werde auch direkt zur verlängerten Kultur die Eier schicken, damit die sich schön weiterentwickeln" (T5, 471). Hauptsächlich recherchiert sie auf Instagram und erhält dort für sie wertvolle Hinweise. Sie selbst ist dort jetzt auch aktiv und erfährt die Gemeinschaft der Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch als unterstützend.

#### 8.2.4 (Lebens-) Entscheidungen

In dieser Kategorie werden folgende Aspekte genannt: Verzicht, Handlungstendenzen, was nimmt die Person alles für den unerfüllten Kinderwunsch auf sich. Welche Entscheidungen hat die Person rund um das Thema unerfüllter Kinderwunsch getroffen; wofür oder wogegen hat sie sich "nur" auf Grund des unerfüllten Kinderwunsches entschieden.

Die Zeit der reproduktionsmedizinischen Behandlung beschreibt T2 als tief einschränkende Lebensphase: "Ich habe nicht mehr gelebt" (T2, 361). So war die Planung ihres Alltags, ihrer Bedürfnisse komplett auf die Behandlung ausgerichtet. "Ich habe nur gedacht: ‚Da könnte der Transfer sein‘. Also nicht ‚Da ist er, sondern da könnte er sein.‘ So haben wir geplant" (T2, 362).

T3 beschreibt, dass der unerfüllte Kinderwunsch "[...] immer wieder auch mit Verzicht verbunden[...]" (T3, 193) sei. Sie habe nicht mehr so viel Zeit für ihre Freunde, hätte Urlaube verschoben. Mit einem sehr hohen Energieaufwand muss sie ihren Vollzeitjob und die Behandlung, die nicht am Wohnort stattfindet, vereinbaren. Dabei geht ihr "[...] die Leichtigkeit des Lebens eigentlich verloren [...]" (T3, 196).

Der seit über zehn Jahren bestehende Kinderwunsch hat bei T4 keinen Einfluss auf wichtige Lebensentscheidungen (T4, 135).

Trotz der Diagnose Infertilität ist es für T5 und ihren Partner keine Option, nur aus Gründen der Finanzierung einer reproduktionsmedizinischen Behandlung zu heiraten. Außerdem hegt ihr Partner still die Hoffnung, dass "es auch auf natürlichem Weg gehe" (T5, 83). Auf diesem Weg versucht das Paar zwei Jahre lang schwanger zu werden. Mittlerweile ist T5 36 Jahre alt und ihr Partner mit dem Entschluss an sie herantreten: "[...] wenn du bis 40 nicht schwanger bist, lass ich eine Vasektomie mit mir machen" (T5, 87). Über den unerfüllten Kinderwunsch hinaus lässt T5 "die wichtigen Sachen einfach links liegen" (T5, 539) und stellt fest: "Normalerweise sollte ich mich mehr um mein Kind kümmern, mehr Zeit für ihn opfern" (T5, 534). So plante das Paar auch Urlaub zu zweit während der "Eisprungzeit" (T5, 545). T5 fragt sich deshalb: "Wie weit geht man eigentlich? Das ist ja nicht mehr normal!" (T5, 545).

### 8.2.5 Kinderwunsch in Biographie

Diese Kategorie beschreibt den Zeitpunkt in der Biographie der Person, zu dem sich der Kinderwunsch entwickelt. Außerdem wird der Zeitpunkt benannt, zu dem die Person/das Paar feststellt, dass sich keine Schwangerschaft einstellt.

T1 ist 33 Jahre alt, als sie sich mit ihrem Partner dazu entscheidet, die Familienplanung zu beginnen. Sie sind ein knappes Jahr zusammen, als ihr klar wird, dass sie "den Partner fürs Leben" (T1, 13) gefunden hat. Die anfängliche Aufregung und Euphorie, die das "[...] jeden Monat könnte ich schwanger sein" (T1, 20) mit sich bringt, verliert zunehmend an Reiz.

Nach etwa einem Jahr konsultiert sie ihre:n Gynäkolog:in, nach einem weiteren Jahr erhält sie eine Überweisung für ein Kinderwunschzentrum. Sie befindet sich nun seit eineinhalb Jahren in der Kinderwunschbehandlung.

T2 ist mit ihrem Partner sieben Jahre zusammen, als sie sich im Jahr 2018 für ein gemeinsames Kind und eine Kinderwunschbehandlung entscheiden. T2 ist zu diesem Zeitpunkt 30 Jahre alt und ihr Partner 48 Jahre alt.

T3 entscheidet sich 2018 dazu, mit ihrem Partner nach drei Jahren Beziehung, aktiv eine Schwangerschaft anzustreben. Sie hat sich psychisch stabilisiert, davor "ging es [ihr] eine ganze Zeit psychisch nicht gut" (T1, 5). Damit sich ihre seelische Situation verbessert, wird sie medikamentös behandelt. Bei der Auswahl der Medikamente ist es ihr wichtig, dass diese "dem Kinderwunsch nicht entgegenspricht" (T1, 8).

Aufgrund ihres unregelmäßigen Zyklus' und dem für eine reproduktionsmedizinische Behandlung fortgeschrittenen Alters des Paares wird ihr klar, dass eine Behandlung rasch begonnen werden muss. Sie wendet sich deshalb im Jahr 2018 an ein Kinderwunschzentrum.

Einen "sehr doll zu spüren[den]" (T4, 7) Kinderwunsch nimmt T4 zum ersten Mal mit circa 27 Jahren wahr. Zu diesem Zeitpunkt ist sie mit ihrem Partner zwei Jahre zusammen. Nach weiteren zwei Jahren entscheidet sich das Paar zusammenzuziehen. Der Kinderwunsch besteht zwar bei beiden, doch die beiden "wollten [sich] auch erst einmal ein bisschen gemeinsam einfinden in der Wohnung" (T4, 12). Sie verhüten jedoch nicht. Ein Jahr später, mit 30 Jahren, fühlte sie sich wirklich bereit für eine Schwangerschaft. Diese stellte sich bis zu ihrem 37.



Lebensjahr nicht ein. Im Oktober 2020 wendet sich das Paar mit seinem unerfüllten Kinderwunsch an ein Kinderwunschzentrum.

T5 und ihr Partner lernen sich im Jahr 2016 kennen und entscheiden sich nach einem Jahr "ganz unverbindlich, ganz locker" (T5, 13), dazu die Verhütungsmittel wegzulassen. Doch eine Schwangerschaft stellt sich nicht ein. Die empfohlene ICSI kommt für das Paar aus diversen Gründen (Finanzierung, Einstellung des Partners zu ART) zum damaligen Zeitpunkt nicht in Frage, mit der Folge: "[...] dann haben wir (...) zwei Jahre Pause gemacht, also nach dem Motto: keine Kinderwunschklinik, weil, wir wollten einfach weiter funktionieren [...]" (T5, 93). Mit der Heirat und der Perspektive, die Behandlung von der Krankenkasse erstattet zu bekommen, entschließt sich das Paar im Mai 2021, mit der reproduktionsmedizinischen Behandlung zu beginnen.

## **8.2.6 Subjektiv körperliches und psychisches Erleben**

Unter diesem Subcode werden Aussagen getroffen, die Auskunft über das subjektive Körpererleben und die Körpererfahrung und/oder das psychische Erleben in Bezug auf den unerfüllten Kinderwunsch geben. Das Gehirn und der Körper werden als Ganzes betrachtet mit der Annahme, dass jeder Vorgang auf kognitiver und emotionaler Ebene seinen Spiegel im Körper hat und umgekehrt: Geist folgt Körper, Körper folgt Geist.

Weiterhin finden sich hier Aussagen über den Körper und/oder den Geist betreffende mehrdimensionale Erfahrungen und/oder Bewertungen: Un-(Wissen), Fantasien/Gedanken/Einstellungen/Bewertungen und Bedeutungszuschreibungen.

### **8.2.6.1 In Bezug zum persönlichen Umfeld**

Unter diesem Subsubcode finden sich Aussagen, die das Erleben des persönlichen Umfelds in Bezug zum unerfüllten Kinderwunsch beschreiben. Ebenso finden sich hier Aussagen darüber, wie das persönliche Umfeld auf den unerfüllten Kinderwunsch der Person/des Paares reagiert; auch die Handlungstendenzen, die die Person/das Paar zu ihrem Umfeld wählt. Themen wie Neid, Öffnung/Tabuisierung des unerfüllten Kinderwunsches gegenüber dem Umfeld werden genannt.

### 8.2.6.1.1 Ressourcen

Hier wird beschrieben, wie es der Person gelingt, hinsichtlich ihres unerfüllten Kinderwunsches auf ihre Situation Einfluss zu nehmen. Folgende Aspekte werden benannt: Ideen, was in der Situation rückblickend gut gewesen wäre, oder auch Berichte darüber, was tatsächlich die Situation erleichtert hat.

T1 äußert, dass sie sich mit Menschen, die Ähnliches erlebt haben, gut austauschen und Tipps annehmen kann. Bei Menschen ohne diese Erfahrung erlebt sie Einlassungen eher als unangenehm bis lästig: "Wenn mir da jemand zu nah kommt, dann ist so Explosionsgefahr. Da gehe ich lieber weg" (T1, 715).

Als angenehm empfindet sie es, wenn Menschen sie respektvoll in Ruhe lassen (T1, 714) oder sich genügend Zeit lassen, ihr wirklich zuzuhören. Dann kann sie auch Vorschläge annehmen, ohne sich quälend selbstkritische Fragen zu stellen (T1, 708).

„Wann ist es bei Euch soweit?“ (T2, 707). Immer wieder auf eine Schwangerschaft angesprochen, reißt T2 nach geraumer Zeit der Geduldsfaden: "Wir wollen Nachwuchs, aber ich kann keine Kinder kriegen auf natürlichem Weg. Wir sind im Kinderwunschzentrum" (T2, 712). Sie will damit der Umwelt und auch ihrem Mann deutlich machen, dass die Behandlung im Kinderwunschzentrum etwas Normales ist (T2, 718).

Den Kontakt mit Familien mit Kindern zu halten, ist für T3 selbstverständlich. "Den positiven Effekt von Kindern" nutzt sie für sich (T3, 150). Selbstverständlich ist für sie das Thema unerfüllter Kinderwunsch "in meinem Bekannten-, Verwandten-, Freundeskreis sehr offen" zu thematisieren (T3, 461), was dort durchaus "genervt[e]" Reaktionen hervorruft: „Du, hast du eigentlich noch mal ein anderes Thema?“ (T3, 463). Die Akzeptanz ihres Partners für ihren offenen Weg – auf Instagram ihre Kinderwunschkreise zu teilen – beschreibt sie mit: "Und, ja, das war eigentlich schon prägend" (T3, 469).

Verständnis erfährt sie durch Menschen, die selbst eine Kinderwunschbehandlung erlebt hatten, kinderlos geblieben waren und ihr jetzt Respekt zollen: „Dass du das jetzt noch mal machst und dich noch mal traust [...]" (T3, 529). Das Leiden an der Kinderlosigkeit beschreibt sie so: "Das ist eher auch ein Problem von Frauen" (T3, 534).

T4 kann sich ohne "Enttäuschungs- oder Neidgefühle" (T4, 596) mit Familien treffen. Sie ist sich darüber bewusst, dass diese Gefühle durchaus da sein könnten, spürt sie doch bei jeder neuen Schwangerschaft die Herausforderung, sich mitfreuen zu können (T4, 599). Dennoch bemerkt sie: "Ich habe weniger mit Enttäuschungsgefühlen dann zu tun. Ja, dankbarer Weise muss ich sagen, ja" (T4, 603).

Ein anfängliches Gefühl von Gestresstsein beim Ratschlag sich zu entspannen, weicht in der Reflektion der Erkenntnis: "[...] glaube ich manchmal, dass das einfach auch so ganz gut gemeinte Sätze sind" (T4, 557), da sie ihre "Neigung zur Anspannung" (T4, 560) kennt.

Über Instagram kann T5 unter einem Pseudonym-Konto offen über ihren unerfüllten Kinderwunsch sprechen, sich austauschen und wertvolle Unterstützung erfahren: "[...] man empfindet Sympathie und die gleichen Ziele und tauscht man Telefonnummern [...] und ja, auf jeden Fall viele Ratschläge, viele Tipps, was eigentlich viele Ärzte sagen sollten und nicht sagen sollten. Ja, ja. Auf jeden Fall absolut empfehlenswert" (T5, 597).

#### **8.2.6.1.2 Negativ**

Hier wird beschrieben, welche eindeutig negativ prägende Erfahrungen die Person/ das Paar im Bezug zum persönlichen Umfeld erlebt, beispielsweise durch Ratschläge oder das Verbalisieren einer Ultima Ratio.

Kränkend erlebt T1 eine Aussage ihres Bruders: "[...] willst du nicht einsehen irgendwie, dass es halt so von Mutter Natur ausgegeben wird" (T1, 615), wütend reagiert sie auf „Entspannt euch doch mal.“ (T1, 626). Um diese Reaktionen zu vermeiden, zieht sich T1 aus dem gesellschaftlichen Leben zurück, trifft sich nicht mehr mit Freund:innen und meidet soziale Kontakte, Besuche mit Familien finden nicht mehr statt: "Und das limitiert einen dann natürlich" (T1, 699). Schmerzlich berührt ist sie, als ihre Therapeutin von der Geburt ihres Kindes erzählt.

Völlig unangemessen findet sie die Einlassung eines Freundes: ‚Ihr müsst einfach mal richtig geilen Sex haben.‘ Ich so ‚Danke, Dennis. Echt, danke. Da sind wir noch gar nicht draufgekommen. Das werden wir mal machen‘ (T1, 646).

Verwundert konstatiert T3: "Wie kann man das so, das Problem so einfach darstellen?" (T3, 517), wenn Personen mit schlichten Ratschlägen, Erzählungen von

Dritten über geglückte Behandlungen ins Gespräch mit ihr kommen. Einlassungen zu geduldigem Zuwarten begegnet sie mit der Erkenntnis: „Ich lege das Thema jetzt erst mal ad acta und dann gucke ich in drei, vier, fünf Jahren noch mal. Aber das geht halt mit 40 nicht mehr" (T3, 507). Mit der pauschalisierenden Aussage konfrontiert „Fahrt doch einfach mal in den Urlaub. Habt doch einfach mal jeden zweiten Tag Sex, dann wird das schon" (T3, 493), sieht sie sich in ihrem anstrengenden und schmerzhaften Bemühen nicht wahrgenommen.

Nur zum Teil kann sich T5 über die schnell eingetretene Schwangerschaft einer Freundin freuen, die zuvor postuliert hatte, keine Kinder zu wollen: "Ohne Ovulationsstäbchen, ohne gar nichts, einfach so" (T5, 160). Vielmehr ist sie "schockiert" und empfindet die Botschaft als "Schlag ins Gesicht" (T5, 162) und als "unfair" (T5, 139). Kommentare von Freund:innen zu ihrem gebärfähigem Alter und der Tatsache, dass sie schon Mutter eines Kindes sei, begegnet sie mit "solange du selber keinen Kinderwunsch hast, halt einfach deine Klappe" (T5, 527). Sie erinnert sich an Anmerkungen wie: "Vielleicht bist du eine schlechte Mutter. Das Universum sagt ja was [...]" (T5, 520). Und: "Ja, heutzutage kann man sich sowieso nicht mehr als eins leisten" (T5, 522).

#### **8.2.6.2 In Beziehung/Partnerschaft**

Unter diesem Subsubcode finden sich Textstellen, die das Erleben der Partnerschaft in Bezug zum unerfüllten Kinderwunsch beschreiben. Inbegriffen sind auch Gefühle sowie Ansprüche an das Verhalten des Partners hinsichtlich der Erfüllung des Kinderwunsches.

Es finden sich auch Aussagen darüber, wie die Person über die Einstellungen/Gefühle des Partners bezüglich der Partnerschaft, des unerfüllten Kinderwunsches und der reproduktionsmedizinischen Behandlung spricht.

T1 hat ihren Partner in die Verabreichung der Medikamente eingebunden (T1, 308). Nach gescheiterten Versuchen ist auch er traurig – jedoch nicht den schmerzhaften und körperlich belastenden Komponenten ausgesetzt (T1, 310, 550).

Sie führen Gespräche über die Auswirkungen des unerfüllten Kinderwunsches. Laut T1 mache dies ihr Partner gerne, obwohl er "so ein stiller Typ" sei (T1, 332).

T1 will ihn jedoch mit Gesprächen nicht unter Druck setzen, damit er nicht an seine Grenzen kommt (T1, 335). In manchen Situationen staunt sie: "Aber es greift ihn dann doch an" (T1, 722). Seine Betroffenheit tut ihr leid.

Über die Verabreichung der Medikamente hinaus erwartet T1 von ihrem Partner, dass er wie sie ein gesundes Leben führe (T1, 347). Dafür solle er wie sie auf Zucker, Alkohol, Nikotin verzichten. Nach der erfolgten Samenspende "[ist er] ja erstmal raus, für meine nächsten drei, vier Transfers, weil er ja alles abgegeben [hat]" (T1, 352). Daraus entsteht für T1 ein Zwiespalt. Einerseits die Erkenntnis, dass der Partner in seiner Lebensführung frei ist, andererseits ihre Forderungen „Das darfst du nicht. Das darfst du nicht. Das darfst du nicht" (T1, 360).

Außerdem unterstellt T1 dem Partner: Will er auf gewisse Dinge nicht verzichten, so wolle er "nicht genauso doll [...] ein Kind" (T1, 362). Darüber hinaus stellt T1 den Anspruch an sich selbst, alles versucht zu haben, ein Kind zu bekommen und im Falle eines Misserfolges nicht zu sich selbst sagen zu müssen: "Wärst du mal ein bisschen strenger gewesen" (T1, 369).

Das gemeinsame Projekt Kinderwunsch wird von T1-Partner "zuversichtlicher" betrachtet. Sie beschreibt sich als "eher ein zwanghafter Typ" (T1, 417) und sie ist "auch wirklich froh, dass ich so einen Partner habe" (T1, 364).

