

# Besonderheiten in der psychosozialen Beratung lesbischer Frauen und Paare mit Kinderwunsch

*Lisa Green & Petra Thorn*

**Zusammenfassung:** In ihrem Wunsch nach Kindern und ihrer Bereitschaft, Kinder zu bekommen, unterscheiden sich lesbische Frauen nicht von heterosexuellen Frauen. Jedoch differieren die gesellschaftlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen, in denen lesbische Frauen ihre Familie gründen, stark. Die Entscheidung für und Planung eines Kindes ist für sie deswegen ein intensiver Prozess, in dem sie sich mit spezifisch lesbischen Themen auseinandersetzen. Im Laufe dieses Prozesses nehmen manche Paare Beratung in Anspruch. Diese Zielgruppe wird jedoch im Rahmen von universitären und therapeutischen Ausbildungen nur selten thematisiert. Wenn eine Therapeut\_in nicht im eigenen Privatleben damit in Berührung kommt, bleibt sie in diesen Bereichen unaufgeklärt. Dieser Artikel leistet einen Beitrag zur Beratung lesbischer Paare, damit diese Lücke für Lesben mit Kinderwunsch geschlossen werden kann.

**Schlüsselwörter:** Lesben, Kinderwunsch, Insemination, Samenspende, medizinisch assistierte Reproduktion

## Special aspects of counselling lesbians considering parenthood

**Abstract:** Lesbian women do not differ from heterosexual women with regards to their desire to parent. However, due to "marriage inequality", that is the discrimination of same-sex partnerships, and heteronormativity, lesbians face very different legal and social circumstances when planning their families. Therefore, the decision for parenthood must be the result of an intense process of deliberation, involving confrontation with a number of lesbian-specific aspects of family-planning, and in the course of which counselling may be sought. However, since education at the university level and in training programs for therapists/counsellors in Germany rarely includes material specifically concerning same-sex identity development, relationships and lifestyle choices, counsellors who do not come in contact with these issues in their private lives lack knowledge in these areas. This article aims to bridge the gap and inform with respect to lesbians choosing parenthood.

**Keywords:** Lesbians, parenthood, insemination, donor, medically assisted reproduction

## 1. Einleitung

Der Lebensentwurf, mit dem/der (Ehe-)Partner\_in gemeinsam Kinder zu erziehen, wird heute nicht nur von heterosexuellen Paaren umgesetzt, sondern auch von gleichgeschlechtlichen Paaren. Seit einigen Jahren entscheiden sich immer mehr lesbische Paare bewusst für die Familiengründung und Kindererziehung. Obwohl Familien mit lesbischen Eltern häufig als neues Phänomen betrachtet werden, ist die Existenz lesbischer Mütter nicht neu. Tatsächlich gab es schon immer lesbische Mütter, die ihre Kinder in heterosexuellen Lebensphasen, in der Regel einer Ehe, bekommen haben (Jacob, 1997). Neu ist allerdings, dass mehr und mehr Lesben sich in ihrer lesbischen Beziehung oder alleine für Kinder ent-

scheiden. Inzwischen werden so viele Lesben Eltern, dass einige US-Autor\_innen von einem „lesbischen Babyboom“ (Patterson, 1994) oder einem „Gayby boom“ (Pies, 1988) sprechen.

In den letzten 30 Jahren haben immer mehr lesbische Paare Familien durch Adoption, Pflegeelternschaft oder, mittlerweile am häufigsten, durch eigene Schwangerschaft gegründet. In diesen Fällen spricht man von einer geplanten lesbischen Familie, da das lesbische Paar eine bewusste Entscheidung für Kinder trifft. Lesben können auf unterschiedliche Weise schwanger werden: durch donogene Insemination (DI) mit Sperma von einer Samenbank (unbekannte Spender) oder einem privaten Spender (bekannter Spender) oder, was seltener geschieht,

durch heterosexuellen Beischlaf. Samenbanken bieten je nach Land zwei Arten von unbekanntem Spendern an: anonyme Spender (auch Nein-Spender genannt), bei denen die Identität des Spenders anonym bleibt, und identity-release Spender (auch Ja-Spender genannt), bei denen die Identität des Spenders für das Kind unter bestimmten Umständen, z. B. mit Erreichen der Volljährigkeit, eventuell erfahrbar wird. In diesen Konstellationen wird das Kind in eine Familie hineingeboren, in der sich beide Mütter von Anfang an als Lesben identifizieren. Die austragende Mutter ist die *Geburtsmutter* des Kindes und die nichtleibliche Mutter, die zur Herkunftsfamilie des Kindes gehört, ist die *soziale Mutter* des Kindes. Diese geplanten lesbischen Familien mit Kindern durch DI (fortan LDI-Familien genannt; die Kinder aus LDI-Familien werden als Kinder in LID bezeichnet) sind durch die lesbische Identität der Mütter charakterisiert, durch ein hohes Maß an Planung der Elternschaft (Golombok et al., 1996) und in vielen Fällen durch die Abwesenheit des biologischen Erzeugers und eines sozialen Vaters. Der Trend zur Familiengründung war zuerst in skandinavischen Ländern und den USA zu beobachten. Inzwischen steigen auch in westeuropäischen Ländern die Zahlen von Familien, die zur Gruppe der *Regenbogenfamilien* gehören, in denen sich also ein Elternteil oder mehrere Eltern als lesbisch oder schwul identifiziert – seit rund 20 Jahren auch in Deutschland.

Dieser Artikel stellt zunächst die aktuellen Entwicklungen in diesem Bereich dar und geht anschließend auf die Themenbereiche ein, die für die psychosoziale Beratung lesbischer Paare relevant sind.

## 2. Daten und Fakten

Es kursieren unterschiedliche Zahlen bezüglich der Anzahl lesbisch-schwuler Eltern in Deutschland. Der Mikrozensus 2013 von Baden-Württemberg ergab 6.000 Familien mit 9.000 Kindern deutschlandweit. Andere Autor\_innen gehen von zwei Millionen in Deutschland lebende Lesben und rund 650.000 lesbischen Müttern aus (Krüger-Lebus & Rauchfleisch, 1999). Laut Statistischem Bundesamt (2006, zitiert nach Dworek & Ferchau, 2006) werden in einer von acht gleichgeschlechtlichen Beziehungen Kinder aufgezogen. Die reale Zahl ist wahrscheinlich höher, da von einer hohen Dunkelziffer ausgegangen werden muss – denn nicht alle Kinder leben bei ihren gleichgeschlechtlich-liebenden Elternteilen, nicht alle Paare wohnen zusammen oder diese Familien fallen aus anderen Gründen aus der Erhebung „heraus“. Festzuhalten ist: Wenn wir von

Regenbogenfamilien sprechen, reden wir zwar von einer Minderheit, aber trotzdem nicht von einer kleinen Gruppe von Familien oder Kindern. Die ersten LDI-Kinder in Deutschland werden jetzt volljährig, die meisten dürften allerdings noch im Kindergarten- oder Grundschulalter sein.

## 3. Aktuelle rechtliche Situation

Die Europäische Union (EU) hat eine klare Haltung zur Gleichstellung von Lesben, Schwulen, Bisexuellen und Transgender-Personen (fortan als LGBT abgekürzt) und gibt den Trend zur Abschaffung von Diskriminierung und Ungleichbehandlung für LGBT-Menschen in der EU vor. Trotzdem finden wir in Europa eine weite Variabilität an rechtlichen Rahmenbedingungen für gleichgeschlechtliche Paare: In zehn Länder (Belgien, Dänemark, Frankreich, Island, die Niederlande, Norwegen, Malta, Portugal, Spanien und Schweden) ist es sowohl für gegengeschlechtliche wie auch gleichgeschlechtliche Paare möglich, zu heiraten. In weiteren zehn Ländern, darunter Deutschland, wird Lesben und Schwulen die Institution Ehe vorenthalten, aber eine eheähnliche registrierte Lebenspartnerschaft ist möglich. Andere Länder, z. B. Italien und viele osteuropäische Länder, bieten keine rechtliche Absicherung für gleichgeschlechtliche Paare. Die Möglichkeit, eine Ehe oder eine eingetragene Partnerschaft zu gründen, gibt in vielen Ländern auch die Möglichkeit der Familienbildung lesbischer Frauen vor: In einer Ehe kann in der Regel eine gemeinsame Adoption durchgeführt werden oder mit Hilfe assistierter Reproduktion Kinder gezeugt werden, in einer eingetragenen Partnerschaft jedoch nicht immer. In einigen wenigen Ländern, darunter Großbritannien und Belgien, können Frauen bereits vor Zeugung mit Samenspende die juristische Elternschaft für das geplante Kind übernehmen und es ist keine nachgeburtliche Adoption erforderlich.