Den unerfüllten Kinderwunsch mit Hilfe der Reproduktionsmedizin zu erfüllen, erleben T2 und ihr Partner unterschiedlich: Während T2 "sofort euphorisch" (T2, 158) startet, will ihr Partner "das gar nicht, der hat da immer gesagt, er will kein Petrischalenkind" (T2, 164) und er scheut die Verantwortung, die ein Kind mit sich bringe. Mit Blick auf ihr Leid, kann sich T2-Partner auf eine Behandlung einlassen, strikt begrenzt auf drei Versuche mit jeweils einer transferierten Eizelle.

Selbst unter dieser Beschränkung gehen sie keinen gemeinsamen Weg: "Wir waren uns eigentlich ein halbes Jahr komplett aus dem Weg gegangen, komplett in unserem Haus. Er hatte sich in den Keller zurück verzogen, ich ins Schlafzimmer zurückgezogen. Und so ist jeder seinen eigenen Weg gegangen" (T2, 354). Um die Ehe zu retten und weil ihre Kräfte erschöpft sind, kommen T2 und ihr Partner zu dem Entschluss, die Behandlung zu beenden. Rückblickend kann sie den Vorschlag ihres Partners, die Behandlung zu beenden, als ihr zugewandt erkennen. In der Situation selbst entsteht bei ihr der Verdacht: „Na ja, du willst sowieso keine Kinder" (T2, 596) und sie reagiert mit starken Hassgefühlen. Mittlerweile hat das Paar die Krise gemeistert, steht zum Entschluss. Gleichwohl ist der unerfüllte Kinderwunsch immer

mal wieder ein Thema zwischen den beiden: "Also wir sind eigentlich klar damit, aber uneigentlich vielleicht manchmal auch nicht ((lacht))" (T2, 153).

Die aufwendigen Kosten für die Kinderwunschbehandlung belastet die Partnerschaft von T3 sehr. Sie stellen sich der Herausforderung gemeinsam: "[...] haben da einen guten Weg so zusammengefunden. Also einen perfekten Weg [...]" (T3, 132). T3 und ihr Partner streiten sich wenig, ergänzen sich in ihrer Partnerschaft. Gleichwohl macht T3 viel mit sich selbst aus, will dem Partner mit ihren weitgehenden Überlegungen nicht "volllabern" (T3, 343). Stattdessen nutzt sie ausgiebig Instagram, was sie als große Hilfe empfindet. Obwohl sie sich ihm nicht mitteilt, spürt der Partner ihre getrübbte Gefühlslage. Um ihr Leiden zu verringern, rät er, die Behandlung zu beenden. In einem Gespräch wird beiden klar, dass dies nicht die Lösung ist. Vielmehr bestätigt sich ihr gemeinsamer Kinderwunsch und sie fühlen sich in ihrer Partnerschaft bestätigt.

Da der Kinderwunsch sich nicht durch eine Spontanschwangerschaft erfüllt und es auf der Paarebene ungeklärte Probleme gibt, entschließen sich T4 und ihr Partner für eine Paar- und Sexualtherapie. Der Entschluss reift, nachdem T4 und ihr Partner sich für eine gewisse Zeit "erst einmal zurückgezogen haben" (T4, 77). In der Therapie und in den darauffolgenden Jahren versuchen sie, ihre Probleme zu klären. Sie können dann die Entscheidung treffen, sich mit dem unerfüllten Kinderwunsch "jetzt helfen zu lassen" (T4, 81). Die Partnerschaft während der reproduktionsmedizinischen Behandlung beschreibt T4: "Also gut ging es mir, weil ich einfach einen sehr liebenswürdigen dankbaren (lachend) Partner habe, der mir da gut zur Seite stand. Und der auch fürsorglich ist und der hat natürlich mitgefiebert und hat es auch gesehen, dass das jetzt nicht unbedingt das Angenehmste ist, von daher, da ging es uns jetzt nicht schlecht" (T4, 293).

Nachdem durch die Heirat von T5 und ihrem Partner die Kostenübernahme für eine reproduktionsmedizinische Behandlung geklärt ist, einigen sich T5 und ihr Partner auf diese Behandlung. T5 hat den Eindruck, dass ihr Partner den Weg der künstlichen Befruchtung vornehmlich ihretwegen mitgehen wolle. Dem widerspricht T5-Partner, zugleich erwartet sie für ihn durch die Vaterschaft einen Qualitätszuwachs: "Glaube mir, danach wirst du noch glücklicher sein. Ich sage, jetzt ist es schon gut. Aber ein Kind ist eine Frucht von einer Liebe. Dann wirst du ein ganz anderer Mensch sein" (T5, 389).

### 8.2.6.3 Intrapersonal

Berichtet wird hier über das psychische Erleben der befragten Person in Bezug auf den unerfüllten Kinderwunsch, Gefühle inbegriffen. Ebenso über Überzeugungen, welche Auswirkungen der unerfüllte Kinderwunsch auf das psychische Erleben hat. Nicht berichtet wird, wenn über das psychische Erleben, die Gefühle in Verbindung mit dem Partner oder dem Umfeld der Person gesprochen wird.

Den unerfüllten Kinderwunsch erfährt T2 als einen bedrängenden Gefühlssturm: "[...] du fühlst dich erst einmal kaputt, defekt, es fühlt sich nach Kontrollverlust an" (T2, 73). Sie versucht sich dem bewusst auf der rationalen Ebene zu stellen: "Du dich aber mit deinem Kopf wirklich über die Emotionen stellen musst, weil du sonst den Boden unter den Füßen weggezogen bekommst" (T2, 79). "Hass auf sich selbst" (T2, 82) verstärkt die negative Gefühlslage.

Der unerfüllte Kinderwunsch ist bei T3 "omnipräsent" (T3, 481) und belastet sie sehr: "Und es saugt so viel Energie aus einem heraus, weil man so gefangen ist in diesem Wunsch, dass das auch, ja, ich sage mal zu so einer depressiven Verstimmung führt [...]" (T3, 171). Darüber hinaus sieht sie sich von ihrer Therapeutin herausgefordert: "[...] die immer auch sagt, dass ich an dem Thema total dringend arbeiten muss. Gefühle, Zugang zu Emotionen so" (T3, 418). Durch das Wissen, den Ausgang der Behandlung nicht zu kennen und diese Unsicherheit aushalten zu müssen, verlangt T3 von sich immer "in so einem Hamsterrad funktionieren zu wollen" (T3, 420) und die Hoffnung nicht zu verlieren.

T4 berichtet von Frustration, von Ängsten, von Schmerz und stellt diesen negativen Gefühlen die positiven Gefühle von Hoffnung und Zuversicht gegenüber. Nachdem über Jahre, Monat für Monat keine Schwangerschaft eintritt, verstärken sich die "Negativ-Emotionen" (T4, 100) und dies war "[...] eben auch für dieses unerfüllte Bedürfnis nicht unbedingt fruchtend. Und so könnte man das spüren, ja" (T4, 101). "Und diese hoffnungsvollen Emotionen, die haben mir ja dann quasi gesagt, jetzt wartest du noch einen Monat und dann besteht ja wieder eine Möglichkeit" (T4, 96).

T5 vergleicht das Erreichen ihres Zieles schwanger zu werden mit einem Lottogewinn: "Sechser mit Zusatzzahl, ja!" (T5, 192). Mit diesem Bild beschreibt sie die Mischung aus Hoffnung und Enttäuschung, die mit dem unerfüllten Kinderwunsch

verbunden ist. Die Chance ist jeden Monat da, schwanger zu werden, doch wie bei einem Lottogewinn verschwindend gering. Jedoch, so T5: "[...] ich glaube auch an Wunder, weil, es gibt Wunder, es gibt ganz viele. Und (...) ich versuche das dann noch, (lachend) ja." (T5, 244).

#### **8.2.6.4 Körpererleben**

Hier wird Auskunft über das subjektive Körpererleben und die Körpererfahrung gegeben. Die Kategorie wird angewendet, wenn Aussagen über die Beobachtungen von Körperempfindungen, das (Un-)Wissen des eigenen Zyklus' und Intuition ("Bauchgefühl") gemacht werden. Ebenso finden sich Aussagen darüber, wie die Person ihren Körper beobachtet bzw. welche Veränderungen sie mit der Diagnose der Infertilität in ihrem Körpererleben wahrnimmt.

Nach vier Jahren unerfülltem Kinderwunsch kennt T1 ihren Zyklus gut: "[...] ich habe einen späten Eisprung und ich habe eine verkürzte, zweite Zyklushälfte" (T1, 43). Anfänglich weiß sie nicht um ihren späten Eisprung: "Also waren viele Versuche dann eh-. Viele Monate, konnte ich dann im Nachhinein auch nur noch sagen, ja, Quatsch. Zur falschen Zeit. Also auch total frustrierend einfach" (T1, 420).

T2 durchläuft im Erkennen und Erleben ihres unerfüllten Kinderwunsches einen Prozess. Seit Anfang an zweifelt sie: "[...] hatte ich damals schon, na ja, vielleicht so ein Bauchgefühl, so ein weibliches, dass irgendetwas nicht so ganz funktioniert [...]" (T2, 10). Dass sie schon Mutter ist und ihren Zyklus kennt, macht sie einerseits zuversichtlich, andererseits sind ihr ihre "zyklusbedingte[n] Probleme" (T2, 101) – "die sind für mich wirklich die Hölle" (T2, 556) – gegenwärtig. Gleichwohl berichtet sie davon, "[...], dass ich auch darüber hinaus dann auch sehr viel mit mir selbst oder mit meinem Kopf, gar nicht mit meinem Körper, zu tun hatte. Mein Körper war mir egal" (T2, 547). Um dann fortzufahren: "[...], dass ich in dem Moment meinen Unterleib einfach verflucht habe" (T2, 553). Schließlich, nach der Diagnose Endometriose, erfährt sie Bestätigung für ihr Bauchgefühl und fühlt sich endlich durch eine ärztliche Aussage ernst genommen: "Vertrauen Sie immer auf ihr Bauchgefühl, Ihr Frauen seid gesegnet damit" (T2, 676).



T4 berichtet, dass sie von ihrem Typ her "schneller unter Anspannungen leidet" (T4, 119), so auch während der Zeit des unerfüllten Kinderwunsches. Dem begegnet sie damit, ihrem Körper mehr Zeit zu gönnen und mit der Erlaubnis "[...] auch mal diese ganze Trauer mal hochzulassen oder hochlassen zu dürfen und die auch rauslassen zu dürfen" (T4, 126). Dies alles auf dem Hintergrund, ihren Zyklus nicht wirklich genau zu kennen: "Ich bin auch nicht gut mit diesen ganzen Berechnungen" (T4, 415).

Der unerfüllte Kinderwunsch führt bei T5 zu einer intensiven Auseinandersetzung und Beobachtung mit ihrem Körper. Bis ins Detail beschäftigt sie sich mit den körperlichen Veränderungen innerhalb eines Zyklus', den sie dadurch sehr genau kennengelernt hat: "[...] ich weiß ganz genau, ja okay, in einer Woche Punkt genau auf dem Tag habe ich meine Periode. Ja, so gut kenne ich meinen Körper, ja" (T5, 666).

Verbunden damit sind starke Hoffnungen, dass der Körper zu ihr von einer Schwangerschaft spricht: "[...] man hat plötzlich tatsächlich auch diese Gurkenlust" (T5, 271), der sie mit: "Wieso verarscht du mich doch so. Schwindel, Schwindel!" (T5, 272) begegnet. Als Gewinn empfindet sie die gewonnene Selbstverständlichkeit, sich mit dem eigenen Körper, besonders den Fortpflanzungsorganen zu beschäftigen: "[...] man sollte sich für so etwas nicht schämen, das ist kein Tabuthema. Man sollte eigentlich offen darüber reden" (T5, 646).

## 8.3 Reproduktionsmedizin

Diese Hauptkategorie beleuchtet das Thema Reproduktionsmedizin unter diesen Gesichtspunkten: Beratung und Begleitung des medizinischen Fachpersonals, Behandlungen, die die Person und/oder der Partner erhalten werden oder haben und das subjektiv körperliche und psychische Empfinden.

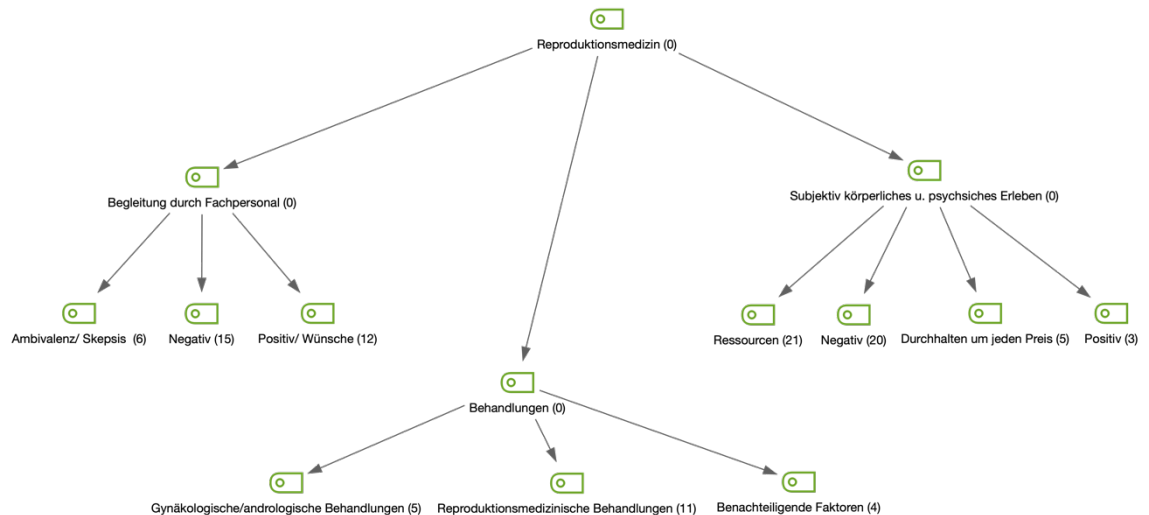


Abbildung 4: Kategorienbaum Reproduktionsmedizin

### 8.3.1 Begleitung durch Fachpersonal

Hier finden sich Aussagen über die Beratung und Begleitung des medizinischen Fachpersonals.

#### 8.3.1.1 Ambivalenz/ Skepsis

Hier werden Textstellen abgebildet, die beschreiben, wie die Person Behandlungsvorschläge kritisch hinterfragt oder diesen ambivalent begegnet.

T1 äußert, sie sei "sehr skeptisch bei Ärzten" (T1, 95). Für sie negative Erfahrungen bei der Medikation – mehrmals entscheidet sie sich, die empfohlenen Medikamente nicht einzunehmen – und der Insemination verstärken dieses Gefühl: "[...] wegen Feiertag wird es halt-. Also normalerweise hätte ich Samstag so gedacht, hätte man das, [die Insemination], machen müssen" (T1, 104). Auch die primäre Empfehlung zur ICSI betrachtet sie skeptisch, habe ihr Mann doch "kein schlechtes Spermogramm" (T1, 118). Auch die für sie schmerzhaft Bauchspiegelung sieht T1

als überflüssig an: "Aber ich wusste ja eigentlich schon, dass die durchlässig sind. Habe aber den anderen Ärzten ja eh nicht vertraut" (T1, 305).

T3 vermutet, gestützt auf eigene Erfahrungen, dass Gynäkolog:innen dem Thema Zyklus nicht die nötige Aufmerksamkeit widmen, vielmehr zum Rezeptblock greifen, um die Pille zu verschreiben: "[...] dann braucht man sich auch weiter mit dem Thema erst mal nicht auseinandersetzen" (T3, 24).

### **8.3.1.2 Negativ**

Textstellen, die die Begleitung durch das medizinische Fachpersonal als eindeutig negativ beschreiben:

T1 sieht sich einer angespannten Situation mit einem unhöflichen Arzt gegenüber: "[...] ich hatte irgendwie einen Arzt, [...] und der war scheiße drauf. Der hat zwei Schwestern vor mir zusammengeschissen. Der kam mir blöd" (T1, 65). Vom untersuchenden Arzt fühlt sie sich gedemütigt: "Und dann wusste ich nicht, wohin mit dem Tampon. Weil er wollte untersuchen. Und da kriegt man dann so eine blöde Antwort, irgendwie ‚Tampon raus und nachher wieder rein‘" (T1, 74). Die Demütigung führt dazu, dass sie einen weiteren Termin absagt: "Und dann habe ich mich so schlecht gefühlt, dass ich das dann eben abgesagt habe" (T1, 74).

Empört reagiert sie auf Behandelnde, die ihre Anamnese bzw. Diagnostik nicht gegenwärtig haben: "Das ist scheiße" (T1, 220).

Als Unterlassung empfindet T1, dass unter der Kinderwunschbehandlung gynäkologische Vorsorge-Untersuchungen nicht mehr stattfinden: "Sie sind ja in Kinderwunsch-Behandlung. Da lassen wir das alles mal" (T1, 458).

Durchgehend erlebt T2 die behandelnden Ärzt:innen als schnell auf eine Diagnose festgelegt. „Ja, bei Ihnen ist alles in Ordnung, Sie haben ja schon ein Kind“ (T2, 29). Sie vermisst vertiefende Fragen zu ihrer Anamnese, sowie das Ernstnehmen ihrer Symptome, die relativiert werden: „Ach Zysten, die hat man mal, die gehen wieder weg. Bei Ihnen gehen die sowieso immer wieder weg" (T2, 42). Erst die unwahre Aussage, sie habe Schmerzen, veranlasst die Behandelnden dazu, sie zu untersuchen.

Als unzulänglich empfindet T2 die Unterweisung für die Hormongabe: "[...] da war ich so ein bisschen verloren in dem ganzen Thema" (T2, 195).

Auch entsteht bei ihr der Eindruck, dass das Kinderwunschzentrum "nur noch wirtschaftliches Interesse" (T2, 298) verfolge, da ihrem dezidierten Wunsch, die Behandlung zu beenden, nicht entsprochen wird, was sie so kommentiert: "[...] wirklich fatal und unmenschlich" (T2, 297). Die schnelle Behandlungsabfolge ohne jegliche wahrgenommene psychische Unterstützung bringt sie zu den Aussagen: "[...] ich habe mich gefühlt immer wie eine Laborratte auf dem Fließband" (T2, 314), "und das Zwischenmenschliche hat mir bei dem ganzen Kapitel komplett gefehlt" (T2, 392).

Negative Erlebnisse im zuerst aufgesuchten Kinderwunschzentrum veranlassen T5 und ihren Partner ein zweites zu wählen: "[...] man hatte so ein Gefühl gehabt, dass die nur Geld machen möchten, also habe ich mich da schlecht gefühlt. Er hat sich auch genauso schlecht gefühlt. Die Ärztin war richtig kalt und null Verständnis" (T5, 116).

Ins neu gewählte Kinderwunschzentrum geht sie bestens vorbereitet, weiß viel durch die Instagram-Community und vermisst dann die nötigen praktischen Hinweise von den Behandelnden.

### **8.3.1.3 Positiv/Wünsche**

In dieser Kategorie finden sich Aussagen über die Beratung und Begleitung durch das medizinische Fachpersonal, die die Person als positiv bzw. neutral erlebt. Weiterhin finden sich Aussagen, wenn die Person Wünsche an das medizinische Fachpersonal formuliert.

T1 ist mit dem Ablauf in ihrem Kinderwunschzentrum zufrieden, da sich die Behandelnden kooperativ zeigen: "Ist halt so eine Schema-F-Klinik, aber eine gute Schema-F-Klinik, die man dann auch überreden kann, zu Dingen" (T1, 172).

Dennoch wünscht sie sich durchgehend eine beratende Unterstützung, die verhindert, dass Patient:innen unnötige Wege gehen. Ihre Teilnahme an der Studie begründet T1 mit der Hoffnung, daraus mögen umfassende "Empfehlungen für Ärzte" (T1, 427) entstehen.

T2 hebt die reibungslose und schnelle Abfolge ihrer Behandlung hervor, auch sieht sie sich "freundlich" (T2, 300) behandelt und "immer aufgeklärt" (T2, 301).

Dem gegenüber steht das vollkommene Fehlen einer psychischen Unterstützung, was sie den drängenden Wunsch äußern lässt: "[...] die sollten sich echt überlegen,

ob die nicht wenigstens einen Seelsorger da hineinsetzen, wo jedes Paar die Möglichkeit hat oder sogar als Pflichttermin bekommt, weil viele möchten gar nicht reden. Aber du musst eigentlich reden" (T2, 309).

T3 fühlt sich bei dem behandelnden Arzt – "ein sympathischer, empathischer Mann" (T3, 295) – gut aufgehoben, da der zeitliche Rahmen weit genug ist, über mehr als die Behandlung zu sprechen: "Ich gehe da gerne hin, ich finde die auch alle nett da" (T3, 299).

T4 zeigt sich in der Beurteilung des Kinderwunschzentrums ambivalent. Gleichwohl resümiert sie: "Also erst einmal war das eine total solide, gute Behandlung, ich würde das jedem weiterempfehlen und würde auch den Arzt jedem empfehlen" (T4, 211). Besonders betont sie die "Rationalität des Arztes, die hat mir natürlich dann super geholfen, weil er natürlich in der Verstandesebene sich aufgehalten hat und ich war die ganze Zeit im Bauchgefühl" (T4, 254). Unsicher ist sie im Wunsch, eventuell von einer Frau behandelt zu werden, um dem "weibliche[n] Anteil" (T4, 264) mehr Raum geben zu können.

Im Kinderwunschzentrum konnte T5 sehr ausführlich ihre Anamnese darlegen. Im Gespräch danach wurde sie nach ihrer Meinung gefragt und die behandelnde Ärztin enthielt sich jeder "Besserwisser[ei]" und "[...] hat [ihr] nicht versucht, etwas einzureden oder [sie] zu irgendwelchen Behandlungen zu zwingen" (T5, 478). T5 fühlt sich deshalb sehr wohl.

### **8.3.2 Behandlungen**

Aussagen über die Behandlungen, die auf Grund des unerfüllten Kinderwunsches erfolgten und/oder geplant sind, werden hier abgebildet.

#### **8.3.2.1 Gynäkologische, andrologische und reproduktionsmedizinische Behandlungen**

Tabelle 1 beschreibt numerisch die von den Frauen in den Interviews genannten gynäkologischen Behandlungen.

<b>Behandlungen</b>	<b>T1</b>	<b>T2</b>	<b>T3</b>	<b>T4</b>	<b>T5</b>
Zyklus-Monitoring			1		1
Eileiter-Spülung	1		1		1
Bauch- und Gebärmutter Spiegelung	1	1	1		1
Konisation					1
Hormonstatus	2				1
Insemination	2				
IVF				1	
ICSI	3	5	7	1	1
Frischversuch	2	2	4	2	1
Cryo-Versuch	1	3	3		

*Tabelle 1: Anzahl und Art der erfolgten/geplanten Behandlungen*

### **8.3.2.2 Benachteiligende Faktoren**

Hier finden sich Aussagen darüber, was die Person als benachteiligend in Bezug auf die reproduktionsmedizinische Beratung und Behandlung beschreibt; ebenso Themen wie finanzielle Unterstützung ungewollt kinderloser Paare, Barrieren seitens der Anbieter reproduktionsmedizinischer Behandlungen.

T1 fühlt sich durch die Regularien, die Behandlungsversuche innerhalb eines Jahres zu absolvieren, stark unter Druck gesetzt: "[...] dass diese ganze Scheiße, die einem da –Entschuldigung – bewilligt wird, dass das nur ein Jahr Gültigkeit hat. Das steht nirgendwo drauf. Und das ist natürlich mies. Weil der Körper braucht eine ganze Zeit, um sich-, um wieder runterzukommen" (T1, 131).

Erschwerend kommt hinzu, dass sie über die Auswirkungen der Covid-19-Impfung auf ihre Kinderwunschbehandlung unterschiedliche ärztliche Beurteilungen erhält.

Die Tatsache, dass Kinderwunschbehandlungen nur bezahlt werden, wenn der Mann das 50. Lebensjahr noch nicht erreicht hat, bedeutete für T2: "[...] dann hatten wir halt neun Monate Zeit, um drei Versuche irgendwie durchzukriegen" (T2, 181).

Der Partner von T3 ist privat versichert und die Behandlung wird über ihn abgerechnet. Der Kostenvoranschlag und die tatsächlichen Rechnungen differieren

in hohem Maße. Das Paar muss finanzielle Vorleistungen erbringen, was zu Problemen in der Partnerschaft führt (T3, 58).

### **8.3.3 Subjektiv psychisches und körperliches Erleben**

Unter diesem Subcode werden Aussagen getroffen, die Auskunft zum körperlichen und/oder psychischen Erleben in Bezug auf die reproduktionsmedizinische Behandlung beschreiben, Gefühle sind inbegriffen. Ebenso wie Überzeugungen, welche Auswirkungen die Behandlung auf das körperliche und/oder psychische Erleben hat.

#### **8.3.3.1 Ressourcen**

Wie es der Person gelingt, in der reproduktionsmedizinischen Behandlung auf ihre Situation Einfluss zu nehmen, wird hier abgebildet. Auch Ideen, was in der Situation rückblickend gut gewesen wäre, oder auch Berichte darüber, was tatsächlich die Situation erleichtern könnte oder erleichtert hat.

Die Organisation der Termine für die Behandlungen veranlasst T1 dazu, sich ihrem Arbeitgeber anzuvertrauen. Davon erhofft sie sich weniger Stress und mehr Verständnis für ihre häufig nicht wirklich planbaren Abwesenheiten vom Arbeitsplatz. Unterstützung in der belastenden Zeit findet sie bei ihrer Psychotherapeutin: "Also das nimmt mir ganz viel ab. Weil gerade-. Also erstmal ist es ein Thema, mit dem man nicht, über das man nicht mit jedem sprechen möchte. Auch mit der Familie nicht unbedingt. Mein Mann muss halt mit mir darüber sprechen. Macht er auch gerne. Aber ich will ihn halt auch nicht zu sehr-"(T1, 328). Innerhalb des Behandlungszyklus' gelingt es T1 nicht, den Körper "zu fühlen und zu spüren" (T1, 540). Zu sehr wird sie von den Hormonen und den Schmerzen beherrscht. Umso wichtiger erscheint es ihr, in den Behandlungspausen ihrem "Körper wieder näherzukommen" und sich "physisch und psychisch dann wieder [zu] erhole[n]" (T1, 543).

T1 geht so weit, sich eine nicht zur Geburt führende Schwangerschaft zu wünschen, um die Gewissheit zu haben, dass eine Schwangerschaft für sie überhaupt möglich ist: "Weil dann würde es für mich heißen, okay, da klappt irgendwas. Und vielleicht würde ich es dann auch noch ein-, zweimal probieren, auf die gleiche Art und Weise. Weil dann ist vielleicht irgendwas richtig gewesen" (T1, 664).

Anfänglich lässt sich T2 aus Angst von ihrem Partner die Spritzen geben. Nach einem Streit übernimmt sie das selbst und "dann lief das so nebenher" (T2, 660). Die Auswirkungen der Behandlung erfährt der Partner nur aus einer "externe[n] Zuschauerposition" (T2, 577). In diesen unterschiedlichen Wahrnehmungen – "der eine empfindet das anders, der andere schaut nur zu" (T2, 576) – wünscht sie sich mentale und psychische Unterstützung.

Die Entscheidung, trotz unerfüllten Kinderwunsches die Behandlung zu beenden, beschreibt sie so: "Es war einfach in der Tat, als ob man einen schweren Rucksack trägt und ihn ablegt und dieses Gefühl hat von Leichtigkeit. Man konnte selbst wieder Luft holen, es war anfangs noch relativ schwer" (T2, 350). Dieser Beschwernis begegnet sie mit einer intensiven Aufarbeitung des Geschehens. Sie vertieft ihre Selbstreflexion und hinterfragt ihre Entscheidungen auf ihre Entschlusskraft: "Manchmal trifft man Entscheidungen, aber die sind gar nicht von sich aus getroffen, die passieren dann einfach. Und ich musste diese Entscheidung für mich auch festigen, ich musste ja weiterleben irgendwie" (T2, 408).

Während der Kinderwunschbehandlung legt T3 an Gewicht zu. Sie versucht damit, "das Loch in [ihrem] Körper mit irgendwas zu füllen" (T3, 245). Von ihrem Partner darauf angesprochen, sie stecke so viel Energie in die Behandlung, vernachlässige jedoch die wichtigsten Dinge, beschließt sie ihren Lebensstil zu ändern: "Um [s]ich besser zu fühlen und um auch bessere Voraussetzungen zu schaffen" (T3, 232).

Für T3 stellt sich die Frage, ob eine Hingabe an ihre Gefühle wie Wut, Trauer und Schmerz ihrem Körper besser getan hätte: "[...] würde vielleicht der Körper im Alltag dann auch nicht mehr so in diesem Irgendwie-Funktionieren-Modus sein" (T3, 434).

T4 erachtet die Zuwendung zum eigenen Körper als wichtiges Mittel, Anspannung und Stress zu vermindern. Dadurch ist es ihr möglich, "auch mal diese ganze Trauer mal hochzulassen oder hochlassen zu dürfen und die auch rauslassen zu dürfen" (T4, 126) und damit eine Akzeptanz der Gefühlslage zu erreichen.

Mit Blick auf eine langfristig verlaufende Behandlung erlaubt sie sich Pausen zwischen den Behandlungszyklen und resümiert rückblickend, dass sie bei all der Belastung höchstens vier Versuche unternommen hätte.

Während der zwei erfolgten Versuche schreibt ihr behandelnder Arzt sie, entgegen ihrem geäußerten Wunsch, nicht krank. Dies erlebt sie als positiv: "Und das hat im Nachhinein auch super geholfen, dass ich einfach gearbeitet habe und den Fokus da nicht so doll drauf hatte, sondern abgelenkt war" (T4, 301).



Die Hilfe in Anspruch zu nehmen, beschreibt T4 als "die prägendste Erfahrung" (T4, 527). Bis sie und ihr Partner sich dazu entschließen, vergeht eine sehr lange Zeit: "[...] im Nachhinein hätte ich mir selber empfohlen, einfach eher zu gucken und eher Hilfe in Anspruch zu nehmen" (T4, 535). Für die Zukunft ist sie sicher, auch in anderen Krisensituationen professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen: "[...] die SEXUALMEDIZIN ist eine sehr gute Sache und auch da mal hinzugehen, [...] wenn es einem schwierig geht miteinander und da voranzukommen, das ist einfach auch eine sehr gesunde Sache, sich darum zu kümmern" (T4, 625).

T5 setzt auf den offenen enttabuisierenden Umgang mit dem Thema unerfüllter Kinderwunsch und Reproduktionsmedizin und auf eine professionelle psychologische Betreuung (T5, 691).

### **8.3.3.2 Negativ**

Textstellen, die Erfahrungen rund um die reproduktionsmedizinische Behandlung als eindeutig negativ beschreiben.

T1 berichtet über diverse Nebenwirkungen der Hormongabe. So landet sie wegen einer Überstimulation der Eierstöcke fast im Krankenhaus. Probleme mit dem Darm und der Gefühlslage stellen sich ebenso ein, wie großflächige Hautunreinheiten: "Und was für Pickel. Unmöglich. Irgendwie, als wenn hier Hals, Nase, Ohren, alles. Ganz schrecklich. Alles aufgedunsen" (T1, 558). Während sie die Hormongabe anfänglich gut verträgt, wird sie im Laufe des Zyklus immer schmerzhafter: "Also ich bin so das Schiff, das beladen wird, über Wochen, mit irgendwelchen Sachen" (T1, 311).

Durch diese Belastung ist es ihr nicht möglich, sich sportlich zu betätigen, obwohl sie weiß, dass ihr das in dieser Situation gut tun würde.

Die operativen Eingriffe, wie die Eileiterdurchspülung und die Bauch- und Gebärmutter Spiegelung erlebt sie schmerzhaft und sogar traumatisierend. Rückblickend fragt sie sich, ob ihre intensive Recherche im Vorfeld nicht kontraproduktiv waren: "Also ich habe mir das vorher vielleicht auch zu doll durchgelesen" (T1, 584).

Während der Kinderwunschzeit fühlt sie sich von ihrem Körper betrogen, da er ihr einen natürlichen Vorgang – ein weiteres Kind zu empfangen und zu gebären – verweigert: "[...] da habe ich meinen Körper gehasst" (T2, 537).

Die Zeit nach dem Embryo-Transfer schildert T2 als Beginn der "psychischen Probleme" (T2, 209). In der Zeit bis zum Bluttest fühlt sich T2 "in [ihrer] ganz eigenen Welt gefangen" (T2, 625). Nicht nur, dass sie "jedes Ziehen, jedes Etwas" (T2, 628) für oder gegen eine Schwangerschaft sprechen lässt, vielmehr macht sie aus Schwangerschafts-Testreihen ihre "eigene Wissenschaft" und handelt so wider ihr besseres Wissen: "Ich musste bei den Cryoversuchen das HcG nachspritzen nach dem Transfer. Das heißt, der Test ist immer erst einmal positiv" (T2, 615). Der offizielle Bluttest der Kinderwunschklinik ergibt dann einen HcG-Wert, der eine Schwangerschaft vermuten lässt. In den folgenden Tagen und Wochen entwickelt sich der Embryo nicht weiter, die Ärzt:innen empfehlen eine Ausschabung, der T2 nicht zustimmt. Vielmehr entscheidet sie sich dazu, die Medikamente weiter einzunehmen und auf einen natürlichen Abgang zu warten. Dies gelingt ihr. "Das Drama bis zu diesem Tag" (T2, 253) beschreibt sie mit diesen Worten: "[...] das war im Nachhinein gesehen eigentlich der Wahnsinn von der emotionalen Belastung her und dem Kopfmäßigen her" (T2, 253).

T3 verspürt eine heftige Abneigung gegen vaginale Hormongabe: "[...] das ist alles irgendwie eklig, will ich nicht und läuft raus" (T3, 311). Darüber hinaus führt die Hormongabe bei T3 zu einer Überstimulation der Eierstöcke, die sie als "wirklich riskant" (T3, 304) einschätzt. Diese geht mit einem Aufenthalt im Krankenhaus einher und belastet T3 sehr: "Also da geht es einem wirklich schlecht" (T3, 305). Unter Druck gesetzt fühlt sie sich zudem von der Aufgabe, private, berufliche und Behandlungstermine zu vereinbaren.

Mit der hormonellen Stimulation verbindet T4 starke negative Gefühle. Die Gefahr einer Überstimulation begleitet sie dauerhaft, sowohl körperlich als auch psychisch: "Ich glaube einfach, dass es eine Angst ist, weil, man stimuliert sich ja und stimuliert die Eierstöcke und beim ersten Mal hab ich das einfach gemerkt bei jedem Schritt und ich glaube schon, dass es dann so Ängste oder eine Furcht ist, dass dann vielleicht irgendwas überstimuliert ist" (T4, 465). Geradezu panisch reagiert sie beim Gedanken an die Narkose, räumt dabei aber ein, diese Panik würde wohl auch bei einer "Arm-OP" (T4, 330) aufkommen.

Die Trauer über den ersten vergeblichen Versuch und das Wissen um diese beschwerlichen Umstände der weiteren Behandlungen setzen ihr zu: "[...] oh Gott, das ist jetzt eine Sache, die wirst du jetzt nicht fünf, sechs, sieben Mal machen können" (T4, 282).

T5 bringt die Situation prägnant auf diesen Nenner: Der verarscht mich jeden Monat. Mein Körper macht mich wahnsinnig. Das ist nicht normal. Es klingt schon wirklich nach Verarsche" (T5, 252). „Also die Psyche ist richtig im Arsch" (lachend) (T5, 663).

### **8.3.3.3 Durchhalten um jeden Preis**

Hier berichtet die Person, wenn sie über ihre Grenzen geht und alle Kräfte dafür einsetzt, erfolgreich schwanger zu werden.

Auch mit Schmerzen, körperlichen Einschränkungen und im sozialem Rückzug hält T1 unbedingt an ihrem Vorhaben fest, schwanger zu werden: "Es ist halt alles für, alles für den Kinderwunsch so. Alles zusammenreißen" (T1, 319).

Gegen ärztliche Empfehlungen setzt T2 die Behandlung ohne Pause fort. Ihre Leiden begreift sie als aufopfernden Einsatz: "Umso mehr ich mich quäle, umso mehr die Spritzen wehtun, umso blauer mein Bauch ist, umso mehr habe ich es irgendwann verdient, am Ziel zu sein" (T2, 264).