In Deutschland steht gleichgeschlechtlichen Paaren seit 2001 und erweitert seit 2005 die Möglichkeit der *eingetragenen Lebenspartnerschaft* offen, die inzwischen beim Standesamt geschlossen werden kann. Entsprechende rechtskräftige Urteile des Bundesgerichtshofs in Karlsruhe haben die bisherige Problematik im Steuerrecht beseitigt: Die gemeinsame Veranlagung ist mittlerweile möglich. Die eingetragene Lebenspartnerschaft ist dadurch bis auf eine letzte Unterscheidung der Ehe gleichgestellt: im Adoptionsrecht. Bislang zierte sich unsere derzeitige Bundesregierung, die Öffnung der Ehe zu ermöglichen. Das führt zu Einschränkungen

in der Familiengründung für diesen Personenkreis: Sie können nicht als Paar gemeinsam eine Fremd-adoption durchführen. Die eingetragene Lebenspartnerschaft ermöglicht ausländischen Partner\_innen den Zuzug nach Deutschland, die Bestimmung eines Familiennamens, der auch an die leibliche Kinder über die Einbenennung weitergegeben werden kann, und sie ist Voraussetzung für Begründung der rechtlichen Elternschaft zwischen sozialem Elternteil und leiblichem bzw. adoptiertem Kind der Lebenspartner\_in über den Umweg der Stiefkind bzw. Sukzessiv-Adoption.

Um Kinder zu zeugen, die zumindest mit einem Partner biologisch verwandt sind, greifen immer mehr LBGT-Menschen auf die Möglichkeiten der Reproduktionsmedizin zurück. Lesbische Frauen nutzen die Samenspende (Thorn, 2009) und schwule Männer die Möglichkeit der Eizellspende, gekoppelt mit einer Leihmutterchaft (Greenfeld & Seli, 2011). Diese Formen der Familienbildung sind in Deutschland jedoch aufgrund der Gesetzgebung eingeschränkt. Das Embryonenschutzgesetz (1990) stellt die Eizellspende und die Leihmutterchaft unter Strafe, so dass schwulen Männern diese Möglichkeit verwehrt bleibt. Klinische Erfahrung zeigt, dass nur wenige eine solche Form der Familienbildung im Ausland anstreben und auch durchführen. Lesbischen Frauen steht – wie beschrieben – die Samenspende im medizinischen System offen, um Eltern zu werden. Allerdings existieren auch hier in Deutschland Einschränkungen. Zwar gibt es keinerlei Verbot der Samenspende, allerdings Konstellationen, in denen der Samenspender keinen Schutz davor genießt, die Verantwortung als juristischer Vater zu übernehmen. Gemäß den Regelungen des familienrechtlichen Teils des Bürgerlichen Gesetzbuches (§ 1600 BGB) kann die Vaterschaft eines sozialen Vaters dann nicht angefochten werden, wenn die Wunschmutter und ihr Partner (mit expliziter männlicher Schreibform) in die DI eingewilligt haben. Da jedoch bei lesbischen Partnerschaften kein Mann in die Samenspende einwilligen kann, ist die juristische Vaterposition zunächst unbesetzt. Wenn lesbische Paare miteinander verpartnert sind, kann die soziale Mutter nach Geburt des Kindes über die Stiefkind-Adoption adoptieren. Bis zu diesem Zeitpunkt geht der Spender jedoch das Risiko einer Vaterschaft ein. Auch für das lesbische Paar gibt es bis zu diesem Zeitpunkt Unsicherheiten. Sollte ein Spender die Vaterschaft übernehmen, hätte dieser auch Besuchs- und Umgangsrechte und dies müsste mit den Müttern ausgehandelt werden. Erst nach vollzogener „Stiefkind“-Adoption ist die zweite

Elternposition besetzt und der Spender geschützt. Bei alleinstehenden lesbischen Frauen bleibt die zweite Elternposition unbesetzt und somit bleibt das Risiko für den Spender dauerhaft bestehen.

In Deutschland wird Kindern nach Samenspende ein Auskunftsrecht eingeräumt. Dies wurde 2013 nochmals in einer juristischen Auseinandersetzung zwischen dem Betreiber einer Samenbank und einer jungen Frau bekräftigt (Hamm O. I-14 U 7/12. 2013). Die Dokumente, aus denen die Identität des Spenders und der behandelten Frau hervorgehen, müssen gemäß den Vorgaben des 2007 aktualisierten Gewebegesetzes mindestens 30 Jahre lang aufbewahrt werden.

Die Unsicherheit hinsichtlich der juristischen Position des Spenders hat dazu geführt, dass nicht alle deutschen Samenbanken lesbische Frauen behandeln und dass einige lesbische Frauen eine Behandlung im Ausland durchführen. Ob in diesem Fall ebenfalls ein Risiko für den Spender besteht und ob Kinder, die im Ausland gezeugt wurden, auch ein Auskunftsrecht umsetzen können, ist von der Gesetzgebung des jeweiligen Behandlungslandes abhängig.

#### 4. Forschungsstand

Das vorherrschende heteronormative Familienmodell sieht das Aufziehen von Kindern in einer Familie mit den genetischen Eltern, am besten in Ehe miteinander verbunden, vor. Die Legitimation von Lebensweisen, die von diesem Muster abweichen, wird in der Regel in Frage gestellt. Deswegen hat sich die psychosoziale Forschung vor allem mit der Dynamik und der Funktionalität lesbischer Familien auseinandergesetzt; Untersuchungen zu Familien mit schwulen Vätern und anderen Formen von LBGT-Familien, die durch Adoption oder mit medizinischer Unterstützung (z. B. Eizellspende, Leihmutterchaft) gebildet wurden, sind seltener. Hierbei wurden verschiedene Aspekte lesbischer Elternschaft genauer betrachtet. Dazu gehören die Arbeitsteilung zwischen den Eltern (Bos & Hakvoort, 2007; Patterson, 1995b; Wheatley, 2010), Erziehungsziele (Bos, van Balen & van den Boom, 2004), Fürsorge (Ciano-Boyce & Shelley-Sireci, 2002) sowie Eltern-Kind-Interaktionen (Bos, van Balen & van den Boom, 2007; Brewaeys, Ponjaert, Van Hall & Golombok, 1997). Viele Studien untersuchen die kognitive, soziale, emotionale und psychosexuelle Entwicklung und die psychische Gesundheit der Kinder lesbischer Eltern (Bos et al., 2007; Brewaeys & van Hall, 1997; Chan, Raboy & Patterson, 1998; Flaks, Ficher, Ma-

sterpasqua & Joseph, 1995; Golombok & MacCallum, 2003; Golombok, Tasker & Murray, 1997; Maccallum & Golombok, 2004; Patterson, 1994, 1995a; Wainright & Patterson, 2006). Ebenso wurde die soziale Interaktion außerhalb der Kernfamilie, wie beispielsweise der Kontakt zu den Großeltern, untersucht (Fulcher, Chan, Raboy & Patterson, 2002; Patterson, 1995a) und die Erfahrungen der Kinder mit ihren Peers (Vanfraussen, Ponjaert-Kristoffersen & Brewaeys, 2002). Als Kontrollgruppen dienten in diesen Studien unter anderem alleinerziehende, heterosexuell lebende Frauen und heterosexuelle Paare, die durch Geschlechtsverkehr, donogene Insemination oder Adoption Eltern wurden, sowie lesbische Adoptiveltern. Es ergaben sich durchweg mehr Ähnlichkeiten als Unterschiede zwischen diesen Familienzusammensetzungen, die Bindungsqualität zwischen den Kindern und beiden Elternteilen entsprach der Norm, die Kinder wiesen eine unauffällige Entwicklung auf und berichteten nur selten von Diskriminierungserfahrung. Der Forschungsstand, der weiter unten ausführlich dargestellt wird, verdeutlicht, dass die Qualität eines Familiensystems nicht per se von der Zweigeschlechtlichkeit der Eltern abhängt.