### **8.3.3.4 Positiv**

Textstellen, die Erfahrungen rund um die reproduktionsmedizinische Behandlung als eindeutig positiv beschreiben.

Erleichternd erlebt T1 die Tatsache, dass ein Behandlungszyklus im Sommer stattfindet. Leichtere Kleidung unterstützt ein intensiveres Körpererleben. "Da kann man die Haut spüren" (T1, 555).

Ohne Schuldgefühle, eine Versagerin zu sein, geht T3 durch die Behandlungen. Mit Blick auf andere Frauen in ihrer Situation, die sich und ihrem Körper die Schuld geben, schätzt sie sich glücklich, ihren Körper wohlwollend zu betrachten: "Aber ich bin jetzt nicht sauer auf meinen Körper oder empfinde mich als Versagerin. Also das habe ich zum Glück nicht" (T3, 323).

## **8.4 Sexualität**

Diese Hauptkategorie beinhaltet alle Aussagen, die die Sexualität der Person und die ihres Partners betreffen. Auch hier wird das subjektiv körperliche und psychische

Empfinden in der Sexualität beleuchtet, außerdem neben anderen Faktoren der Zeitpunkt, die Häufigkeit und die Motive für die Sexualität.

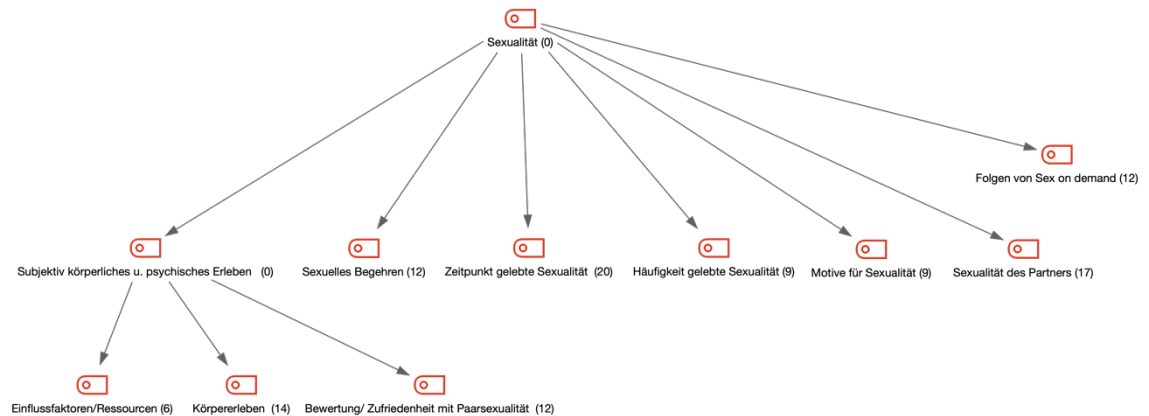


Abbildung 5: Kategorienbaum Sexualität

### 8.4.1 Subjektiv körperliches und psychisches Erleben

Textstellen, die einen eindeutigen Bezug zum körperlichen und/oder psychischem Erleben in Bezug auf die Sexualität beschreiben, Gefühle inbegriffen.

Auch finden sich in dieser Kategorie Aussagen über den Körper und/oder Geist betreffende mehrdimensionale Erfahrungen und/ oder Bewertungen: Un-(Wissen), Fantasien/Gedanken/Einstellungen/Bewertungen und Bedeutungszuschreibungen.

#### 8.4.1.1 Einflussfaktoren/Ressourcen

Textstellen, die Einflussfaktoren auf bzw. Ressourcen für die gelebte Sexualität beschreiben.

Eine Urlaubsreise weckt bei T3 die Lust auf Sex. Im Alltag will sie eher Nähe und Geborgenheit mit ihm teilen. Der Urlaub hingegen bringt "[...] so ein bisschen Abenteuerlust, Abwechslung, dem anderen und sich selber was Gutes tun zu wollen" (T3, 261). Ebenso beobachtet T3 bei sich vermehrt Lust, wenn sie keine hormonellen Kontrazeptiva einnimmt. Ob dies nun auch auf die Hormonbehandlung auf Grund ihres Kinderwunsches zutrifft, weiß T3 nicht. Hier vermisst sie Aufklärung durch die behandelnden Ärzt:innen: "Keine Ahnung. Hat auch nie mal ein Arzt was zu gesagt"

(T3, 410). Lobend erwähnt sie das Angebot eines Kinderwunschzentrums, das eine umfangreiche Willkommensmappe mit Therapieangeboten zur Verfügung stellt. Ihrem Wunsch, während der Behandlung auch die Themen Partnerschaft und Sexualität zu thematisieren, sieht sie dadurch Beachtung geschenkt: "Und ich denke, dass das total wichtig ist, das Thema nicht aus den Augen zu verlieren, Partnerschaft auch und Sexualität, damit einfach auch, ja, die Paare trotzdem irgendwie diese Zeit überstehen können. Und die Beziehungen auch die Zeit gut überstehen können" (T3, 573).

In ihren zyklusbedingten, unfruchtbaren Zeiten kann T5 ihre Sexualität einfach genießen und empfindet mehr Lust: "[...] man kriegt Glücksgefühle. Man kriegt den Kopf frei" (T5, 362).

#### **8.4.1.2 Körpererleben**

Textstellen, die einen eindeutigen Bezug zum Körpererleben bei der gelebten Sexualität beschreiben.

Weiterhin finden sich in dieser Kategorie Aussagen über die Vitalität und die Selbstakzeptanz des Körpers sowie Aussagen über die Selbstsicherheit der Person in Bezug auf Sexualität.

Auch werden Aussagen abgebildet, wie die Person über (nicht) vorhandene Zeichen körperlicher Erregung spricht.

T1 hat ein unbefangenes Verhältnis zu ihrem Körper. Sie kann sich sowohl in der Öffentlichkeit (Sauna) als auch vor ihrem Partner nackt zeigen. Körperlichen Veränderungen und Gewichtsschwankungen steht sie, anders als zu Jugendzeiten, wohlwollend gegenüber: "Also ich fühle mich in meinem Körper trotzdem wohl" (T1, 537).

Sex praktiziert sie "partnerschaftlich" (T1, 505), wenn "[...] auch manchmal nicht ohne Schmerzen" (T1, 507).

Auf körperliche Empfindungen in der gelebten Sexualität angesprochen, entgegnet T2: "Nahezu eigentlich gar nicht viel. Ich habe eigentlich abgeschaltet, mehr oder weniger. Ich habe versucht, es für ihn angenehm zu machen, dass er entspannt ist. Dass es ihm auch gefällt, auch wenn ich es nicht so gut fand. Was heißt gut fand,

kann man auch nicht sagen. Für mich war es einfach in dem Moment wie ein Job [...]" (T2, 496).

Mit starkem Ekel reagiert T3 auf Auswirkungen der vaginal applizierten Medikamente. Das hat direkte Auswirkungen auf das Erleben ihrer Sexualität: "Immer läuft einem da die Suppe raus. Dann hat man halt auch keine Lust" (T3, 156).

Im Gegensatz zu ihrem sexuellen Agieren als Single fehlt ihr jetzt oft "der Elan, der Mut" (T3, 379), sich ihrem Mann von sich aus sexuell zu nähern: "Ich komme dann nicht nach Hause und habe die Energie und sage: ‚So, Schatz. Und jetzt-‘. Also es ist dann irgendwie verschwunden" (T3, 175). Das geht so weit, dass sie das Thema Sex "[...] dann auch so aus den Augen verliere" (T3, 387). Auf die Frage, welche körperlichen Empfindungen sie in ihrer Sexualität wahrnehme, konstatiert sie: "Ich glaube einfach, das Problem ist, dass es im Alltag bei mir abgeschaltet ist" (T3, 415).

Während der Kinderwunschzeit erlebt T4 "Verschließungsmechanismen" (T4, 499), hervorgerufen durch die andauernde muskuläre und geistige Anspannung. "[...] jetzt macht der Körper zu [...]" (T4, 503). Diese Mechanismen ergeben sich aus den erfolglosen Versuchen schwanger zu werden und den daraus resultierenden Glaubenssätzen. Sie glaube, "[...] dass es zu solchen Mechanismen kam, dass [sie] [s]ich vielleicht irgendwo abgelehnt gefühlt habe. Vielleicht auch nicht angenommen als Frau oder als eventuelle Mutter [...]" (T4, 513). Dabei geht ihr das Lustempfinden verloren. In den Behandlungszyklen findet sie Ablenkung beim Spaziergehen und beim Fernsehen. Ihren Körper nimmt sie als "fernab von irgendeinem Lustempfinden wahr" (T4, 446) und kann nicht auf die ihr sonst durchaus bekannte Ressource Entspannung durch Sex zurückgreifen.

Mit dankbarer Freude konstatiert T5: "Ich fühle mich in meinem Körper super, also ich bin, ich glaube, eine von wenigen Menschen, die nicht viel auszusetzen hat" (T5, 398) und "[...] ich kann komplett mein Sexualleben ausüben" (T5, 404).

#### **8.4.1.3 Bewertung und Zufriedenheit mit der Paarsexualität**

Textstellen, die Aussagen über die Bewertung der Paarsexualität beschreiben und Aussagen über mögliche (Veränderungs-)Wünsche an die Sexualität.

T1 ist sich sicher, dass sich ihr Blick auf ihre Sexualität in der Zeit des unerfüllten Kinderwunsches verändert hat. "Jetzt [ist] alles überschattet vom Kinderwunsch-Thema, ehrlich gesagt. Also Sexualität hat jetzt so einen gewissen, also so einen geringen Stellenwert, das ist mir egal" (T1, 797). In der Zukunft soll Sex "mehr nach Lust und Zeit und Laune" (T1, 785) gelebt werden und nicht im fruchtbaren Fenster. Gleichwohl ist sie in der Gegenwart mit der gelebten Sexualität in ihrer Beziehung im Reinen. Schließlich bewertet sie ihre "[...] Partnerschaft so viel höher als irgendwie Spaß und Sex" (T1, 804).

T2 gibt an, für sich selbst auf der sexuellen Ebene wenig zu brauchen. Als positiv empfindet sie, "[...] das Gute bei den meisten Männern [ist], dass sie sowieso glücklich sind, wenn sie liegen dürfen und die Frau einen beglückt" (T2, 502).

T3 zieht dieses Fazit über ihre gelebte Sexualität: "[...] die Sexualität an sich, ja, ist auf einem Tiefpunkt. Nennen wir es Tiefpunkt, sehr tiefen Tiefpunkt" (T3, 186). Ursächlich dafür sind ihre psychische Erkrankung und die Kinderwunschbehandlung, beides auf dem Hintergrund, dass sie ihre sexuelle Beziehung von Anfang an so einschätzt: "Ich glaube, grundsätzlich sind wir schon sehr verschieden was das angeht" (T3, 359).

T4 reflektiert über die Qualität ihrer gelebten Paarsexualität, dass diese von verschiedenen Faktoren abhängig sei, unter denen die Kinderwunschphase eine sei. Um die Lust aufrechtzuerhalten und zu klären "[...] wie die Sexualität jetzt aussehen darf und auch für den einzelnen dann wünschenswert ist [...]" (T4, 399), beginnen T4 und ihr Partner eine Paar- und Sexualtherapie.

T5 lebt eine erfüllte Paarsexualität. Ihren Partner findet sie nach all der Zeit immer noch attraktiv, anziehend und begehrenswert. Aus Erzählungen, von anderen von unerfülltem Kinderwunsch Betroffenen, weiß sie: "[...] den meisten macht es keinen Spaß mehr" (T5, 337). Sie hingegen schätzt sich glücklich "noch Spaß an Sex" (T5, 338) zu haben.

## 8.4.2 Sexuelles Begehren

Hier wird über die sexuelle Lust und das sexuelle Begehren berichtet. Auch darüber, dass die Person Aussagen darüber trifft, wann Lust/Begehren auf sexuelle Aktivitäten fehlten und die Sexualität dennoch gelebt wurde.

T1 blickt pragmatisch auf das sexuelle Begehren: "Ja, Lust ist da. Die muss man sich dann aber aufsparen. Also es wird ja auch Sex gemacht, wenn keine Lust da ist" (T1, 477). Die körperliche Veränderung durch die Behandlung geht bei T1 mit der Erkenntnis einher: "Und ich habe auch nicht mehr so viel Spaß am Sex. Aber darum geht es ja auch gar nicht mehr so richtig" (T1, 510).

T2 gibt an, dass ihr Begehren für gelebte Sexualität sich auf ein bis drei Mal im Monat eingependelt hat. Es kam vor, dass sie sich zu diesen Begegnungen mehr oder weniger zwingen musste: "Okay. Hauptsache, du bringst es jetzt hinter dich und gut ist" (T2, 494).

T3 vermutet, dass die Behandlung ihr Begehren bremst. Darüber hinaus bemerkt sie, dass der Alltag ihr viel Energie abverlangt, weswegen sie die Lust aus dem Blick verliert: "Dass ich so viel Energie aufwenden muss, um 39 Stunden arbeiten zu gehen und die Arztbesuche so unter einen Hut zu bringen, dass ich da gar nicht hingucke" (T3, 416). Im Urlaub entdeckt sie einen Zugang zu ihrem Begehren und erlebt "[...] Aufregung, Neugier, Lust, Nervosität [...]" (T3, 423).

T4 kennt ihren Körper genau und schreibt ihm die Fähigkeit zu, dass sie zyklusabhängig "[...] quasi so verstärkte Lust empfinde [...]" (T4, 418). Ein verringertes Lustempfinden nimmt sie beim Sexualakt, der zu einer Schwangerschaft führen soll, in Kauf: "Und dann war das auch okay, wenn das jetzt nicht so lange ist oder kurz ist oder wenn das jetzt nicht mit einem riesengroßen Vorspiel oder was jetzt sehr die Lust steigert, sondern das hatte dann einen gewissen Pragmatismus" (T4, 349).

T5 erlebt über die lange Dauer der Beziehung keine Verminderung ihres sexuellen Begehrens: "Und ich wusste nicht, nach so vielen Jahren, es kann immer noch sein, dass man sich wirklich so begehrt gegenseitig" (T5,295). "Ja, aber an sich Sex, zum Beispiel bei uns macht uns noch Spaß. Es macht uns auf jeden Fall Spaß. Es hört nicht auf" (T5, 315).



### 8.4.3 Zeitpunkt der gelebten Sexualität

Hier finden sich Textstellen, die eindeutig eine Verbindung herstellen zwischen dem Zeitpunkt des Geschlechtsverkehrs und dem Zyklus der Frau.

Mit Beginn der Entscheidung ein Kind zu zeugen, legt das Paar den Geschlechtsverkehr auf die fruchtbaren Tage: „Ja, jetzt ist Eisprung-Zeit“ (T1, 37). Diesen Zeitpunkt behalten sie auch während der Kinderwunschbehandlung bei. Das beeinflusst ihr alltägliches Leben: "[...] oh Gott, oh Gott, heute muss es aber sein, sonst ist der Eisprung durch, das ist halt scheiße" (T1, 502).

Da sich bei T1 nach einer Penetration meist ein Scheidenpilz entwickelt, werden Momente der Lust nicht ausgelebt, um den richtigen Zeitpunkt für Geschlechtsverkehr nicht zu riskieren: "Und dann wurde vorher auch kein Sex gemacht. Ob hier jemand Lust hat, oder nicht [...]" (T1, 446). Auch die Vorgaben der Reproduktionsmediziner:innen, um Komplikationen zu vermeiden, behält T1 bei der Wahl des Zeitpunkts für Geschlechtsverkehr im Blick.

Um einen optimalen Zeitpunkt für den Geschlechtsverkehr unter Kinderwunsch zu finden, nutzt T2 einen Ovulationstest und richtet ihre Sexualität nach der fertilen Phase aus. Auch nach dem Entschluss, die Kinderwunschbehandlung nicht mehr fortzusetzen, findet die gelebte Paarsexualität noch immer zu diesem Zeitpunkt statt. T2 macht dies ohne das Wissen ihres Partners. Die Zeit der Kinderwunschbehandlung ist von "Sexverboten" geprägt: "Wir durften ja gar nicht" (T2, 452). In Zeiten, in denen der Sex erlaubt war – nach einem negativen Ergebnis – wurde die Sexualität nicht gelebt: "[...] da hatte ich definitiv keine Lust mehr auf irgendetwas" (T2, 459).

Unter der Kinderwunschbehandlung richtet sich T3 streng an die Empfehlungen der Behandelnden: "Wenn wieder ein Spermogramm ansteht, dann soll der Mann auch wieder enthaltsam sein. Und kurz nach dem Transfer ja besser auch nicht. Und kurz davor ja besser auch nicht" (T3, 166).

Über zehn Jahre versucht T4 schwanger zu werden. Zeiten, in denen sie "[...] anfängt zu rechnen, wann ist der Eisprung, wann ist es jetzt erforderlich, Sex zu haben [...]" (T4, 343) wechseln sich mit Zeiten "[...] okay, jetzt ist der Eisprung, aber jetzt passt es einfach gerade überhaupt nicht [...]" (T4, 360) ab.

Anfänglich schläft T5 täglich mit ihrem Partner. Auch T5 greift zum Ovulationstest, um den besten Zeitpunkt für den Geschlechtsverkehr zu bestimmen. Ihren Partner klärt sie anfänglich darüber auf: "[...] heute ist der Stichtag [...]" (T5, 30). Später verschweigt sie ihm, wann sie ihren Eisprung hat. Das Paar hat weiterhin regelmäßig Sex. Fände der Sex nur noch rund um den Eisprung statt, würde dies Druck auf ihren Partner ausüben.

T5 gibt an, in den vier Jahren der Kinderplanung habe sie "[...] nur EINEN einzigen! [...]" (T5, 307) Eisprung verpasst.

#### **8.4.4 Häufigkeit der gelebten Sexualität**

Textstellen, die einen eindeutigen Bezug zur Häufigkeit für die gelebte Sexualität beschreiben, sowohl für die Zeit vor dem Kinderwunsch als auch für die Zeit mit dem Kinderwunsch.