Dennoch ist der grundsätzliche Forschungsansatz zu kritisieren, denn er ist heterosexistisch angelegt: Anstatt wertfrei die Wirkungsweise von Regenbogenfamilien zu untersuchen, hängt die Legitimation der LDI-Familien von ihrer Fähigkeit ab, Kinder ähnlich den Kindern heterosexueller Eltern aufzuziehen. Die Generalisierbarkeit der Studien ist zudem aufgrund der methodischen Schwierigkeiten, eine unsichtbare Population zu untersuchen, beschränkt. Die Stichprobengewinnung erfolgt über Schneeball-Technik, Werbung in einschlägige Medien oder in manchen Ländern über Samenbanken und beruht auf der freiwilligen Bereitschaft, teilzunehmen. Es ist möglich, wenn nicht sogar wahrscheinlich, dass dadurch nur ein Teil der Gesamt-LDI-Population erreicht wird, nämlich die Familien mit Anschluss an Organisationen (und relativ hohem Bildungsgrad).

Um solche methodischen Mängel zu beheben und belastbare Ergebnisse für den deutschen Raum zu produzieren, gab die ehemalige Justizministerin Brigitte Zypries 2006 eine groß angelegte repräsentative Studie<sup>1</sup> zu Kindern, die in Deutschland in

eingetragenen Lebenspartnerschaften (fortan als ELP abgekürzt) leben, in Auftrag (Rupp & Dürnberger, 2009). Befragt wurden 1.059 lesbisch-schwule Eltern in ELP und 95 Jugendliche in ELP im Alter von 10 bis 17 Jahren. 44% der Jugendlichen stammten aus früheren heterosexuellen Beziehungen, 48% wurden hineingeboren und 8% kamen durch Adoption oder Pflege in ihre Regenbogenfamilie. Von den LDI-Kindern waren 94% bereits von ihrer sozialen Mutter „Stiefkind“-adoptiert.

2009 wurden die Ergebnisse dieser repräsentativen deutschen Studie veröffentlicht, die mit anderen internationalen Forschungsergebnissen konform waren. Die Beziehungsqualität und Erziehung der Eltern in ELP war fürsorglich und zugewandt sowie egalitär in der Balance zwischen Beruf, Haushalt und Erziehung. Die Persönlichkeitsentwicklung, schulische Entwicklung sowie die Entwicklung der emotionalen und sozialen Kompetenz der Kinder aus Regenbogenfamilien verläuft gut. Sie weisen sogar ein höheres Selbstwertgefühl und höhere Autonomie auf. Nur eine Minderheit der Kinder hat soziale Diskriminierungen aufgrund ihrer Familienkonstellation erlebt. Die Kinder, die Diskriminierungen erleben, erfahren diese durch Gleichaltrige in der Schule, in Form von Hänseleien und Beschimpfungen. Diese wirken sich allerdings aufgrund der guten Eltern-Kind-Beziehung nicht negativ auf den Selbstwert der Kinder aus. Diese Ergebnisse belegen erneut, dass das Geschlecht der Eltern für eine positive Kindesentwicklung nicht entscheidend ist. Stattdessen wird davon ausgegangen, dass Kinder in Regenbogenfamilien in ähnlich stabilen und liebevollen Familiensystemen wie Kinder in Familien mit heterosexuellen Eltern aufwachsen.

Die erwarteten negativen Effekte von gesellschaftlicher und institutionalisierter Heteronormativität und Homophobie auf die Entwicklung von Kindern aus Regenbogenfamilien scheinen anhand der Forschungsergebnisse ausbleiben. Deswegen kann von einer stabilen Resilienz dieser Familien ausgegangen werden. Eine Möglichkeit könnte in der Coming-out-Erfahrung der Eltern und dieser positiven Krisenbewältigung liegen, auch ist es möglich, dass insbesondere Lesben mit besonders stabilem Selbstwert, mit starkem Kinderwunsch und vor allem auch mit ausreichenden finanziellen

<sup>1</sup> Bei der Methodik der Stichprobengewinnung der Studie handelt es sich um eine flächendeckende Erhebung anhand eines Adressüberlassungsverfahrens, d. h. die Adressen aller ELP in Deutschland wurden angeschrieben und durften an der Studie teilnehmen (1. Kriterium der Re-

präsentativität), sofern Kinder in ihrem Haushalt lebten. Die Größe der Stichprobe (Elternbefragung = 23 %, Kinderbefragung = 5 %) erfüllt und überschreitet die übliche 5%-Grenze (2. Kriterium der Repräsentativität).

Ressourcen (auch für die medizinische Behandlung) ihren Kinderwunsch umsetzen. In dieser Hinsicht gleichen sie vielleicht heterosexuellen Eltern, die mit medizinischer Unterstützung Kinder bekommen haben. Auch diesen Kindern wird eine unauffällige Entwicklung und in den Familien eine stabile Eltern-Kind-Bindung attestiert (Golombok, 2013).

## 5. Psychosoziale Beratung von Lesben mit Kinderwunsch

Lesbische Frauen wollen aus den gleichen Gründen wie heterosexuelle Frauen Mutter werden: Sie erwarten Glück und Erfüllung in der Elternschaft (Bos, van Balen & van den Boom, 2003; Siegenthaler & Bigner, 2000). Vor 20 Jahren bedeutete ein Coming-out für viele Lesben in Deutschland ein Leben ohne Kinder. Durch die inzwischen vorhandenen Rollenvorbilder und die Medienpräsenz von Regenbogenfamilien ist es auch in der lesbisch-schwulen Community selbstverständlicher geworden, sich mit dem Thema „Kinder“ auseinanderzusetzen. Heute wollen 30% der Schwulen und 40% der Lesben mit Kindern zusammenleben (Schwules Netzwerk NRW, 1998). Das durchschnittliche Coming-out-Alter ist deutlich unter 20 Jahre gesunken, so dass anzunehmen ist, dass immer mehr Lesben und Schwule mit einer immer größeren Selbstverständlichkeit ihren Kinderwunsch in einer homosexuellen Lebenssituation umsetzen werden.

Das Internet hat den Zugang zu Informationen zum Kinderwunsch und die Vernetzung von Gleichgesinnten erleichtert. In einigen Städten gibt es nicht nur Zusammenschlüsse von Regenbogenfamilien, sondern bereits Krabbel-Gruppen u. Ä. Weiterhin sind einige Regenbogenfamilien über die *ilse*-Regionalgruppe im Lesben und Schwulen Verband in Deutschland e. V. (LSVD) vernetzt. In Berlin gibt es ein Regenbogenfamilien-Zentrum. Beratungen für Regenbogenfamilien werden dort, in manchen schwul-lesbischen Beratungszentren oder in privaten Praxen, z. B. wie die der Autor\_innen, angeboten. Trotzdem ist es wünschenswert, dass Fachpersonen außerhalb des direkten schwul-lesbischen Bezugs über diese Familienform, ihre spezifischen Herausforderungen und Themen, die sehr von den Mythen und Vorurteilen abweichen, informiert sind. Dieser Artikel liefert hierzu einen Beitrag.

### 5.1 Besonderheiten dieser Familienbildung

Eine Familie mit lesbischen Eltern zu werden ist ein besonderer Prozess der Familienbildung. Im Vergleich zu heterosexueller Elternschaft liegt die Ein-

zigartigkeit von LDI-Familien darin, dass sie ein Coming-out durchlaufen müssen, sich bewusst und aktiv mit der Entscheidung zur Elternschaft auseinandersetzen müssen und sie sich für eine Insemination mit gespendetem Samen entscheiden müssen, um eine „normale“ Schwangerschaft zu erzielen. Heterosexuelle Paare müssen diese Phasen hingegen nicht durchlaufen. Sie unterziehen sich Inseminationen oder anderen medizinischen Behandlungen mit Spendersamen nur, wenn Fruchtbarkeitseinschränkungen vorliegen oder wenn humangenetische Erkrankungen eines Elternteils nicht auf die Kinder übertragen werden sollen. Sobald eine Schwangerschaft eingetreten ist, wird das Alltagsleben von lesbischen Eltern ähnlich dem heterosexueller Eltern von den Bedürfnissen des Kindes bestimmt. Die Phasen der Schwangerschaft, Geburt, der Übergang zur Elternschaft, Kinder im Kindergarten und in der Schule sowie die Pubertät weisen jedoch für lesbische Eltern und ihre Kinder zusätzliche Anforderungen auf: Sie müssen einen konstruktiven Umgang mit der heteronormativen und teilweise homophoben Gesellschaft und deren Institutionen leben. Wenn sie sich weitere Kinder wünschen, befassen sich lesbische Eltern erneut mit den lesbisch-spezifischen Planungs- und Inseminationsphasen, was auch einen Rollenwechsel der Mütter beinhalten kann.

### 5.2 Zur Studie „Unconventional Conceptions“

Die deutsche Studie „Unconventional Conceptions“ (Green, 2006; Herrmann-Green & Gehring, 2006; Herrmann-Green & Hermann-Green, 2008) untersuchte den Familienbildungsprozess von 105 Lesben (55 Geburtsmütter und 50 soziale Mütter), die ihren Kinderwunsch via Insemination mit Spendersamen umsetzen (wollten), mittels einer retrospektiven Befragung und drei psychometrischen Tests zu internalisierter Homophobie<sup>2</sup> und partnerschaftlicher Zufriedenheit<sup>3</sup>. Die befragten Frauen waren Mutter mit insgesamt 63 Kindern und hatten verschiedene Spendertypen gewählt: anonyme Spender (42), Ja-Spender (22), bekannte Spender (39). Die Teilnehmerinnen befanden sich zum Erhebungszeitpunkt in unterschiedliche Phasen der Familienbildung: Inseminationsphase vor der ersten Schwangerschaft (12), während der Schwangerschaft mit dem ersten

<sup>2</sup> Lesbische Internalisierte Homophobie Skala (LIHS; Szymanski & Chung, 2001).

<sup>3</sup> Fragebogen zur Beurteilung der Zweierbeziehung (FBZ; König-Kuske, 1977) und eine deutsche Version des Dyadic Adjustment Scale (DAS; Spanier, 1976).

Kind (8), mit Kindern von 0 bis 3 Jahre (32), mit Kindern im Kindergarten (35), mit Kindern im Schulalter (18). Ziel der Untersuchung war es, lesbisch-spezifische Aspekte der LDI-Familiengründung zu erfahren, so dass diese in Beratungskonzepten berücksichtigt werden können.

Im Folgenden werden vor allem auf den Erkenntnisse dieser Studie basierend Beratungsinhalte für die Begleitung und Unterstützung lesbischer Klientinnen mit Kinderwunsch abgeleitet.

Voraussetzung für eine lesbische Elternschaft ist ein erfolgreiches Coming-out und die Entwicklung einer stabilen Identität als lesbische Frau. Die Studien-Teilnehmerinnen haben diesen Meilenstein im Alter zwischen 20 und 25 Jahren vollzogen und eine positive lesbische Identität entwickelt: Ähnlich wie in anderen Studien (Baetens, 2002; Dundas & Kaufman, 2000; Gartrell et al., 1996; McCandlish, 1987) gaben die befragten lesbischen Mütter an, sich in verschiedensten sozialen Kontexten geoutet zu haben. Zudem erzielten sie niedrige Werte für internalisierte Homophobie; beides zeugt von einer positiv besetzten und in das Selbstbild integrierten lesbischen Identität. Es ist möglich, dass lesbische Frauen mit hoher internalisierter Homophobie sich seltener für Kinder entscheiden. Lesbische Frauen müssen aktiv verinnerlichte gesellschaftliche Tabus aufarbeiten und Strategien zum Umgang mit Homophobie entwickeln. Frauen mit positiven lesbischen Identitäten weisen eine hohe Resilienz auf, die sie an ihre Kinder weitergeben können, und sie suchen Umgebungen auf, die ihre sexuelle Ausrichtung akzeptieren, so dass sie möglicherweise eher den Weg der lesbischen Elternschaft einschlagen.

Obwohl circa 75 % der Studienteilnehmerinnen zuvor in heterosexuellen Beziehungen gelebt haben, haben sich alle für Kinder in ihrer lesbischen Beziehung entschieden. Ihre partnerschaftliche Zufriedenheit war mit den Normen für glücklich verheiratete Paare vergleichbar (Hank, Hahlweg & Klann, 1990). Ihre Beziehung war durch hohe empfundene Verbindlichkeit und äußere Anzeichen von Verbindlichkeit charakterisiert. In vielen Fällen wuchs der Kinderwunsch in der Beziehung; die Partnerinnen hatten das Gefühl, sie hätten in ihrer Partnerin jemanden gefunden, mit dem sie ihren Kinderwunsch umsetzen möchten. Die Entscheidung hierzu war ein Prozess, der im Schnitt zwei Jahre dauerte, und während dessen viele allgemeine und für die lesbische Lebensweise spezifische Überlegungen angestellt wurden. Von ähnlichen Phasen der Überlegung berichten Baetens (2002), Jacob (1997), Jacob, Klock und Maier (1999) und Wendland, Burn und

Hill (1996). Sie zeigen auf, dass es Monate bis Jahre dauern kann, bevor der erste Inseminationszyklus unternommen wird.

Der Entscheidungsprozess selbst besteht aus Überlegungen zu Themen, die auch von heterosexuellen Paaren, die Elternschaft planen, geteilt werden. Es gibt jedoch für die lesbische Lebensweise spezifische Aspekte dieses Prozesses.

*Schritt 1: Lesben müssen sich mit (internalisierter) gesellschaftlicher Stigmatisierung von schwul-lesbischer Elternschaft auseinandersetzen und sie entwickeln Coping-Strategien, um mit Homophobie und vor allem Heteronormativität umzugehen*

- ▶ Bei der Überlegung zu einem Kind ist der soziokulturelle Kontext für lesbische Paare ein anderer als für heterosexuelle Paare. Eine entsprechend einer heteronormativen Gesellschaftsstruktur „richtige“ Familie besteht aus Mutter, Vater, Kind, und es besteht eine Erwartungshaltung gegenüber heterosexuellen Paaren, sich fortzupflanzen. Dies wird in der Abwertung von Menschen deutlich, die bewusst keine Kinder bekommen wollen. Im Gegensatz ist die normative gesellschaftliche Erwartung Lesben, Schwulen oder Transgendern gegenüber, sich keine Kinder zu wünschen. Dies wird in der gesellschaftlichen Abwertung, linguistischen Sprachlosigkeit und gesetzlichen Ungleichbehandlung von nicht-heterosexuellen Familienformen deutlich.
- ▶ Lesbische Frauen müssen sich mit (internalisierten) Vorurteilen gegen lesbische Elternschaft auseinandersetzen, um zu einer positiven Entscheidung für ein Kind zu kommen. Diesem Prozess ähnelt ein Coming-out.
- ▶ Ein Teilresultat dieser Auseinandersetzung ist die Entwicklung von Coping-Strategien, die lesbische Eltern ihren Kindern mitgeben möchten, damit diese eventuellen zukünftigen homonegativen oder heterosexistischen Erfahrungen konstruktiv begegnen können, z. B. indem Unterschiedlichkeit gewürdigt und normalisiert wird, indem Rollenspiele mit Kindern durchgeführt werden und indem Kindern Stolz auf ihre Familienzusammensetzung vermittelt und darüber offen kommuniziert wird (Herrmann-Green & Gehring, 2006).