T1 gibt an, mit dem Entschluss, eine Familie zu gründen "relativ oft Sex" (T1, 395) gehabt zu haben, was "[...] nach einer Weile ein bisschen weniger" (T1, 404) wird. Sie vermutet: "Vielleicht haben wir jetzt sogar mehr Sex als wir hätten, wenn wir jetzt schon ein Kind hätten. Weil wir auf jeden Fall einmal im Monat, oder zweimal, oder dreimal, Sex haben, weil das schon so im Plan steht" (T1, 786).

T2 berichtet, dass sie und ihr Partner sich in der Zeit vor, während und nach der Kinderwunschbehandlung auf "[...] ich sage, mal eins bis dreimal im Monat irgendwie eingependelt [zu] haben" (T2, 476). Teilweise wird innerhalb eines Zyklus nur zum vermuteten fruchtbaren Fenster Geschlechtsverkehr gelebt: "Einmal, das reicht schon" (T2, 525).

Während der Kinderwunschbehandlung hat T4 keinen Sex. In den Phasen zwischen den Zyklen lebt sie mit ihrem Partner Sexualität wieder aus.

T5 lebt die Sexualität mit ihrem Partner überdurchschnittlich häufig aus: Über Monate schläft das Paar "[...] wirklich JEDEN TAG, jeden Tag" (T5, 298) miteinander. Mit den Jahren nimmt die Häufigkeit ab, ohne an Regelmäßigkeit zu verlieren.

#### **8.4.5 Motive für Sexualität**

Textstellen, die einen eindeutigen Bezug für die Gründe/Motive für die (nicht) gelebte Sexualität beschreiben, sowohl für die Zeit vor dem Kinderwunsch als auch für die Zeit mit dem (unerfüllten) Kinderwunsch.

Als Motiv für ihre gelebte Sexualität nennt T1 den Kinderwunsch: "Und ich habe auch nicht mehr so viel Spaß am Sex. Aber darum geht es ja auch gar nicht mehr so richtig. Es geht jetzt um das Kinderkriegen" (T1, 510).

Auch T2 gibt an, die Sexualität ausschließlich "zum Zwecke der Kinderzeugung" (T2, 468) zu leben.

T3 geht in die Paarsexualität, um im Alltag überwiegend Nähe und Geborgenheit zu finden, im Urlaub, um Abenteuerlust und Abwechslung zu erfahren und im Zuge der Kinderwunschbehandlung vor allem Bestätigung: "[...] die Beziehung ist noch intakt. Wir sind noch connected. Wir sind noch zusammen. Da ist noch Nähe, da ist noch Geborgenheit" (T3, 272).

T4 lebt ihre Sexualität anfänglich aus, um ihre Lust zu befriedigen; danach auch, um eine Verbindung zu ihrem Partner aufzubauen, Nähe zu spüren und Entspannung zu erfahren. Diese intime Zeit will sie auch als "[...] spezielle Form von Kommunikation, sexuelle Kommunikation [...]" (T4, 388) verstanden wissen: "[...] sich da auch noch mal darauf einzulassen und zu gucken, was ist für den anderen gut und was möchte der jetzt, was braucht der jetzt" (T4, 390).

#### **8.4.6 Sexualität des Partners**

Hier finden sich Aussagen über die vermutete Einstellung des Partners bezüglich der gemeinsam gelebten Sexualität.

T1 erlebt ihren Partner von Anfang an als sexuell wenig fordernd. Auf ihre Einlassung „[...] beim dritten Date gibt es ja eigentlich mal einen Kuss" (T1, 391) erlebt sie diese Reaktion: "Und dann hat er sich das dann beim vierten Date dann getraut" (T1, 392). Dieses Verhalten zeigt sich weiterhin, er kommt kaum aktiv auf sie zu: "Ich glaube, wir hatten ein, zwei Mal, dass er mal gefragt hat, wie jetzt so der Monatszeitpunkt ist" (T1, 514). Diese Haltung empfindet sie als unterstützend und für ihre Partnerschaft

fast zwingend erforderlich: "Aber er würde mich niemals irgendwie drängen, oder stressen, oder irgendwas. Wenn er das machen würde, wäre bei mir auch richtig. Also ich bin eh schon von allen Seiten zerrissen, psychisch und physisch, dass ich das auch nicht partnerschaftlich aushalten würde, wenn er nicht so wäre wie er ist" (T1, 517).

Sie betrachtet die Qualität der gelebten Paarsexualität auch für ihren Partner als ausgeglichen: "Also es muss, glaube ich, keiner zurückstecken" (T1, 807).

Der Partner von T2 sieht sich – nach ihren Angaben – in seinen sexuellen Aktivitäten eingeschränkt und in seinen Bedürfnissen nicht wahrgenommen. Der Geschlechtsverkehr diene nur noch dazu schwanger zu werden: "[...] er wünscht sich einfach, wieder mit seiner Frau auch zu schlafen und das wäre ja alles überhaupt nicht mehr möglich, es sei denn, es würde ein Nutzen erfüllen" (T2, 461). Sein Begehren wird nicht in jedem Fall geweckt, wenn T2 mit ihrem Partner Geschlechtsverkehr haben will. Im Gegenteil: "Nein, es war dann eher so, dass ich auf ihn zugegangen bin und er das komplett abgewehrt hat" (T2, 511).

T4 gibt zu verstehen, es sei für sie schwierig, für ihren Partner zu sprechen, "[...] weil er jetzt eigentlich für sich selber reden müsste" (T4, 347). Ihrer Beobachtung nach sei es ihrem Partner wenig möglich gewesen, den Sexualakt als reinen Zeugungsakt sehen zu können: "[...] wenn das jetzt nicht so lange ist oder kurz ist oder wenn das jetzt nicht mit einem riesengroßen Vorspiel oder was jetzt sehr die Lust steigert[...]" (T4, 349) verbunden ist. Einen gewissen Pragmatismus zu entwickeln, so vermutet sie, sei "[...] ihm wesentlich schwerer gefallen. Ich glaube auch, dass er ein Druck dadurch hatte [...]" (T4, 352).

Von Anfang an ist die gegenseitige Anziehung zwischen T5 und ihrem Partner groß. Sie hat bis heute kaum abgenommen: "Und ich wusste nicht, nach so vielen Jahren, es kann immer noch sein, dass man sich wirklich so begehrt gegenseitig" (T5, 295). Die sexuelle Aktivität des Partners ist groß. Der Geschlechtsverkehr findet noch zu Beginn der Umsetzung des Kinderwunsches "[...] wirklich JEDEN TAG, jeden Tag" (T5, 298) statt. Die Unbeschwertheit erfährt mit dem Sex nach Termin eine Minderung. Der Partner reagiert mit einer vorübergehenden Potenzstörung und einer Abnahme der Lust. Es war "[...] immer mehr belastend und für meinen Partner sowieso katastrophal, weil, natürlich das hat irgendwann auch Folgen, dass man keine Lust mehr hat" (T5, 31).

Lust erfährt ihr Partner durch ihr Bemühen, eine anregende Atmosphäre zu schaffen, zwar reagiert er nicht auf Reizwäsche, jedoch auf erotische Filme. T5 konstatiert, bei ihrem Partner, "[...] der hat so einen kleinen Knacks, der kommt nicht, solange ich nicht gekommen bin" (T5, 319). Dies bewegt sie dazu, Orgasmen vorzutäuschen.

#### **8.4.7 Folgen von Sex nach Termin**

Hier finden sich Aussagen, wie es sich auswirkt, wenn die gelebte Sexualität strikt nach Termin stattfinden muss.

T1 hat ihr fruchtbares Fenster klar im Blick. Da sie als Paar ihre Sexualität, wie sie selbst beschreibt, "nicht wie die Karnickel" (T1, 420) ausleben, birgt die Aufforderung zu einem bestimmten Zeitpunkt Geschlechtsverkehr auszuüben, ein gewisses Konfliktpotenzial für ihre Partnerschaft: "[...] wenn es nicht zur richtigen Zeit so und so gemacht wird. Dann gibt es dann halt auch Ärger" (T1, 411).

T2 nutzt einen Ovulationstest. Als sie ihren Partner mit einem mit "Smiley" markierten Test konfrontiert, um ihn damit zum Geschlechtsverkehr aufzufordern, reagiert dieser abwehrend: „Hey sorry, das funktioniert für mich so nicht" (T2, 513). T2 gibt darauf zu bedenken: „[...] ja, wenn wir es aber dann nicht machen, wenn es sein muss in diesem Fenster, dann können wir es halt auch gleich lassen mit der Kinderplanung, wenn so eine Kleinigkeit zu einem Problem wird" (T2, 519). T2 beschließt daraufhin, den Partner nicht mehr in die Bestimmung ihres fruchtbaren Fensters einzubeziehen, da dies zu viel Druck auf ihn ausübe. Sie greift in die "Trickkiste" (T2, 448), um die aktiven Verführungsversuche ihres Partners zu lenken und dadurch das richtige Zeitfenster abzupassen: "Okay, jetzt wehrst du dann doch noch ab und sagst du hast Kopfschmerzen, weil du es dann zwei Tage besser findest von deinem Zyklus her" (T2, 445). Die Tatsache, dass sie in der Kinderplanung "die führende Person" ist, baut auch bei ihr Spannung auf.

Mit dem Sex nach Termin, der auf der Paarebene für Gesprächsstoff sorgt, stellt sich bei T4 zunächst ein "gewisser Pragmatismus" ein. Beide Partner fühlen sich in dieser Situation nicht immer wohl. T4 vermisst das Natürliche und entwickelt eine abwehrende Haltung: "[...] dieses Rechnen und sich die Uhr danach stellen, wann der Eisprung ist, ich habe irgendwann eine richtige Abneigung dagegen bekommen" (T4, 335).

Findet der Sex zwischen T5 und ihrem Partner nur noch rund um den Eisprung statt, übt dies Druck auf ihren Partner aus. T5 zwingt sich dazu, jede Chance zu nutzen. Dieser reagiert mit einer sexuellen Funktionsstörung: "Weil er keinen hoch gekriegt hat. Vorher war das überhaupt gar kein Problem bei ihm. Also überhaupt nicht. Aber es ist Kopfsache, absolute Blockade" (T5, 44). T5 gibt an, in den vier Jahren der Kinderplanung "nur EINEN einzigen!" (T5, 307) Eisprung ausgelassen zu haben und fährt fort: "[...] ich hab ein so schlechtes Gewissen gehabt, dass ich den Zyklus nicht genutzt habe, das kannst Du Dir gar nicht vorstellen. So krank ist man im Kopf mittlerweile" (T5, 307).

## 8.5 Ausblick

In diesem Code finden sich Angaben, die Bezug nehmen auf Wünsche/ Sehnsüchte/ Visionen, die die Zukunft beschreiben und Aussagen über einen möglichen "Plan B", wenn keine Schwangerschaft eintritt.

Selbst eine Fehlgeburt wäre für T1 "schon ein[en] Erfolg" (T1, 663), verbindet sie damit doch den Ausblick auf eine bis zur Geburt ihres Kindes dauernde Schwangerschaft. Wenn dies nicht gelingt, setzt sie unbedingt auf Alternativen. Ein Leben ohne Kind kann sie sich nicht vorstellen. Umsetzen will sie ihren Kinderwunsch dann mit einer Pflegschaft, einer Adoption oder auch mit dem Weg ins Ausland, um dort eine Eizellspende zu erhalten.

T2 wünscht sich, wieder gesund zu sein, ungeachtet, ob sich ihr Kinderwunsch erfüllt oder nicht: "[...] ich versuche, dafür zu kämpfen, weil das ist unbezahlbar" (T2, 728). Da ihr Unternehmen unter der Covid-19-Pandemie Einbußen erlitten hat, erhofft sie sich, dass "[...] sie bald wieder durchstarten kann mit der Firma" (T2, 736). Darüber hinaus stehen mehrmonatige Auslandsreisen auf ihrer alternativen Wunschliste: "Und da muss auch nicht unbedingt ein Kind dabei sein, weil da passt es auch eigentlich gar nicht so gut (lacht)" (T2, 741).

Sollte die reproduktionsmedizinische Behandlung in Deutschland nicht zum Erfolg führen, würde T3 den Weg ins Ausland wählen. Blicke auch das erfolglos, resümiert T3: "Also irgendwann muss man dann womöglich auch sagen: Wir geben ganz auf." (T3, 478). Als Plan B benennt T3 die Option einer Pflegschaft oder einer Adoption.

Ihr größter Wunsch wäre es, wenn der beschwerliche Weg zur Schwangerschaft schon erfolgreich beendet wäre. Über ihr persönliches Wohlergehen hinaus wünscht sie sich eine gesellschaftliche und politische Veränderung, was den Blick auf reproduktive Rechte angeht. "Es sind nicht mehr alle Menschen verheiratet und es sind nicht mehr alle Menschen heterosexuell und verheiratet, sondern da gibt es tausend Facetten des Lebens. Und ich finde, ja, dass jeder auch irgendwie die Chance kriegen sollte" (T3, 562). Auch Policyentscheidungen zum Embryonenschutzgesetz fordert sie ein.

Dezidiert äußert sie den Wunsch, dass das Thema Sexualität in der Kinderwunschbehandlung mehr Raum findet: "[...] Ich denke, dass es auch ein wichtiges Thema einfach sein sollte, von Ärzten auch, über das Thema Sexualität zu sprechen mit den Patienten. Denen da auch noch mehr emotionale Unterstützung zu geben" (T3, 567).

T4 wünscht sich, dass ihre Schwangerschaft gut verläuft und sie ein gesundes Kind zur Welt bringt, welches gerne ein Geschwisterkind bekommen darf.

T5 wünscht sich ein langes und glückliches Leben in einer Familie mit Kindern, in Gesundheit und finanziell abgesichert. Über das Persönliche hinaus wünscht sie sich eine Enttabuisierung des Themas unerfüllter Kinderwunsch und Reproduktionsmedizin. Darüber hinaus eine umfassende Aufklärung darüber, welche Auswirkungen der Wunsch und die Behandlung mit sich bringen können. Sie fordert ein: "Jeder hat das Recht Elternteil zu sein und ein Kind zu haben" (T5, 698).

## **9 Fazit**

Die gelebte Sexualität von Frauen, die sich auf Grund ihres unerfüllten Kinderwunsches in reproduktionsmedizinische Behandlung begeben, standen im Fokus dieser qualitativen Interviewstudie. Deren übergeordnetes Ziel bestand darin, einen Beitrag zum besseren Verständnis für die sexuellen Bedürfnisse und das sexuelle Erleben der Frauen zu schaffen, um sexual-beraterische Methoden für Betroffene zu entwickeln. Zu diesem Zweck wurden empirisch zwei Forschungsfragen untersucht:

*F1: Welche Erfahrungen machen Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch, die sich einer reproduktionsmedizinischen Behandlung unterzogen haben, in ihrer gelebten Sexualität?*

*F2: Welche Faktoren beeinflussen das psychische und körperliche Erleben der Frauen bei unerfülltem Kinderwunsch?*

Die Analyse der ersten Forschungsfrage richtet den Fokus auf das sexuelle Erleben der Frauen. Die Ergebnisse knüpfen an die im Forschungsstand abgebildeten Studien an und zeigen, dass Frauen vielfältige Erfahrungen in ihrer gelebten Sexualität machen. Meist sind diese Erfahrungen negativ ausgeprägt. Bis zur generativen Entscheidung ein Kind zu zeugen, findet häufig eine Trennung von sexueller und reproduktiver Sphäre statt. Mit der generativen Entscheidung sind diese zwei Sphären unabdingbar miteinander verbunden. Mit dem Beginn der Reproduktionsmedizin kann Sexualität „überflüssig“ werden: Eine Entkopplung von Reproduktion und Sexualität tritt ein.

Die Analyse der zweiten Forschungsfrage widmet sich den Einflussfaktoren auf Körper und Geist. Hierbei zeigt sich, dass sich die Frauen überwiegend negativen Einflussfaktoren ausgesetzt sahen. So kommen zu der Last des unerfüllten Kinderwunsches der manchmal unsensible Umgang des medizinischen Fachpersonals mit dem geäußerten Kinderwunsch, die mögliche Ausweglosigkeit der Diagnose, die Kräfte zehrende Behandlung und Medikation, die „Achterbahnfahrt der Gefühle“ als weitere Beschwerden dazu. Große Einflussfaktoren, wie der unerfüllte Kinderwunsch gelebt wird, stellen auch die Partnerschaft und das soziale Umfeld dar. Hieraus ergeben sich Anknüpfungspunkte für die weitere Forschung. So könnten Paare vor und nach einer psychosozialen Beratung und Sexualberatung hinsichtlich ihres Erlebens befragt werden.

Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse diskutiert (Kapitel 9.1), die Forschungsmethodik kritisch reflektiert (Kapitel 9.2) und im letzten Abschnitt (Kapitel 9.3) Folgerungen für die Sexualberatung, die Reproduktionsmediziner:innen und Politik und Gesellschaft getroffen.

## **9.1 Ergebnisdiskussion**

Mit dem Ziel, die Frage „Erfüllte Sexualität bei unerfülltem Kinderwunsch“ beantworten zu können, wurden fünf Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch, die sich



in reproduktionsmedizinischer Behandlung befinden oder befunden haben, in qualitativen Interviews befragt.

Die Analyse der Interviews zeigt, dass zumindest passager Beeinträchtigungen der gelebten Sexualität beobachtbar sind. Die Ergebnisse dieser Studie decken sich mit dem unter Kapitel fünf beschriebenen Forschungsstand.

Ob ein Mensch seine Sexualität als erfüllt ansieht, kann die Person nur selbst definieren. Inwieweit die Person dabei alle Aspekte einer erfüllten, gesunden Sexualität in den Blick nehmen kann, hängt von vielen Faktoren ab und ist keine feste Größe. So spielen das persönliche Wertesystem, der kulturelle Hintergrund, die sexuelle Orientierung, das biologische Alter und die Lebensphase des Menschen eine maßgebende Rolle (vgl. WHO, 2006).

Dies gilt gleichermaßen dafür, wie die Person die Tatsache des unerfüllten Kinderwunsches akzeptiert und erträgt.