*Schritt 2: Lesben müssen eine positive Einstellung zu lesbischen Familien entwickeln*

- ▶ Lesbische Frauen sehen durchaus Vorteile in einer LDI-Familie, da ihre Kinder Wunsch Kinder

sind. Weitere Vorteile betreffen den Bereich der persönlichen Reife und sozialen Kompetenz ihrer Kinder, z. B. Toleranz und Offenheit für Unterschiede zwischen Menschen (Diversity-Kompetenz; Herrmann-Green & Gehring, 2006) und Offenheit der Eltern bezüglich der sexuellen Orientierung der Kinder (Green, 2006).

**Beratung zu Schritt 1 und 2:** *Die Fachkraft, die einen solchen Prozess begleitet, sollte sich der eigenen Haltung bewusst sein und eigene internalisierte Homophobie/Heteronormativität kritisch reflektiert haben. Fachkräften, denen es nicht möglich ist, die Gleichwertigkeit nicht-heterosexueller Lebensweisen anzuerkennen, sollten auf geeignete Beratungsstellen, oder z. B. auf die Webseite des Verbands von Lesben und Schwulen in der Psychologie ([www.vlsp.de](http://www.vlsp.de)) verweisen.*

*Die Fachkraft kann das lesbische Paar im Sinne eines psychoedukativen Ansatzes bestärken, dass auch die bisherige Forschung keine Unterschiede zwischen Kindern mit gleichgeschlechtlichen oder heterosexuellen Eltern hinsichtlich ihrer kognitiven, sozialen, psychosexuellen und psychischen Gesundheit feststellen konnte und dass die Familienstruktur daher nicht die maßgebliche Variable für eine gelungene Erziehung zu sein scheint. Mit dem Paar können bisherige gesunde Coping-Strategien anerkannt und erforderliche neue Strategien entwickelt werden. Es sollte ausreichend Selbstsicherheit haben, damit es offen mit seinen Familienplänen umgehen kann, muss jedoch in diesem Stadium noch nicht auf alle möglichen Reaktionen vorbereitet sein. Dies wird bei manchen Klientinnen Ängste vor Diskriminierung auslösen. Die klinische Erfahrung zeigt, dass eine positive und selbstsichere Haltung zu der eigenen sexuellen Identität, Familiengründung und Familienform es Bezugspersonen wiederum erleichtern kann, dass diese die entsprechende Haltung ebenfalls einnehmen können. Die häufigste Reaktion auf LDI-Familien ist positives Interesse und Neugierde. Weitere Konkretisierungen der Familiengründung sollten empfohlen werden, wenn diese erste Auseinandersetzung und die Entwicklung der eigenen Haltung abgeschlossen ist.*

**Schritt 3: Paare sorgen vor:** *Sie setzen sich im Vorfeld mit dem Fall der Trennung oder des Todes der leiblichen Mutter auseinander*

- ▶ Seit 1.1.2005 existiert das erweiterte Lebenspartnerschaftsgesetz, das lesbischen Paaren mit leiblichen Kindern via DI die rechtliche Verankerung ihrer sozialen Beziehungen ermöglicht.

Dieses Gesetz regelt auch die Konsequenzen im Trennungs- und Todesfall; die Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft erfolgt analog einer Scheidung auch in Bezug auf die Regelungen hinsichtlich der Kinder, für die ein gemeinsames Sorgerecht mit Hilfe der Stiefkind-Adoption erreicht wurde.<sup>4</sup> Im Todesfall werden Lebenspartner\_innen wie Ehepartner hinsichtlich Witwenrente und Beerbung behandelt und das Kind bleibt selbstverständlich in der Obhut des zweitens rechtlichen Elternteils. Es wird auch in diesem Fall eine Phase der Vulnerabilität für die soziale Mutter-Kind-Beziehung geben, da eine Stiefkind-Adoption je nach Auslastung des zuständigen Jugendamtes oder Amtsgerichts einige Monate oder gar Jahre dauern kann, bis das Verfahren erfolgreich abgeschlossen wird.

- ▶ Von diesem Schutz ausgeschlossen sind Frauenaare, die sich gegen eine Verpartnerung entscheiden, z. B. aufgrund eines Arbeitgebers (Trägerschaft der katholischen Kirche). In diesem Fall verbleibt das alleinige Sorgerecht bei der Geburtsmutter. Die Fortführung der sozialen Mutter-Kind-Beziehung wird im Trennungsfall von der Geburtsmutter bestimmt, im Todesfall durch das Gericht.

**Beratung:** *Das Paar sollte über die rechtlichen Konsequenzen für die Familienplanung aufgeklärt werden, die sich mit oder ohne Verpartnerung ergeben. Es sollte darin unterstützt werden, seine emotionale Reaktion auf die Machtunterschiede*

<sup>4</sup> Unseres Wissens gibt es keine psychosoziale Forschung zu Trennungs- bzw. Scheidungserfahrungen von eingetragenen Lebenspartner\_innen. Aus der bisherigen klinischen und persönlichen Erfahrungen der Autor\_innen wird geschlussfolgert, dass der Prozess der Familienauflösung, die bei einer Trennung/Scheidung in Gang kommt, ähnlich wie in Familien mit gegengeschlechtlichen und gleichgeschlechtlichen Eltern verläuft. Ob es sich um ein alleiniges oder gemeinsames Sorgerecht handelt, wird Einfluss auf die Bestimmung des Lebensmittelpunkts des Kindes und Unterhaltsleistungen des zweiten Elternteils haben. Wir beobachten, dass in einer intakten Familie nicht zwischen Geburtsmutter und sozialer Mutter unterschieden wird. Bei einer Trennung wird diese Unterscheidung jedoch eventuell bedeutsam, da der Lebensmittelpunkt der Kinder eher bei der Geburtsmutter gesehen wird. Geburtsmütter, die ihr leibliches Kind bei der sozialen Mutter „lassen“, haben berichtet, dass sie von anderen als „Rabenmutter“ wahrgenommen werden. Wenn der Lebensmittelpunkt der Kinder strittig war, entschieden sich die Gerichte unterschiedlich und berücksichtigten auch, ob Geschwister gegebenenfalls getrennt werden.

*zwischen der Geburtsmutter und sozialen Mutter zu reflektieren, mögliche Schwierigkeiten zu antizipieren und hypothetische Lösungen zu diskutieren.*

*Schritt 4: Das Lesbenpaar entscheidet, welches Familienmodell sie leben will*

- ▶ Eine LDI-Familie definiert seine Mitglieder nicht ausschließlich oder hauptsächlich über biologische Verwandtschaft, wie dies den heteronormativen Vorstellungen entspricht. Das Paar definiert selbst, wer zu seiner Familie gehört. In der Praxis wird häufig die Kernfamilie modifiziert, so dass sie die lesbische Paarbeziehung miteinschließt, d. h. die Familienform Mutter-Mutter-Kind wird am häufigsten umgesetzt. Aufgrund biologischer und rechtlicher Einschränkungen bei der Reproduktion und der Adoption haben schwule Männer nur wenige Möglichkeiten, eine Familie ohne Beitrag einer Frau zu gründen.
- ▶ In den meisten Fällen wird der Spender in der Mutter-Mutter-Kind-Familie als biologischer Vater/Erzeuger des Kindes, aber nicht als „Papa“ (sozialer Vater) wahrgenommen.
- ▶ Im Falle eines Queerfamily-Konzepts, bei der ein Lesbenpaar und ein Schwulenpaar gemeinsam ein Kind erzieht, sowie in manchen Familien mit bekanntem Spender wird der Spender und eventuell dessen Partner auch als Elternteil des Kindes definiert.
- ▶ Auch werden zusätzlich Freund\_innen, Patenonkel und weitere Personen, mit denen die Eltern nicht blutsverwandt sind, in die Wahlfamilie aufgenommen.

**Beratung:** *Das Lesbenpaar soll bestärkt werden, alle mögliche Konstellationen des Zusammenlebens sowie die damit einhergehenden Chancen und Herausforderungen zu explorieren und gegebenenfalls mit anderen zu sprechen, die diese Modelle leben. Besonders wichtig ist, darauf zu achten, dass wichtige Entscheidungen nicht unbewusst durch internalisierte Heteronormativität gelenkt werden.*

*Schritt 5: Wenn Lesbenpaare ein Kind gebären möchten, dürfen und müssen sie entscheiden, wer das Kind (zuerst) austragen soll*

- ▶ Wer trägt das Kind aus? Die Entscheidung fällt überwiegend zugunsten der Frau, für die es am wichtigsten ist, Schwangerschaft oder Geburt zu erleben. Andere Faktoren sind, wie bei heterosexuellen Paaren, das Alter, die Arbeitssituation und finanzielle Überlegungen.

- ▶ In vielen Fällen planen lesbische Paare zwei Kinder; dabei ist es möglich, dass ein Rollentausch für das Geschwisterkind stattfindet, so dass oft eher die Frage entsteht, wer das erste und wer das zweite Kind austrägt.

*Schritt 6: In Abwesenheit gesellschaftlich definierter Rollen für Mutter-Mutter-Kind-Familien muss und darf das lesbische Paar die Rollen der Geburtsmutter und der sozialen Mutter in ihrer Familie selbst definieren*

- ▶ Lesbische Eltern wollen oft keine traditionelle Mutter-/Vater-Rollen nachahmen. Es wird viel Wert auf die Gleichwertigkeit von Geburtsmutter und sozialer Mutter gelegt und eine egalitäre Aufteilung angestrebt. Der positive Einfluss der egalitären Aufteilung auf das Kindeswohl ist mehrfach dokumentiert worden (Patterson, 1995b).
- ▶ Die Geburtsmutterrolle ist kulturell definiert, der Status „Mutter“ wird hierbei durch die Geburt erworben. Im Gegensatz dazu ist die Rolle der sozialen Mutter kulturell nicht existent. Diese versteht sich jedoch ebenfalls als eine von zwei Hauptbezugspersonen des Kindes. Sie ist daher oft verunsichert, ob die soziale Umwelt und das Kind sie als Mutter anerkennen wird. Sie muss ihren Status als Mutter erst etablieren. Erleichtert wird diese Rollenfindung durch die Möglichkeit der Stiefkind-Adoption, bei der die soziale Mutter ihre emotionale Mutterschaft rechtlich verankern und legitimieren kann.

**Beratung zu Schritt 5 und 6:** *In vielen Fällen fällt die Entscheidung, wer (zuerst) gebärt, relativ leicht, da nur eine der Frauen schwanger werden will. In anderen Partnerschaften wollen beide Frauen die Erfahrung der Schwangerschaft und Geburt erleben und die Entscheidungsfindung kann schwierig sein. Direkt verknüpft mit dieser Entscheidung sind die sich dadurch ergebenden Rollen der Geburts- und der sozialen Mutter. In diesem Zusammenhang sind die Themen Konkurrenz und der Machtunterschied, der durch die biologisch und rechtlich asymmetrische Elternschaft entsteht, bedeutsam. Aufgrund von Heteronormativität wird das soziale Umfeld dazu neigen, die soziale Mutter als (zukünftige) Mutter auszublenden und nur die Geburtsmutter wahrzunehmen. Dies wird von sozialen Müttern häufig als Kränkung erlebt. Um dieser Tendenz entgegenzuwirken, kann das Paar bereits bei der Planung überlegen, wie die Rolle der sozialen Mutterrolle gestärkt werden kann. Wichtig ist die Be-*

reitschaft seitens der Geburtsmutter, diese Aufgabe als gemeinsame Aufgabe anzusehen. Dem Paar kann auch vermittelt werden, dass die unterschiedliche Bedeutung der beiden Rollen mit zunehmendem Alter des Kindes abnehmen wird.

Unter diesen Umständen kann es zunächst schwer fallen, als soziale Mutter eine sichere Mutteridentität aufzubauen. In der Schwangerschaft, bei der Geburt und bei Kleinkindern ist die Geburtsmutter im Fokus. Der Gebärenden wird oft eine Sonderposition eingeräumt und diese mit einer magisch-mystischen einzigartigen Verbindung zum geborenen Kind gleichgesetzt. Jede Frau, die sowohl leibliche wie nicht-leibliche Mutter ist, hat selbst jedoch die Erfahrung gemacht, dass dies nicht stimmt. Soziale Mütter brauchen gleichwohl manchmal Bestätigung, dass sie auch legitime und vollwertige Mütter sind und die Bezeichnung „Mutter“ für sich beanspruchen können, auch wenn sie ihr Kind nicht geboren haben.

Eines bleibt der sozialen Mutter jedoch vorenthalten – die Selbstverständlichkeit, mit der ihr das Kind als Mutter zugeordnet wird. Die soziale Mutter-Kind-Beziehung ist insofern vulnerabel, als sie oft von außen in Frage gestellt wird, z. B. durch Äußerungen wie: „Wer ist denn die ‚richtige‘ Mutter?“, oder Kommentaren von anderen (Geburts-) Müttern wie: „Ich glaube schon, dass es ein Unterschied macht, ob du ein Kind gebärest oder nicht“. Hier hilft die Stiefkind-Adoption in Bezug auf die Legitimation, aber nicht in Bezug auf die (bzw. den Verlust der) Selbstverständlichkeit, was zu einem späteren Zeitpunkt betrauert werden kann.

*Schritt 7: In Abwesenheit gesellschaftlich definierter Benennungen für die Rollen der Geburtsmutter und sozialen Mutter muss und darf das lesbische Paar selbst entscheiden, wie das Kind sie nennen soll*

- Es gibt zwei Strategien der Mütter-Benennung: Die häufigste Variante, die die Gleichwertigkeit der Mutterrollen widerspiegelt, sind Mutter-Benennungen für die Geburtsmutter und für die soziale Mutter, z. B. *Mami/Mama*. Diese Strategie hat den Vorteil, dass die Mutterrollen der Frauen intern und extern sichtbar und transparent gemacht werden. Die Außenwelt wird beständig daran erinnert, dass beide die Mutterrolle innehaben. Der Nachteil ist ein eventuelles Gefühl der Vulnerabilität, wenn die lesbische Identität immer und überall sichtbar wird und damit die Notwendigkeit des Erklärens einhergeht. Die weniger häufige Benennung für diese Familienform ist „Mama“ für die Geburtsmut-

ter und der Vorname oder eine Variante davon für die soziale Mutter. Diese Strategie ermöglicht eine Verwischung der lesbischen Identität, jedoch bleibt die soziale Mutter extern in ihrer Mutterrolle unsichtbar, was Familienstolz und -identität untergraben kann.

**Beratung:** Die Entscheidung über die Terminologie ist oft sehr schwer zu treffen und die Auseinandersetzung damit ist nicht immer vor der Geburt des Kindes abgeschlossen. Dabei können Elemente verdeckter Homophobie aufgedeckt werden, da es unmittelbar das Spannungsfeld zwischen „Wie out wollen wir sein?“ und „Sichtbarkeit als Mutter“ berührt.

Die Erfahrung zeigt, dass die Mutter-Benennung, z. B. *Mama/Mami*, für die LDI-Familie wichtig ist, da dies ihren Status als zwei Mütter im Binnenverhältnis ihrer Beziehung und in ihrer Außendarstellung kongruent widerspiegelt. Interessanterweise sorgt Heteronormativität dafür, dass Außenstehende oft erst verstehen, dass es sich um ein lesbisches Paar handelt, nachdem das Wort „lesbisch“ gefallen ist – auch wenn ein Kind „Mama“ und „Mami“ ruft und zwei Frauen darauf reagieren.