Von der kognitiven Ebene den Blick auf die körperliche Ebene zu richten, scheint der Autorin essenziell. Nach Sexocorporel besteht bei jeder Betrachtung der gelebten Sexualität und des unerfüllten Kinderwunsches ein Wechselspiel zwischen Körper und Geist. Die (Wieder-) Verbindung zwischen dem expliziten (sichtbaren, bewegbaren, spürbaren) Körper und dem impliziten (wahrnehmenden, fühlenden, denkenden) Körper ist unter den Herausforderungen des Kinderwunsches und dessen Einfluss auf die Sexualität eine Notwendigkeit, jedoch schwer zu internalisieren.

So erleben die Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch häufig ihren Körper als ihnen fremd geworden und nicht mehr spürbar. Selbst Gefühle von starker Feindseligkeit dem Körper gegenüber treten auf. Der Körper als funktionales Vehikel gerät absolut in den Vordergrund.

Ein Körper, der fast ausschließlich nur in negativen Gefühlen, unter dem Aspekt der körperlichen Versehrtheit, wahrgenommen werden kann, verhindert den Zugang zu einer erfüllten Sexualität. Bei der Mehrheit der Frauen ist dies der Fall. (Wischmann, 2013, S. 115)

Betroffen davon ist auch die Partnerschaft. Die Frauen berichten, dass sich der Partner zwar zugewandt zeige, mahnen darüber hinaus jedoch eine weit einfühlsamere Haltung an. Während sich die Frauen eher offen und frei mit anderen Betroffenen austauschen können – Medium Instagram –, fällt ihnen der aktive Austausch über die Gefühlswelt mit dem eigenen Partner oft schwer. Dies gestaltet den Weg in eine gelungene erfüllte Sexualität sicherlich nicht leichter.

F1: Welche Erfahrungen machen Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch, die sich einer reproduktionsmedizinischen Behandlung unterzogen haben, in ihrer gelebten Sexualität?

Mit dem Kinderwunsch beginnt für die Paare häufig ein reges Sexualleben, durchaus lustvoll und unbeschwert. Mit der Diagnose Infertilität kann sich dies ändern. Spontaner Sex vollzieht sich selten bis gar nicht mehr. Wie auch schon Stammer et. al. (2004) und Benyamini et. al. (2005) in ihren Studien zeigen, wird Sex nach Termin zur empfundenen Pflicht und gerade an diesen vermeintlich fruchtbaren Tagen geht Lust verloren, Druck entsteht, werden sogar Schmerzen in Kauf genommen. Diagnostische und therapeutische Maßnahmen können im weiteren Verlauf die gelebte Sexualität belasten. Wie sich die Kinderwunschbehandlung bei den Interviewten auf die Sexualität auswirkt, soll hier dargestellt werden.

Das Erleben des Körpers während der gelebten Sexualität ist sehr individuell. Doch zeigt sich eine deutlich häufigere Betonung, den Körper nicht mehr zu hören, dem Körper nicht mehr zu folgen. So werden Schmerzen beim Geschlechtsverkehr hingenommen, die eigene Erfüllung von körperlichen Sensationen, der Entspannung des Partners untergeordnet. Da der Körper bei manchen der Interviewten mit Gefühlen von Ekel verbunden wird – durch die vaginale Hormongabe –, wird eine sexuelle Begegnung als unmöglich betrachtet. Der Eingriff in die körperliche Unversehrtheit durch diagnostische (Stichwort Gebärmutter Spiegelung) und therapeutische (Stichwort Eizellentnahme) Maßnahmen versehen das Körpererleben mancher Frauen so sehr, dass ein „Verschließungsmechanismus“ (T4, 499) hervorgerufen wird. Unberührt von Belastungen äußert sich eine Frau, die mit ihrem Körper zufrieden ist: "Ich fühle mich in meinem Körper super, also ich bin, ich glaube, eine von wenigen Menschen, die nicht viel auszusetzen hat" (T5, 398) und "[...] ich kann komplett mein Sexualleben ausüben" (T5, 404).

Die Zufriedenheit der gelebten Sexualität in der Partnerschaft liegt auf einer Bandbreite zwischen einer erfüllten freudvollen Paarsexualität bis zu dem Erleben eines völligen Mangels: "[...] die Sexualität an sich, ja, ist auf einem Tiefpunkt. Nennen wir es Tiefpunkt, sehr tiefen Tiefpunkt" (T3, 186). Bei anderen Interviewten wird der Paarsexualität einerseits ein eher geringer Stellenwert eingeräumt oder andererseits der Wunsch nach einer Paar- und Sexualtherapie geäußert.

Ähnlich variantenreich kann sich das Spektrum des sexuellen Begehrens darstellen. Sexualität kann ohne dezidierten Kinderwunsch spontan, lustvoll und befriedigend

erlebt werden. Durch die Nutzung von Kontrazeptiva spielt die Reproduktion zu diesem Zeitpunkt keine Rolle. Schon der Wunsch nach einem Kind verändert den Blickwinkel auf Sexualität und Reproduktion. Mit einem unerfüllten Kinderwunsch bekommt der Faktor Reproduktion eine komplett neue Gewichtung in Bezug auf Sexualität: Eine fast untrennbare Verbindung zwischen Sexualität und Reproduktion entsteht. Als Motiv für die gelebte Sexualität nennen T1 und T2 ausschließlich die Erfüllung des Kinderwunsches. T3 und T4 gelingt es noch, die Sexualität über die Reproduktion hinaus als Bestätigung ihrer Beziehung, als Gefühl von Nähe und Geborgenheit und als spezielle Form der sexuellen Kommunikation zu erleben.

Die strikte Verbindung von Sexualverkehr und Reproduktion hat für viele Paare paradoxerweise zur Folge, dass sie keinen Geschlechtsverkehr mehr haben, weil dieser nicht zum Kind führt. So lässt sich vermutlich erklären, warum die Interviewten kaum oder deutlich weniger sexuelles Begehren verspüren, den Akt einfach hinter sich bringen: „Okay. Hauptsache, du bringst es jetzt hinter dich und gut ist“ (T2, 494). Den Kinderwunsch soll die Reproduktionsmedizin erfüllen.

Die Häufigkeit der gelebten Sexualität variiert zwischen Konzentration der Sexualität auf das fertile Fenster und über dieses hinaus. Der Zwang Sex nach Termin zu haben, schreibt den Zeitpunkt der gelebten Sexualität vor und bedeutet meist einen Verlust der Spontanität, eine Verminderung von Lust und Befriedigung. Die Frauen berichten von Konflikten in der Partnerschaft. Sei es, dass die Partner gerade an den vermutlich fertilen Tagen keine Lust empfinden, sie sich unter Druck gesetzt fühlen oder sich nicht als Person in ihrer Ganzheitlichkeit wahrgenommen fühlen. Wenn gar an den vermeintlich fruchtbaren Tagen kein Geschlechtsverkehr stattfindet, entstehen auf der Seite der Frau Schuldgefühle und ein schlechtes Gewissen: "[...] Ich hab ein so schlechtes Gewissen gehabt, dass ich den Zyklus nicht genutzt habe, das kannst Du Dir gar nicht vorstellen. So krank ist man im Kopf mittlerweile" (T5, 307). Der Druck, den der Sex nach Termin auf Männer ausübt, führt in manchen Fällen gar zu einer sexuellen Dysfunktion, beim Partner von T5 zu einer passageren Erektionsstörung. Um diese nicht weiter zu manifestieren, entschließt sich T5 dazu, den Partner nicht mehr über ihr fertiles Fenster zu informieren. Vielmehr schläft sie unregelmäßig und häufig über den gesamten Zyklus verteilt mit ihm. „[...] deswegen muss das so regelmäßig aufgeteilt werden, damit ihm auch das nicht einfällt, dass die Olle jetzt Eisprung hat“ (T5, 343). Darüber hinaus richtet sich der Blick von T5 auf die Anziehungscodes und Faktoren, die seine Lust steigern, schaut mit ihm gemeinsam Pornos, ohne eigenen Gewinn. Da ihr Partner nur einen Orgasmus erleben kann, wenn sie vor oder mit ihm einen solchen erfährt, täuscht sie Orgasmen vor, um

schwanger zu werden. Bei diesem Paar stimmen die Häufigkeit der gelebten Paarsexualität und das Begehren vollständig überein.

Anders verhält es sich bei T1. Ihren Partner beschreibt sie als von Anfang an wenig sexuell fordernd. Diese Haltung behält er unter der Behandlung bei, zeigt sich auch hier wenig aktiv. Würde er sexuell fordernder auftreten, könnte das laut T1 das Aus für ihre Beziehung bedeuten. Sie sieht ihre Beziehung in einem sexuellen Gleichgewicht.

Dem entgegen sieht der Partner von T2 die Paarsexualität während der Kinderwunschbehandlung nicht als ausgeglichen an. Er wünscht sich häufiger Sex als sie, dies jedoch nicht zwanghaft rund um den Eisprung. Den stattfindenden Sex gestaltet T2 für sich eher mechanisch, gleichwohl unter dem Gesichtspunkt, es dem Partner angenehm zu machen.

Die Ungewissheit, die durch eine ungeklärte Diagnose (idiopathische Infertilität) entsteht, führt bei T2 zu Tendenzen, die Schuld bei sich zu suchen, immer wieder aufs Neue nach Ursachen, nach Lösungen, nach weiteren Möglichkeiten zum Erreichen einer Schwangerschaft zu suchen. Dies kann sich wiederum auf die Paarsexualität auswirken.

Schmerzen der primären Geschlechtsorgane im Zyklus zeigen T2 bei jeder Monatsblutung wieder das „Versagen/ das Nichtgelingen“ auf und schenken das Bild auf den eigenen Körper sicherlich nicht. Auch hier kann der Sex beeinflusst sein.

Bei T3 ist das Spermogramm des Mannes auffällig. Rückschlüsse darauf, wie ihr Mann mit dieser Diagnose umgeht und diese sich eventuell auf die gemeinsame Sexualität auswirken, zieht sie nicht. Sie glaubt nicht, dass sie den falschen Partner gewählt habe und sieht von ihrer Seite aus keinen Einfluss auf ihre Sexualität, da er der Verursacher ist. Auch der Partner von T5 gilt als der Verursacher. T5 sieht zwischen seiner sexuellen Funktionsstörung (Erektionsstörung) keinen Zusammenhang, sondern diese vielmehr im Sex nach Termin begründet.

F2: Welche Faktoren beeinflussen das psychische und körperliche Erleben der Frauen bei unerfülltem Kinderwunsch?

Ist der Wunsch nach Elternschaft schon von klein auf in der Person als klar internalisierter Wunsch gewachsen und sind die Motive für Mutterschaft als das Lebenskonzept gesetzt, bestimmt dieser dringende Wunsch das gesamte Persönlichkeitsbild.

Eine ausführliche eigene Recherche lässt einen Zwiespalt entstehen: einerseits fühlen sich die Interviewten (T1-T3; T5) über Strecken gut vorbereitet, andererseits sind sie von zu viel Wissen verunsichert und verängstigt. Darüber hinaus verlieren sie sich in der Vorstellung, je mehr sie recherchieren, wissen und danach handeln, umso zwingender muss es zu einer Schwangerschaft kommen. Dafür sind sie außerdem bereit, viel Geld auszugeben. Auch leidet darunter vermutlich die Partnerschaft. „Und aber, das war aber meine eigene Wissenschaft, da hatte dann auch meine Familie nichts damit zu tun, da war ich in meiner ganz eigenen Welt gefangen“ (T2, 623).

Entscheidungen fällen die Interviewten immer unter dem Gesichtspunkt unerfüllter Kinderwunsch (T2, T3, T5). Daraus resultiert ein Gefühl von Ohnmacht, von Ausgeliefertsein, von Hilflosigkeit, von Überforderung. Sie fühlen sich in ihrem Körper nicht mehr wohl, lehnen ihn ab, hassen ihn gar. Wenn andererseits der Kopf zu laut spricht, geht der Bezug zum körperlichen Erleben weitgehend verloren.

Das Umfeld übt auf das Erleben der Interviewten einen wichtigen Einfluss aus. Während T3 und T4 sich ohne Schwierigkeiten und mit Gewinn mit Freunden und Kindern treffen können, entzieht sich T1 fast komplett dem sozialen Umfeld. T2 wählte dabei die Konfrontation. Uneinfühlsames Verhalten des Umfelds, voreilige Rückschlüsse und Ratschläge können das Gefühl mit dem unerfüllten Kinderwunsch nicht ernst genommen zu werden, entstehen lassen. Auch wächst die Selbstkritik.

Neid darüber, dass andere so schnell und ohne Beschwerneis schwanger werden, führen im Inneren zu einem Zwiespalt. Einerseits will man sich die Gefühle erlauben und bekommt teilweise sogar angeraten, diese zuzulassen und auszuleben und andererseits können diese Gefühle die Person ihrem Umfeld entfremden.

Scheint den Personen in ihrem Alltag häufig wenig Anerkennung für ihren Weg gezollt zu werden, suchen und finden sie diesen bei ähnlich betroffenen Menschen. Wie sich in den Interviews zeigte, hat hierbei das Medium Instagram eine große Relevanz. Dort finden die Frauen eine Gemeinschaft von Gleichgesinnten, denen sie sich nicht erklären müssen, von denen sie eher Rückhalt als unerwünschte und häufig auch unreflektierte Ratschläge erwarten können. Vielmehr finden sie dort Wertschätzung für ihre anstrengenden Bemühungen.

Wie gemeinsam oder unterschiedlich die Partner auf das Phänomen unerfüllter Kinderwunsch reagieren, hat einen erheblichen Einfluss auf das Erleben der Frau. Die reproduktionsmedizinische Behandlung muss bis auf die Samenspende und das Verfahren wie TESE allein von der Frau ausgehalten werden. Umso bedeutender ist jeder Schritt, den der Partner gemeinsam mit ihr geht (Lechner et al., 2007; vgl. Smith et al., 2009). Unterstützt erfährt sie sich, wenn ihr Partner sie in der

reproduktionsmedizinischen Behandlung begleitet, indem er ihr die Spritze gibt; wenn er die Nebenwirkungen für die Partnerin im Blick behält und in Rechnung stellt, dass sie unter Beeinträchtigungen leidet.

Belastend für die Interviewten wird es, wenn der Partner ihr Leid zwar sieht, aber diesem jedoch durch das Beenden der Behandlung ein Ende gesetzt sehen will. Die Frau interpretiert diesen Vorschlag als mangelnden Wunsch nach dem gemeinsamen Kind. (Zumal die Partner von T2 und T5 die Kinderwunschbehandlung nur für die Frau eingegangen sind.) Der Partner will nicht den Preis zahlen, den die Frau dafür bereit ist zu zahlen. Die Frau erlebt dies als Bedrängnis: Will der Partner das Kind weniger und liebt deswegen auch weniger?

Die intrapersonalen negativ geprägten Gefühle der Interviewten erschweren den Zugang zu einer positiv erlebten Realität bis dahin, dass sie ihn verhindern. Selbsthass, Energieverlust, Frustration, Angst, Schmerz bestimmen Monat für Monat, Zyklus für Zyklus die Gefühlslage der Interviewten, gleichzeitig verbunden mit starken Hoffnungen. Dies alles auf dem Hintergrund, erfolgreich sein zu müssen. Annette Tretzel (2008) formuliert es so: „Das soziale Leitbild, das als Orientierung für das ‚richtige Leben‘ gilt, lautet: selbstbestimmt, selbstverantwortlich und mit größtmöglicher Eigeninitiative zu gestalten“ (Tretzel, Annette, 2008, S. 24). Dieser „allumfassende Anspruch der Machtbarkeit“ stellt für die handelnde Person eine große Herausforderung dar: Kann diese Forderung überhaupt erfüllt werden, wenn es darum geht, schwanger zu werden? Gelingt dies nicht, kann sich bei der Frau ein Gefühl von Versagen einstellen, dem häufig ein Gefühl von Schuld folgt: "[...] du fühlst dich erst einmal kaputt, defekt, es fühlt sich nach Kontrollverlust an" (T2, 73).

Da sich eine Schwangerschaft für die Schwangere vermeintlich vom ersten Augenblick an körperlich manifestiert, beobachten Frauen mit unerfülltem Kinderwunsch ihren Körper ständig und intensiv. Der Fokus der körperlichen Auseinandersetzung liegt meist auf der Beobachtung, ob empfangen wurde oder nicht. Jedes Ziehen, jede Veränderung der Brüste wird in Bezug gesetzt zum Wunsch, schwanger zu sein. Die Beobachtung des eigenen Körpers und seines Zyklus‘ beschreiben die Frauen einerseits als Gewinn, andererseits als Belastung: kennen sie doch danach etwa ihren Zyklus besser und steigern damit die Chancen auf eine Schwangerschaft, verlieren jedoch andererseits den Körper als Ganzes, als mögliche Kraftquelle aus dem Blick.

Menschen mit unerfülltem Kinderwunsch halten die Reproduktionsmedizin mit ihren ständig neuen Technologien für *den* sicheren Weg, schwanger zu werden. Mit dieser Gewissheit wenden sie sich an ein Kinderwunschzentrum. Die Kinderwunschzentren unterstützen mit ihrer Werbung und der Darstellung ihrer Erfolge dieses Bild. Nennen sie doch nicht die Lebendgeburtenrate (baby-take-home-rate), sondern die Schwangerschaftsrate pro Behandlungszyklus. Das Kinderwunschzentrum Fleetinsel Hamburg präsentiert den eigenen Erfolg mit 41 Prozent klinischer Schwangerschaft pro Embryotransfer (Kinderwunschzentrum Hamburg Fleetinsel, 2021). Diese Erfolgsrate deckt sich mit den von der Allgemeinbevölkerung angenommenen Geburtenrate nach reproduktionsmedizinischer Behandlung (Stöbel-Richter et al., 2006). Dem gegenüber steht die tatsächliche Lebendgeburtenrate von 23,5 Prozent im Jahr 2018 (Deutsches IVF-Register, 2019, S. 8).