*Schritt 8: Lesben müssen entscheiden, wie sie Eltern werden wollen*

- Grundsätzlich stehen Lesben folgende Möglichkeiten der Familiengründung offen: Adoption, die Aufnahme eines Pflegekindes, ein durch Geschlechtsverkehr oder Insemination gezeugtes Kind. Die Motivation lesbischer Frauen, ein Kind selbst zu gebären unterscheidet sie nicht von heterosexuellen Frauen: der Wunsch ist, die Schwangerschaft und Geburt zu erleben und einen Säugling bzw. ein Kind zu erziehen. Die Entscheidung für eine Zeugung durch DI ist primär durch die monogame lesbische Beziehung motiviert und sekundär durch die Abneigung, mit einem Mann Geschlechtsverkehr zu haben. Oft wird das Paar den Rat bekommen, doch „einfach“ einen Mann „abzuschleppen“. Die Absurdität, ganz abgesehen von der Gefährlichkeit dieses Vorschlags (Gefahr der Übertragung einer Infektionskrankheit), wird besonders deutlich, wenn man sich vorstellt, einem verheirateten Paar mit der Diagnose einer männlichen Unfruchtbarkeit würde dieses Vorgehen nahe gelegt.

**Beratung:** Die Entscheidung für DI ist oft relativ leicht gefällt. Hier gilt bei der Beratung, dem Paar

bei der Umsetzung der Zeugung durch DI behilflich zu sein. In diesem Kontext ist es eventuell nötig, realistische Erwartungen bezüglich der Erfolgchancen zu vermitteln. Sollte die Inseminationsphase kompliziert verlaufen oder langwierig werden, bedarf das Paar einer ähnlichen Begleitung wie unfruchtbare heterosexuelle Paare.

*Schritt 9: Lesben (-paare) müssen eine Spendertypenwahl treffen und damit entscheiden, welche Rolle der Spender in ihrem und im Leben des Kindes spielen soll*

- ▶ Grundsätzlich stehen Lesben anonyme Spender, Spender mit Identitätsfreigabe (aus Samenbanken oder Kliniken aus dem In- oder Ausland), bekannte Spender und/oder unbekannte Spender durch Vermittlung von Freunden zur Verfügung.
- ▶ Paare, die sich für einen bekannten Spender außerhalb des medizinischen Systems entscheiden, der in manchen Familien auch eine Beziehung zum Kind aufrecht erhält, messen der Kenntnis der biologischen Herkunft sowie der Möglichkeit der Einbeziehung einer männlichen Bezugsperson eine wichtige Bedeutung bei. Die Herausforderung besteht hier darin, immer wieder den Platz und die Rolle des Spenders in der Familie zu besprechen und eine für alle tragfähige Situation zu schaffen. Zu bedenken ist auch, dass die Beteiligten inklusive des Kindes unterschiedliche Bedürfnisse entwickeln können. Es ist wichtig, schon im Vorfeld den zukünftigen Umgang damit zu vereinbaren.
- ▶ Paare, die sich für die Insemination mit den Samen eines anonymen Spenders im Rahmen des medizinischen Systems (z. B. indem sie Samen einer ausländischen Samenbank verwenden) entscheiden, machen sich zwar Sorgen, ob dem Kind ein Vater fehlen wird, schätzen jedoch den „Wunsch nach Wurzeln“ als sozial konstruiert ein. Für sie stehen der maximale Schutz vor sexuell übertragbaren Erkrankungen, die Eindeutigkeit der eigenen Familiengrenze sowie der Wunsch nach einer Elternschaft zu zweit im Mittelpunkt. In dieser Konstellation besteht die Herausforderung im Umgang mit dem gesellschaftlichen Druck durch den Wegfall eines identifizierbaren biologischen Vaters sowie der Ambivalenzen, die diesbezüglich entstehen können.
- ▶ Paare, die sich für einen für das Kind identifizierbaren Spender (in der Regel mit dem Erreichen der Volljährigkeit des Kindes) entscheiden, sind der Ansicht, das Beste beider Alternativen miteinander zu vereinen. Obwohl der Spender

in diesen Familien nicht mehr als bei einem anonymen Spender als Vater für die Kinder zur Verfügung steht, leiden die Eltern diesbezüglich weniger unter Schuldgefühlen. Die Herausforderung, die ihnen bevorsteht, liegt im Umgang mit den Auswirkungen und Konsequenzen, wenn die volljährigen Kinder tatsächlich die Identität des Spenders erfahren wollen.

*Schritt 10: Zukünftige lesbische Eltern machen sich Gedanken darüber, ob und wie sie Beziehungen zwischen ihrem Kind und „besonderen“ Männern pflegen und gestalten wollen*

- ▶ Lesben beabsichtigen nicht, ihre Kinder in „weiblicher Isolation“ zu erziehen. Ihre Bemühungen und Pläne, Männer im Leben des Kindes zu involvieren, sind gut dokumentiert (Gartrell et al., 1996; Green, 2006). Allerdings sind sie nicht davon überzeugt, dass dieser „besondere“ Mann notwendigerweise der leibliche Vater des Kindes sein muss. Lesbische Mütter versuchen, ihren Kindern männliche Vorbilder zu vermitteln, entweder durch die Wahl eines bekannten Spenders oder durch die Aufnahme eines Mannes in den erweiterten Familienkreis, z. B. als Patenonkel.

**Beratung zu 9 und 10:** *Die Beratung soll Paare in dem Entscheidungsprozess begleiten und Hilfestellung dabei bieten, Annahmen über Familien und das Aufwachsen von Kindern selbstkritisch zu reflektieren. Auch hier ist zu überprüfen, inwiefern Heteronormativität leitend ist. Wenn dies der Fall ist, sollte es mit dem Paar reflektiert werden. Sinnvoll ist es, gründlich das Für und Wider aller Spendertypen und Konstellationen abzuwägen, bevor eine Wahl getroffen wird. Häufig machen Paare die Erfahrung, dass sich nicht alle Möglichkeiten in die Realität umsetzen lassen und sie ihre Wahl modifizieren müssen. Grundsätzlich gilt, dass kein Weg gewählt werden sollte, den das Paar nicht bereit ist, öffentlich vor ihnen unbekanntem Menschen klar und deutlich zu vertreten. Als zukünftige lesbische Eltern werden sie häufig mit Fragen der Umwelt konfrontiert, da viele Menschen ihre Familienform nicht kennen. Je souveräner und selbstverständlicher die Eltern damit umgehen können, umso selbstverständlicher nimmt es auch ihr Gegenüber an. Gleichzeitig bieten sie ihrem Kind ein Rollenmodell und zeigen ihm Möglichkeiten im Umgang mit Fragen auf.*

*Welches der „richtige“ Spendertyp für ein Paar ist, kann nur das Paar selbst wissen. Es gibt kei-*

nerlei Studien, die aufzeigen, dass ein bestimmter Spendertyp für die Kindesentwicklung und die Familiendynamik besonders förderlich wäre. Es gibt viele Familien, die gute Erfahrungen mit einem bekannten Spender machen, der auch eine gewisse Vaterrolle einnimmt, andere erleben hingegen, dass diese Konstellation unter den zwei bis vier Eltern teilen zu vielen Konflikten führt, die bis hin zu Kontaktabbruch oder Sorgerechtsstreitigkeiten führen können. Es gibt auch viele Familien, die mit ihnen unbekanntem Spendern problemlos leben. Manche dieser Kinder entwickeln eine Neugier auf ihren Spender, so dass sie sich im Falle eines Ja-Spenders bei Volljährigkeit dafür entscheiden, die Identität des Spenders in Erfahrung zu bringen, um eventuell auch Kontakt zu ihm aufzunehmen. Eine Identitätskrise aufgrund eines (zunächst) unbekanntem Spenders ist in lesbischen Familien jedoch selten. Im Unterschied zu adoptierten Kindern gibt es für Kinder, die mit Hilfe einer Samenspende gezeugt wurden, keine Kränkung durch ein „Abgegebenwordensein“. Vielmehr leben sie mit der Gewissheit, dass sie Wunsch Kinder sind, und der Spender ist in der Familie positiv besetzt. Es ist empfehlenswert, als Paar den Weg zu gehen, den es vertreten kann. Dann ist am wahrscheinlichsten, dass auch das Kind ein positives Bild seiner Familienkonstellation entwickeln kann. Gleichzeitig sollte sich das Paar darauf vorbereiten, dass sie und/oder ihr Kind möglicherweise Phasen erleben, in der ihre Entscheidung über die gewählte Spenderkonstellation hinterfragt wird. Das Paar sollte daher in der Lage sein, seine Entscheidungsfindung für das Kind nachvollziehbar zu machen und das Kind mit seinen Emotionen anzunehmen und zu begleiten.