Der Weg in das Kinderwunschzentrum ist für die Paare mit großen hoffnungsvollen Erwartungen verbunden. Dem wird das medizinische Fachpersonal nicht immer gerecht. Beginnend mit einer unzureichend ausführlich erhobenen Anamnese, über eine zu schnelle Diagnose bis hin zu der Vermutung vornehmlich wirtschaftliche Gründe bestimmten die Behandlung, reichen die Faktoren, die das Erleben der Interviewten beeinflussen. Die Frauen reagieren mit Unverständnis, Skepsis und Empörung, wenn Anweisungen gegeben werden, ohne dass der bisherige Verlauf der Behandlung berücksichtigt ist: „Also auch so Ärzte, die gar nicht wissen, wen sie da gerade vor sich haben“ (T1, 217). Die Behandlung im Kinderwunschzentrum lässt T2 sogar zu dem Schluss kommen "[...] ich habe mich gefühlt, immer wie eine Labormaus auf dem Fließband" (T2, 314).

Um die Behandlungen fortsetzen zu können, sind die Frauen darauf angewiesen, sich auch den positiven Elementen der Kinderwunschbehandlung zu öffnen. Die Möglichkeit im ausführlichen Gespräch eigene Behandlungsvorschläge verbalisieren zu können, die reibungslose und schnelle Behandlungsfolge, empathische und rational agierende Ärzt:innen erleichtern den mühevollen Weg. Diese Hilfestellung erhalten die interviewten Frauen nur bedingt, sie fühlen sich nicht genügend informiert und beraten. Alle fünf Interviewten äußern den dezidierten Wunsch nach umfassender Aufklärung und umfassender Begleitung sowohl durch die Gynäkolog:innen als auch durch die Reproduktionsmediziner:innen. Darüber hinaus kam auch der Wunsch nach konkreter Sexualberatung zur Sprache und der Wunsch nach psychosozialer Begleitung. Dies alles auf dem Hintergrund einer

Enttabuisierung und Entstigmatisierung von Menschen mit unerfülltem Kinderwunsch und in reproduktionsmedizinischer Behandlung.

Als hilfreich erwies es sich für die Frauen, sich mit der Kinderlosigkeit durch Selbstreflexion auseinanderzusetzen: Sie konnten danach offener mit dem Thema umgehen – Arbeitgeber:in informieren –, sich aktiv um Erholung und Zuwendung zum eigenen Körper kümmern. Die Entschlusskraft wuchs, Gefühle wie Wut, Trauer und Schmerz hochkommen zu lassen und sie dadurch zu bewältigen. In manchen Fällen erwies sich eine Behandlungspause als sinnvolle Bewältigungsstrategie, um dem "Körper wieder näherzukommen" und sich "physisch und psychisch dann wieder [zu] erhole[n]" (T1, 543). In anderen Fällen führte die Reflexion zum Entschluss, die Behandlung zu beenden, um die eigenen emotionalen Grenzen nicht zu überschreiten (vgl. Lechner et al., 2007). Die Selbstreflexion findet auf Basis unterschiedlicher äußerer Einflüsse statt: So können sich einerseits Frauen von einem streng hierarchisch geprägten Ärzt:innen-Patient:innen-Verhältnis gut geführt fühlen, bei anderen hingegen löst diese Haltung eine starke Abwehrreaktion aus. Dadurch wird deutlich, dass die Strategien und die Ressourcen, die den Betroffenen zur Bewältigung ihres unerfüllten Kinderwunsches zur Verfügung stehen, von der bisherigen Lebensgeschichte, dem prägenden Umfeld und der Person selbst abhängen.

Das eigene Körperbild wird während der reproduktionsmedizinischen Behandlung auf eine harte Probe gestellt. Zeigt es doch durch das Nichterfüllen des Kinderwunsches seine eigene Gesetzmäßigkeit. Das kann so weit gehen, dass eine Frau konstatiert: „[...] da habe ich meinen Körper gehasst“ (T2, 537). Diesem Resümee gehen belastende Behandlungen und Eingriffe voraus. Dabei nehmen die Frauen Probleme in Kauf: mit der Verdauung, mit der Haut, mit Gewichtszunahmen und Überstimulationen, die zum Teil stationär behandelt werden müssen. Alles mit dem Ziel, den Körper zum Funktionieren zu bringen. „Die Idee der Selbstverantwortung trifft zusammen mit gängigen Vorstellungen von sich selbst und dem eigenen Körper, nach denen der Körper eine Art Maschine sei, deren Einzelteile beliebig optimierbar seien“ (Tretzel, Annette, 2008, S. 24).

## **9.2 Methodenkritik**

Nach der Darstellung und Diskussion der Untersuchungsergebnisse in den vorangegangenen Kapiteln sollen im vorliegenden Kapitel kritische Anmerkungen zur



angewandten Methodik reflektiert werden. Hierzu orientiert sich die Autorin an dem von der Psychologin Ines Steinke zusammengestellten Gütekriterien-Katalog für qualitative Forschung (Döring & Bortz, 2016, S. 112). Die methodenkritische Darstellung gliedert sich in Unterpunkte, die sich an der methodischen Abfolge der Arbeit orientiert.

### **9.2.1 Die Stichprobe**

Die Rekrutierung der für das Interview in Frage kommenden Frauen gestaltete sich aufwendiger und zeitintensiver als angenommen. Durch die im Vorfeld der Studie angefragten Türöffner:innen (Reproduktionsmediziner:in, Gynäkolog:in) konnte nicht wie erwartet ein Zugang zum Feld geschaffen werden. Wirkt sich doch jede spezifische Art der Gewinnung von Interviewpartner:innen auf die Stichprobe aus (Przyborski & Wohlrab-Sahr, 2014, S. 60). Die Autorin nutzte deshalb den Weg der direkten Kontaktaufnahme. Der Vorteil lag darin, den Kontakt und die Beziehung strukturieren zu können, wenn dies auch sehr aufwendig war. Die intensive Vorbereitung auf die Interviews – Kontaktaufnahme auf Instagram, Zusendung von Infomaterial, ein telefonisches Kennenlerngespräch, flexible Möglichkeiten der Terminabsprache – schuf eine Vertrauensbasis für das gemeinsame Arbeitsbündnis. Der relativ niedrige Rücklauf auf die Kontaktaufnahmen bei Instagram lässt eine gewisse Selektivität der Stichprobe vermuten. Trotz des auf dem im Vorfeld zugesandten Infoblatts und im Vorgespräch abgefragten Fakt, dass die Frauen in reproduktionsmedizinischer Behandlung sein sollen, waren zwei der Frauen nicht mehr aktuell in der Kinderwunschbehandlung (T2, T4). Dies wurde erst im Laufe des Interviews klar. Demzufolge ist die Kausalität zwischen der Stichprobe kritisch zu betrachten. Die Forschungsfragen bezogen sich explizit auf das Erleben in Zeiten der reproduktionsmedizinischen Behandlung. Die Autorin kann nicht ausschließen, dass bei T2 und T4 die Antworten mit Bezug auf die beendete Behandlung bzw. durch die eingetretene Schwangerschaft retrospektiv anders bewertet werden. Auch die in der Literatur häufig zu findende Berücksichtigung der Antworttendenz hin zu sozialer Erwünschtheit muss in Betracht gezogen werden (Wischmann, 2013, S. 115).

### **9.2.2 Datenerhebung anhand von Interviews**

Mit Blick auf die Sensibilität des Forschungsthemas erwies sich die Indikation des qualitativen Vorgehens als sinnvoll. Die Autorin wollte, wie an den zwei formulierten Forschungsfragen deutlich wird, die subjektiven Erlebenswelten der Interviewten

evaluieren und abbilden. Dem Ziel der Rekonstruktion der persönlichen Sichtweisen näherte sie sich durch halbstrukturierte Leitfadeninterviews an.

Als den Prozess des Fremdverstehens fördernd, empfand die Autorin die Möglichkeit, zwei Interviews face-to-face stattfinden zu lassen. Die Frauen konnten dabei selbst bestimmen, wo sie das Interview durchführen wollten und konnten so einen Ort wählen, an dem sie sich sicher fühlten und sich der Sensibilität des Themas offen stellen konnten. Beide wählten ihr Wohnumfeld. So konnte die Autorin einen ganzheitlichen Eindruck der Frauen gewinnen und auch ganzkörperliche non-verbale Signale im Blick behalten.

Als teilweise beschwerlich empfand die Autorin die Online-Interviews. Teilweise war die Tonqualität nicht stabil, so dass eine hohe zusätzliche Konzentration, nicht nur auf das inhaltliche Verstehen, sondern auf das akustische Verstehen gelegt werden musste. Auch zeigte sich dabei kurzzeitig die Sorge, dass diese Teile des Interviews nicht transkribierbar sein könnten. Darüber hinaus waren Gesprächspausen, die im Erzählen der Interviewten entstanden, für Interviewte als auch Interviewenden schwerer „auszuhalten“.

Durch die Erzählimpulse wurden die Interviewten zum Erzählen aufgefordert, jedoch thematisch geleitet. Die Durchführung eines qualitativen Interviews gleicht einem Balanceakt. So gilt für den Interviewenden: „[...] offen sein und steuern, Vertrautheit signalisieren und Distanz wahren[...]“ (Helfferich, 2011). Die Herausforderung offen zu fragen und den Gesprächsfluss sinnstiftend zu lenken, sind und bleiben ein Lernprozess. Da die Autorin in ihrem Beruf beratende, therapeutische Gespräche führt und im Vorfeld der Interviews die weiterführende Literatur dazu gelesen hatte, wusste sie um die Herausforderung, bei sehr emotionalen Einlassungen der Interviewten eine professionelle forschende Haltung einzunehmen: Dies gelang ihr gut. Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen wurden im Verlauf gestellt, um das Thema zu vertiefen. Als darin unterstützend erwies sich der formal übersichtliche und leicht handhabbare Interviewleitfaden. Dennoch kam es beispielsweise im Interview mit T1 vor, dass T1 eigenständig auf das Thema Sexualität eingehen wollte und die Autorin dies mit einem „Noch nicht!“ verhinderte. Das sollte so nicht passieren. Im Interview mit T4 ließ sich die Autorin teilweise davon irritieren, dass T4 anscheinend die Erzählimpulse, nicht wie die drei vorangegangenen Interviewten, als nicht initiiierend empfand. Wie sehr die Subjektivität der Forschenden im Blick gehalten werden muss, ahnte die Autorin bereits während des Interviews mit T4 und in der Textarbeit am Material wurde dies sehr deutlich. Teilweise stellte die Autorin während

des Interviews fast keine offenen Fragen, da sie eine Hypothese bestätigt sehen wollte.

### **9.2.3 Datenauswertung**

Für die Verschriftlichung der gesprochenen Sprache wurde das Transkriptionssystem nach Kuckartz genutzt. In den Transkripten wurden die Kommaregeln weitgehend nicht beachtet. Die Sprache, samt vorhandener Dialekte wurde leicht geglättet. Ebenso wurden nonverbale Ereignisse nicht erfasst. Aufgrund der Nachvollziehbarkeit wurden aber paraverbale Äußerungen sowie Betonungen, Lautstärke und Sprechpausen festgehalten. Dennoch ist zu erwähnen, dass Informationsverluste mit dieser Umformung unvermeidlich verbunden sind (Kuckartz, 2018, S. 166). Vor allem bei T5 könnte dies der Fall gewesen sein.

Die Auswertung der Daten wurde positiv durch die MaxQDA-Software unterstützt. Der im Vorfeld erstellte deduktive Kategorienleitfaden, inklusive seiner Definitionen, erwies sich einerseits als stellenweise zu detailliert und andererseits als nicht genug ausdifferenziert. Somit ergaben sich bereits während des ersten Codierprozesses einige induktive Kategorien. Alle Codes, Subcodes und Segmente wurden in jedem weiteren Codierprozess sortiert und das Material reduziert. Als sehr hilfreich erwies sich dabei eine präzise Definition für den jeweiligen Code und ein daraus entstandener nachvollziehbarer Codierleitfaden. Insgesamt ergaben sich fünf Codierprozesse des gesamten Materials, was deutlich mehr Zeit in Anspruch genommen hatte als erwartet.

Resümierend lässt sich sagen, dass die im qualitativen Forschungsprozess getroffenen methodischen Entscheidungen dem Forschungsvorhaben entsprachen. Unter Berücksichtigung der Gütekriterien qualitativer Forschung könnte die Arbeit ausgebaut werden.

## **9.3 Folgerungen für die Sexualberatung, die Reproduktionsmediziner:innen, Politik und Gesellschaft**

Die Autorin möchte im Folgenden zeigen, wie es gelingen kann, das Leid der Betroffenen zu mindern.

Sie erinnert sich an die Panik zurück, die als Schulmädchen im Teenager-Alter im Aufklärungsunterricht von den Lehrer:innen verbreitet wurde. Sie wurde mit der Angst vor einer Schwangerschaft oder einer sexuell übertragbaren Krankheit terrorisiert. Die Lehrer:innen vermittelten das Gefühl, sie würde nur beim bloßen Gedanken an

Geschlechtsverkehr schwanger werden. Wie winzig das fruchtbare Fenster ist und zu welchem Zeitpunkt der Geschlechtsverkehr für eine Schwangerschaft stattfinden muss, wurde ihr erst viel später klar. Wie vielen Menschen mag es ähnlich ergangen sein? So äußerten etwa Interviewte, ihr fruchtbares Fenster nicht eindeutig bestimmen zu können. Der Einbezug von reproduktivem Wissen in den Sexualkundeunterricht in den Schulen scheint deshalb dringend notwendig.

Gynäkolog:innen und Reproduktionsmediziner:innen sollten das (Un-) Wissen ihrer Patient:innen in Bezug auf ihren Zyklus und ihr fertiles Fenster erfragen und nach Bedarf das Wissen darum vermitteln. Sie selbst sollten ihre Kenntnisse über die Definition und die Handlungsempfehlungen für die Diagnostik und Behandlung kritisch reflektieren, ebenso wie die manchmal etwas saloppe Gesprächsführung, in der sich die Frauen in ihrem Wunsch nicht ernst genommen und alleine gelassen fühlen.

Um Menschen das Leid des unerfüllten Kinderwunsches, der eventuell aus Gründen des Aufschiebens entsteht, zu ersparen, wäre ein sensibles Erfragen eines möglichen (späteren) Kinderwunsches aus präventiven Gründen angezeigt. Obwohl sich die Technologien in der Reproduktionsmedizin ständig weiterentwickeln, heißt dies nicht, dass eine Schwangerschaft bis ins hohe Alter möglich wird. Die Erfolgchancen realistisch darzustellen und an die Öffentlichkeit heranzutragen, ist zwingend erforderlich. Dass der Kinderwunsch immer später erfüllt werden soll, ist auch wirtschaftlichen Gegebenheiten geschuldet. Daraus könnte sich der Anspruch ableiten, junge Familien mit Kindern besser zu unterstützen.

Einen vermehrten Beratungsbedarf sieht die Autorin in Bezug auf die ungenügend erhobene Sexualanamnese durch Behandelnde. Vermutlich ist dies der mangelnden Vermittlung eines soliden theoretischen Gerüsts, dem fehlenden Training des Sprechens über Sexualität im Studium und der Weiterbildung zu aktuellen Forschungen während der beruflichen Tätigkeit geschuldet. Oder findet auf Seiten der Ärzt:innen durch die Diagnose Infertilität, ebenso wie bei den Betroffenen, mit dem Eintritt in die Reproduktionsmedizin eine Trennung von Sexualität und Fortpflanzung statt? Warum (sonst) berichteten die Interviewten in den Vor- und Nachgesprächen (Postskriptum), dass sie alle nicht von den Reproduktionsmediziner:innen auf ihre Sexualität angesprochen worden waren? Der Ausschluss einer sexuellen Funktionsstörung, die das Eintreten einer Schwangerschaft verhindert und deshalb vor der Kinderwunschbehandlung therapiert

werden müsste, erfolgte demnach nicht. Die Bedeutung der menschlichen Sexualität geht jedoch über die reine Fortpflanzung hinaus. Die Frage nach der Zufriedenheit mit der (partnerschaftlichen) Sexualität sollte deshalb ein integraler Bestandteil der Beratung von Kinderwunschpaaren sein. Die vorliegende Studie kommt wie vorangegangene zu dem Ergebnis, dass (passagere) Beeinträchtigungen/Störungen der Sexualität während der Kinderwunschbehandlung auftreten. So scheint es geboten zu sein, gezielt nach sexuellen Problemen zu fragen, um Veränderungen im sexuellen Erleben und Verhalten im Behandlungsverlauf positiv beeinflussen zu können: Eine Vermittlung an Sexualberater:innen könnte hier Abhilfe schaffen.

Wie erhellend kann es da für Betroffene sein, wenn sie erfahren, dass sie mit ihrem Erleben nicht alleine sind! Wie mag sich ein Paar, das sich ein Kind wünscht und nur noch zum Zwecke dieses Wunsches miteinander verkehrt, fühlen? Wie stark überträgt sich das Schuld-, Scham- und Versagensgefühl nun auch auf die Sexualität: Wir können schon kein Kind bekommen und jetzt sind wir auch nicht mehr in der Lage, eine erfüllte Sexualität zu leben? Andere Paare können das doch noch! Die Paare in der Kinderwunschbehandlung darüber aufzuklären, dass eine Veränderung, gar Verschlechterung innerhalb der Paarsexualität normal ist, scheint der Autorin deshalb unabdingbar.

Zudem sollte den Klient:innen vermittelt werden, dass in der Beratung nicht der „bessere Sex“ den Erfolg markiert, sondern das Wiederentdecken von Sexualität als Element der eigenen Identität. Weg von neuen Normen der Funktionalität und Leistungsansprüchen an sich selbst und den Körper (tatsächlich findet diese Trennung ja häufig statt). Dem Ansatz Sexocorporel folgend, will die Autorin die Klient:innen in ihrer Beratung nicht weiter nach Ursachen forschen lassen, sondern den Fokus der Aufmerksamkeit auf das *Wie* richten. Wie können sich Cis-Personen mit unerfülltem Kinderwunsch wieder positiv ihrem Körper zuwenden, unabhängig vom weiblichen Zyklus, unabhängig von dem Gefühl, „seinen Mann stehen“ zu müssen? Wie können sich Menschen in ihrem Körper gut beheimatet fühlen? Wie können sie ihre Kompetenz stärken, sich selbst und die Prozesse in ihrem Körper zu erspüren, ernst zu nehmen und ihnen eine Bedeutung zuzuschreiben? Die Sexualberatung kann helfen, Antworten darauf zu finden.

Ein körperorientiertes Vorgehen trägt dazu bei, den Körper nicht nur auf seine Funktion zu reduzieren. Dies hilft das eigene Verhalten und Erleben nicht nur verstehen, sondern auch modulieren zu können. Dabei gilt es, einen Wechsel in der Perspektive zu entwickeln und nicht mehr von einer sexuellen Funktionsstörung – Libidoverlust, Erektionsstörung –, sondern von einer zu meisternden

Entwicklungsaufgabe zu sprechen. Und dabei zur ganz eigenen erlebbaren Gewissheit zu gelangen, dass sich sexuelle Handlungen emotional und/oder körperlich lohnen. Aus dieser Gewissheit heraus, kann über die Selbstregulation, eine positive Wahrnehmung des Körpers gefördert werden. Der Mensch wird befähigt, seine erkannten Bedürfnisse auch umsetzen zu können. Jedoch nie im Sinn einer weiteren Selbstoptimierung, als vielmehr unter dem Blickwinkel den eigenen Erfahrungshorizont am konkreten Körper erweitert zu sehen. Dadurch werden starre gesellschaftliche Vorstellungen und scheinbar geltende Normen, wie der Mensch zu sein hat, reflektiert und im individuellen Sinne angepasst.

Dann wird nicht mehr (nur) gedacht und gefühlt, sondern gespürt. Ihr Erkennen *und* ihr Erleben können die Menschen im besten Fall jetzt anders als bisher einschätzen: ganzheitlich, differenziert und selbstermächtigend. Andere Reaktionen werden möglich: wertschätzend statt defizitär; lebendig statt starr; im eigenen Sinn agierend statt Anforderungen folgend.

So mag sie sich jetzt einstellen: die erfüllte Sexualität ungeachtet äußerer „unerfüllter“ Umstände. Jetzt ist sie kein „notwendiges Übel“ mehr, sondern eine Kraftquelle und Ausdruck des eigenen Wesens. Im Idealfall führt dies bei den Klient:innen zu der Erkenntnis, dass das Gestalten ihrer Sexualität lebenslang lernbar und veränderbar ist.

## 10 Literatur

- Benyamini, Y., Gozlan, M., & Kokia, E. (2005). Variability in the difficulties experienced by women undergoing infertility treatments. *Fertility and Sterility*, 83(2), 275–283. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2004.10.014>
- Brockhaus (Hrsg.). (2006). *Brockhaus Enzyklopädie in 30 Bänden* (21. völlig neu bearbeitete Aufl). F. A. Brockhaus.
- Brotto, L. (2009). Improving the Female Sexual Function Index. [Letter]. *Journal of sex & marital therapy*, 35, 83–85. <https://doi.org/10.1080/00926230802712327>
- Bullmann, C. (2020). Schilddrüsenfunktionsstörungen in der Reproduktionsmedizin. In K. Diedrich, M. Ludwig, & G. Griesinger (Hrsg.), *Reproduktionsmedizin* (S. 39–47). Springer. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-57636-6\\_4](https://doi.org/10.1007/978-3-662-57636-6_4)
- Bundesärztekammer. (2018). Richtlinie zur Entnahme und Übertragung von menschlichen Keimzellen im Rahmen der assistierten Reproduktion. *Deutsches Ärzteblatt*. [https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.Rili\\_assReproduktion\\_2018](https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.Rili_assReproduktion_2018)
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2015). *Richtlinie des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend über die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Maßnahmen der assistierten Reproduktion*. [http://www.verwaltungsvorschriften-im-internet.de/bsvwvbund\\_29032012\\_41487300000105.htm](http://www.verwaltungsvorschriften-im-internet.de/bsvwvbund_29032012_41487300000105.htm)
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). (2017). Kinderwunsch 3— Sehnsucht nach einem Kind. *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)*, 56.
- Czeromin, U., Tandler-Schneider, A., & Krüssel, J. S. (2018). *Deutsches IVF-Register (D.I.R) Jahrbuch 2017*. *Journal für Reproduktionsmedizin und*

- Endokrinologie*(15. Jahrgang 2018 / Modifizierter Nachdruck aus Nummer 5-6: 219-49).
- Dekker, A. (2013). Was heißt: Sexualität ist „bio-psycho-sozial“? *Zeitschrift für Sexualforschung*, 26(01), 34–43. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1335069>
- Deutsches IVF-Register. (2000). *Jahresbericht 2000*. <https://www.deutsches-ivf-register.de/perch/resources/downloads/dirjahrbuch2000.pdf>
- Deutsches IVF-Register (D.I.R). (2017). *Jahrbuch 2017. Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie* (15. Jahrgang 2018 / Modifizierter Nachdruck aus Nummer 5-6: 219-49).
- Deutsches IVF-Register. (2019). Jahresbericht 2019. *J Reproduktionsmed Endokrinol* 2020; 17 (5).
- Dorbritz, J., Panova, R., & Passet-Wittig, J. (2015). *Gewollt oder ungewollt? Der Forschungsstand zu Kinderlosigkeit (2. überarbeitete Auflage)* (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, Hrsg.).
- Döring, N., & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-41089-5>
- Edwards, W. M., & Coleman, E. (2004). Defining Sexual Health: A Descriptive Overview. *Archives of Sexual Behavior*, 33(3), 189–195. <https://doi.org/10.1023/B:ASEB.0000026619.95734.d5>
- Foucault, M. (2017). *Der Wille zum Wissen* (U. Raulff & W. Seitter, Übers.; 21. Auflage). Suhrkamp.
- Freud, S. (1927, August 28). Professor Freud über den Wert des Lebens. Ein Gespräch mit dem großen Gelehrten. *Morgenblatt*.
- Gehrig, P. (2013). *Das Konzept des Sexocorporel*. ZISS-Zürcher Institut für klinische Sexologie & Sexualtherapie. <https://ziss.ch/sexocorporel/grundlagen.htm>



- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2017). *Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung*.
- Gnoth, C. (2013). Natürliche Fertilität eines Paares und epidemiologische Aspekte der Subfertilität. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 56(12), 1633–1641. <https://doi.org/10.1007/s00103-013-1852-9>
- Gnoth, C. (2019). Definition und Prävalenz von Subfertilität – ein Update und mehr— Definition and Prevalence of Subfertility—An Update and More. *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie - Journal of Reproductive Medicine and Endocrinology*, 16(5), 221–226.
- Gnoth, C., & Mallmann, P. (Hrsg.). (2014). *Perikonzeptionelle Frauenheilkunde*. Springer Berlin Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-38023-5>
- Griesinger, G., Diedrich, K., & Altgassen, C. (2007). Stronger reduction of assisted reproduction technique treatment cycle numbers in economically weak geographical regions following the German healthcare modernization law in 2004. *Human Reproduction*, 22(11), 3027–3030. <https://doi.org/10.1093/humrep/dem293>
- Helfferrich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (4. Auflage). VS Verlag.
- Homburg, R. (2005). Towards less confusing terminology in reproductive medicine— A counter proposal. *Human reproduction (Oxford, England)*, 20, 316–319. <https://doi.org/10.1093/humrep/deh620>
- Hopf, C. (2016). *Schriften zu Methodologie und Methoden qualitativer Sozialforschung: Herausgegeben von Wulf Hopf und Udo Kuckartz*. Springer Fachmedien Wiesbaden. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-11482-4>

- Iris, A., Aydogan Kirmizi, D., & Taner, C. E. (2013). Effects of infertility and infertility duration on female sexual functions. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 287(4), 809–812. <https://doi.org/10.1007/s00404-012-2633-7>
- Kentenich, H., Wischmann, T., Borkenhagen, A., Dorn, A., Schick, M., Ludwig, A., & Weblus, A. J. (2019). *AWMF-Leitlinie 016-003 „Psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen“*. Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe e.V. (DGPFPG).
- Kentenich, H., Wischmann, T., & Stöbel-Richter, Y. (2015). *Leitlinie Psychosomatisch orientierte Diagnostik und Therapie bei Fertilitätsstörungen—PDF Kostenfreier Download*. <https://docplayer.org/7692491-Leitlinie-psychosomatisch-orientierte-diagnostik-und-therapie-bei-fertilitaetsstoerungen.html>
- Kinderwunschzentrum Hamburg Fleetinsel. (2021). *Unsere Erfolgsraten*. <http://www.kinderwunschzentrum-hamburg.de/unsere-praxisklinik/unsere-erfolgsraten/>
- Kleinschmidt, D. (2008). Die neuen Entwicklungen in der Reproduktionsmedizin—Zwischen Heilung und Grenzüberschreitung. In D. Kleinschmidt, P. Thorn, T. Wischmann, & Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland e.V (Hrsg.), *Kinderwunsch und professionelle Beratung: Das Handbuch des Beratungsnetzwerkes Kinderwunsch Deutschland (BKID)* (1. Aufl, S. 37–45). Kohlhammer.
- Kuckartz, U. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (4. Auflage). Beltz Juventa.
- Kuhn, J., & Bolte, G. (2020). Epidemiologie und Sozialepidemiologie. *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. <https://doi.org/10.17623/BZGA:224-I011-2.0>

- Kupka, M. S. (2009). Reproduktionsmedizin. In A. Strauss, W. Janni, & N. Maass, *Klinikmanual Gynäkologie und Geburtshilfe* (S. 33–41). Springer Berlin Heidelberg. [https://doi.org/10.1007/978-3-540-78375-6\\_7](https://doi.org/10.1007/978-3-540-78375-6_7)
- Lande, Y., Seidman, D. S., Maman, E., Baum, M., & Hourvitz, A. (2015). Why do couples discontinue unlimited free IVF treatments? *Gynecological Endocrinology*, *31*(3), 233–236. <https://doi.org/10.3109/09513590.2014.982082>
- Lautmann, R. (2002). *Soziologie der Sexualität: Erotischer Körper, intimes Handeln und Sexualkultur*. Juventa.
- Lechner, L., Bolman, C., & van Dalen, A. (2007). Definite involuntary childlessness: Associations between coping, social support and psychological distress. *Human Reproduction*, *22*(1), 288–294. <https://doi.org/10.1093/humrep/del327>
- Leeners, B., Wischmann, T., & Tschudin, S. (2017). Unerfüllter Kinderwunsch und Sexualität. *Gynäkologische Endokrinologie*, *15*(3), 193–199. <https://doi.org/10.1007/s10304-017-0142-2>
- Mey, G., & Mruck, K. (Hrsg.). (2010). *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. VS Verlag für Sozialwissenschaften. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-92052-8>
- Millheiser, L. S., Helmer, A. E., Quintero, R. B., Westphal, L. M., Milki, A. A., & Lathi, R. B. (2010). Is infertility a risk factor for female sexual dysfunction? A case-control study. *Fertility and Sterility*, *94*(6), 2022–2025. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2010.01.037>
- Pasch, L. (2002a). Differences between husbands' and wives' approach to infertility affect marital communication and adjustment. *Fertility and Sterility*, *77*(6), 1241–1247. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(02\)03097-2](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(02)03097-2)

- Pasch, L. (2002b). Differences between husbands' and wives' approach to infertility affect marital communication and adjustment. *Fertility and Sterility*, 77(6), 1241–1247. [https://doi.org/10.1016/S0015-0282\(02\)03097-2](https://doi.org/10.1016/S0015-0282(02)03097-2)
- Passet-Wittig, J. (2017). *Unerfüllte Kinderwünsche und Reproduktionsmedizin* (1. Aufl.). Verlag Barbara Budrich. <https://doi.org/10.3224/84742080>
- Przyborski, A., & Wohlrab-Sahr, M. (2014). *Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch*. DE GRUYTER. <https://doi.org/10.1524/9783486719550>
- Przyborski, A., & Wohlrab-Sahr, M. (2019). Forschungsdesigns für die qualitative Sozialforschung. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 105–123). Springer Fachmedien Wiesbaden. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4\\_7](https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4_7)
- Revermann, C., & Hüsing, B. (2011). *Fortpflanzungsmedizin: Rahmenbedingungen, wissenschaftlich-technische Fortschritte und Folgen*. ed. sigma.
- Rosen, R., Brown, C., Heiman, J., SR, L., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, D., & D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *Journal of sex & marital therapy*, 26, 191–208. <https://doi.org/10.1080/009262300278597>
- Sigusch, V. (2013). *Sexualitäten: Eine kritische Theorie in 99 Fragmenten*. Campus Verlag.
- Smith, J. F., Walsh, T. J., Shindel, A. W., Turek, P. J., Wing, H., Pasch, L., & Katz, P. P. (2009). Sexual, Marital, and Social Impact of a Man's Perceived Infertility Diagnosis. *The journal of sexual medicine*, 6(9), 2505–2515. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01383.x>
- Stammer, H., Verres, R., & Wischmann, T. (2004). *Paarberatung und -therapie bei unerfülltem Kinderwunsch*. Hogrefe.

- Stöbel-Richter, Y., Borkenhagen, A., Wisch, S., & Brähler, E. (2006). Wissen und Einstellungen der deutschen Bevölkerung zu Aspekten der modernen Reproduktionsmedizin. Ergebnisse einer aktuellen Bevölkerungsumfrage. In Y. Stöbel-Richter & Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Hrsg.), *Anspruch und Wirklichkeit in der psychosomatischen Gynäkologie und Geburtshilfe: Beiträge der Jahrestagung 2005 der DGPF* (Orig. Ausg, S. 163–171). Psychozial-Verlag.
- Stöbel-Richter, Y., Sender, A., Brähler, E., & Strauß, B. (2013). Psychologische Beratung und Psychotherapie bei ungewollter Kinderlosigkeit. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 63(09/10), 400–414. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1349459>
- Strauß, B., Berger, M., Bettge, S., Bindt, C., Felder, H., Gagel, D., Goldschmidt, S., Henning, K., Ittner, E., Kentenich, H., Ningel, K., Stammer, H., Verres, R., Wischmann, T., Yüksel, E., & Brähler, E. (2001). Psychosomatik in der Reproduktionsmedizin Teil III: Beratung und Therapie. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 10(1), 5–13.
- Sundby, J., Schmidt, L., Heldaas, K., Bugge, S., & Tanbo, T. (2007). Consequences of IVF among women: 10 years post-treatment. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 28(2), 115–120. <https://doi.org/10.1080/01674820701447447>
- Sütterlin, S., & Hoßmann, I. (2007). *Ungewollt kinderlos*. Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung.
- Sydsjo, G., Svanberg, A. S., Lampic, C., & Jablonowska, B. (2011). Relationships in IVF couples 20 years after treatment. *Human Reproduction*, 26(7), 1836–1842. <https://doi.org/10.1093/humrep/der131>

- Thorn, P., Wischmann, T., Quitmann, S., & Dorn, A. (2018). *Psychosoziale Kinderwunschberatung – Medizinische, ethische und psychosoziale Aspekte, beraterische Interventionen* (2. überarbeitete Auflage). FamART Verlag.
- Tretzel, Annette. (2008). Den Körper Monat für Monat beobachten... In D. Kleinschmidt, P. Thorn, T. Wischmann, & Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland e.V (Hrsg.), *Kinderwunsch und professionelle Beratung: Das Handbuch des Beratungsnetzwerkes Kinderwunsch Deutschland (BKID)* (1. Aufl, S. 23–26). Kohlhammer.
- United Nations. (1994). *Program of Action*. International Conference on Population and Development.
- Van den Broeck, U., Emery, M., Wischmann, T., & Thorn, P. (2015). Psychosoziale Kinderwunschberatung: Einzel-, Paar- und Gruppeninterventionen. *J Reproduktionsmed Endokrinol\_Online* 2015; 12 (1): 13–8., 13–18.
- Weichbold, M. (2019). Pretest. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 349–356). Springer Fachmedien Wiesbaden. [https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4\\_23](https://doi.org/10.1007/978-3-658-21308-4_23)
- WHO. (2021). *Infertility*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infertility>
- Winkelman, W. D., Katz, P. P., Smith, J. F., & Rowen, T. S. (2016). The Sexual Impact of Infertility Among Women Seeking Fertility Care. *Sexual Medicine*, 4(3), e190–e197. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2016.04.001>
- Wippermann, C. (2014). *Kinderlose Frauen und Männer* (S. 190). Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Wippermann, C. (2020). *Ungewollte Kinderlosigkeit 2020*. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.
- Wirtberg, I., Moller, A., Hogstrom, L., Tronstad, S.-E., & Lalos, A. (2006). Life 20 years after unsuccessful infertility treatment. *Human Reproduction*, 22(2), 598–604. <https://doi.org/10.1093/humrep/del401>

- Wischmann, T. (2006). Psychogenese von Fertilitätsstörungen: Eine Übersicht. *Geburtshilfe Und Frauenheilkunde - GEBURTSH FRAUENHEILK*, 66, 34–43.  
<https://doi.org/10.1055/s-2005-873030>
- Wischmann, T. (2012). *Einführung Reproduktionsmedizin: Medizinische Grundlagen, Psychosomatik, psychosoziale Aspekte*. Reinhardt.
- Wischmann, T. (2013). Sexual disorders in infertile couples: An update. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*, 25(3), 220–222.  
<https://doi.org/10.1097/GCO.0b013e328360e507>
- Wischmann, T., Korge, K., Scherg, H., Strowitzki, T., & Verres, R. (2012). A 10-year follow-up study of psychosocial factors affecting couples after infertility treatment. *Human Reproduction*, 27(11), 3226–3232.  
<https://doi.org/10.1093/humrep/des293>
- Wischmann, T., & Thorn, P. (2014a). *Der Mann in der Kinderwunschbehandlung (unter besonderer Berücksichtigung der donogen Insemination)*. 10.
- Wischmann, T., & Thorn, P. (2014b). Psychosoziale Kinderwunschberatung in Deutschland. *Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend*.
- World Health Organization (WHO). (2006). *Defining sexual health—Report of a technical consultation on sexual health*.

## **11 Eidesstaatliche Versicherung**

Ich versichere, dass ich diese Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß aus Veröffentlichungen oder anderen Quellen entnommen sind, sind als solche eindeutig kenntlich gemacht. Die Arbeit ist in gleicher oder ähnlicher Form noch nicht veröffentlicht und noch keiner Prüfungsbehörde vorgelegt worden.

Berlin, den 01. November 2021

---

Klara Marie Bähr