*Schritt 11: Zukünftige lesbische DI-Eltern wählen einen nicht-normativen Lebensweg und setzen sich mit den Themen Ressourcen, Hürden und soziale Unterstützung auseinander*

- Die größte Hürde für Lesben mit Kinderwunsch stellt der begrenzte Zugang zu reproduktionsmedizinischen Behandlungen in Deutschland dar. Lesbische Paare müssen daher lange Wege auf sich nehmen oder die Behandlung im Ausland durchführen. Die Insemination im medizinischen System stellt an sich bereits hohe organisatorische und finanzielle Anforderungen an alle Paare. Die damit verbundenen Belastungen verstärken sich somit für Lesben. Auch die Kosten sind eine Belastung, denn einige Samenbanken stellen lesbischen Paaren höhere Behandlungskosten in Rechnung als heterosexuellen.

**Beratung:** Diese Benachteiligungen limitieren Ressourcen und stellen eine weitere Diskriminierung dar. Der Erfolgsdruck einer DI-Behandlung kann dadurch erhöht werden. Auch können Wut und Trauer über die Diskriminierung entstehen. Darüber hinaus besteht die Gefahr der emotionalen und/oder finanziellen Erschöpfung.

- Lesben können nicht davon ausgehen, dass ihr soziales Umfeld ihre Absicht, Eltern zu werden, positiv oder selbstverständlich aufnimmt wie es bei heterosexuellen Paaren der Fall ist. Dennoch erfahren sie in aller Regel viel Unterstützung von Freund\_innen, anderen LGBT-Eltern oder LGBT-Personen mit Kinderwunsch sowie von ihren Herkunftsfamilien.

**Beratung:** Sollte die soziale Unterstützung für die Absicht, Eltern zu werden, oder für eine Schwangerschaft mäßig oder gar negativ ausfallen, brauchen die Frauen Unterstützung und Begleitung, um diese Reaktionen zu verkraften. Die Frauen sollten ermutigt werden, dass die Akzeptanz dieser Familienform für andere einen Prozess darstellen kann, so wie es für sie einer gewesen ist. Die Eltern der sozialen Mutter sind häufig verunsichert, ob sie in einer solchen Konstellation tatsächlich Großeltern werden und wie sie sich als Eltern einer Lesbe mit Kind outen sollen. Die Erfahrung zeigt allerdings, dass viele Großeltern im Lauf der Zeit und mit dem Umgang mit ihrem Enkelkind im Prozess der verständnisvollen Auseinandersetzung mit den eigenen Eltern und deren Sozialisation und Erfahrungshintergrund ihre Rolle annehmen können.

## 6. Ausblick

Immer mehr lesbische und schwule Menschen setzen ihren Kinderwunsch um. Lesbischen Paaren, die in Deutschland leben, ist dies möglich, seitdem sie Kinder adoptieren, Pflegekinder aufnehmen oder im medizinischen oder privaten System eine Samenspende durchführen können. Wie im angelsächsischen Raum kann auch in Deutschland davon ausgegangen werden, dass die Zahl lesbischer Familien in Zukunft steigen wird. Dies wird auch dazu führen, dass immer mehr lesbische Frauen im Vorfeld eine Beratung in Anspruch nehmen und Beratungsfachkräfte entsprechend geschult werden müssen. Dieser Artikel hat eine Übersicht über den Forschungsstand gegeben und die Besonderheiten für die psychosoziale Beratung von Lesben mit Kinderwunsch beschrieben, damit Fachpersonen für psychosoziale Beratung und

Therapie hierfür sensibilisiert werden und dieses Themenspektrum in ihr Fortbildungscurriculum aufnehmen.

## Literatur

- Baetens, P. (2002). Counselling lesbian couples: Requests for donor insemination on social grounds. *Reproductive BioMedicine Online*, 6 (1), 75–83.
- Bos, H. M. & Hakvoort, E. M. (2007). Child adjustment and parenting in planned lesbian families with known and as-yet unknown donors. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 28 (2), 121–129.
- Bos, H. M., van Balen, F. & van den Boom, D. C. (2003). Planned lesbian families: Their desire and motivation to have children. *Human Reproduction*, 18 (10), 2216–2224.
- Bos, H. M., van Balen, F. & van Den Boom, D. C. (2004). Experience of parenthood, couple relationship, social support, and child-rearing goals in planned lesbian mother families. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45 (4), 755–764.
- Bos, H. M., van Balen, F. & van den Boom, D. C. (2007). Child adjustment and parenting in planned lesbian-parent families. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77 (1), 38–48.
- Brewaeys, A., Ponjaert, I., Van Hall, E. V. & Golombok, S. (1997). Donor insemination: Child development and family functioning in lesbian mother families. *Human Reproduction*, 12 (6), 1349–1359.
- Brewaeys, A. & van Hall, E. V. (1997). Lesbian motherhood: The impact on child development and family functioning. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 18 (1), 1–16.
- Chan, R. W., Raboy, B. & Patterson, C. J. (1998). Psychosocial adjustment among children conceived via donor insemination by lesbian and heterosexual mothers. *Child Development*, 69 (2), 443–457.
- Ciano-Boyce, C. & Shelley-Sireci, L. (2002). Who is mommy tonight? Lesbian parenting issues. *Journal of Homosexuality*, 43 (2), 1–13.
- Dundas, S. & Kaufman, M. (2000). The Toronto lesbian family study. *Journal of Homosexuality*, 40 (2), 65–79.
- Dworek, G. & Ferchau, A. (2006). Vorwort zur Zweiten Auflage. In G. Dworek & A. Ferchau (Hrsg.), *LSVD Rechtsratgeber*. Köln: Familien- und Sozialverein des Lesben- und Schwulenverbandes in Deutschland e. V.
- Flaks, D. K., Ficher, I., Masterpasqua, F. & Joseph, G. (1995). Lesbians choosing motherhood: A comparative study of lesbians and heterosexual parents and their children. *Developmental Psychology*, 31, 105–114.
- Fulcher, M., Chan, R., Raboy, B. & Patterson, C. (2002). Contact with grandparents among children conceived via donor insemination by lesbian and heterosexual mothers. *Parenting, Science and Practice*, 2 (1), 61–76.
- Gartrell, N., Hamilton, J., Banks, A., Mosbacher, D., Reed, N., Sparks, C. H. et al. (1996). The national lesbian family study: 1. interviews with prospective mothers. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66 (2), 272–281.
- Gesetz zum Schutz von Embryonen vom 13. Dezember 1990* (1990).
- Golombok, S. (2013). *Happy families. Focus on reproduction*. Retrieved from <http://en.calameo.com/read/001638807d2be19a6c0a5> (20.01.2013).
- Golombok, S., Brewaeys, A., Cook, R., Giavazzi, M. T., Guerra, D., Mantovani, A. et al. (1996). The European study of assisted reproduction families: Family functioning and child development. *Human Reproduction*, 11 (10), 2324–2331.
- Golombok, S. & MacCallum, F. (2003). Practitioner review: Outcomes for parents and children following non-traditional conception: What do clinicians need to know? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44 (3), 303–315.
- Golombok, S., Tasker, F. & Murray, C. (1997). Children raised in fatherless families from infancy: Family relationships and the socio-emotional development of children of lesbian and single heterosexual mothers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38 (7), 783–791.
- Green, L. (2006). *Unconventional conceptions. Family planning in lesbian-head families created by donor insemination*. Dresden: TUD Press.
- Greenfeld, D. A. & Seli, E. (2011). Gay men choosing parenthood through assisted reproduction: Medical and psychosocial considerations. *Fertil Steril*, 95 (1), 225–229.
- Hank, F., Hahlweg, K. & Klann, N. (1990). *Diagnostische Verfahren für Beratung: Materialien zur Diagnostik und Therapie in Ehe-, Familien- und Lebensberatung*. Weinheim: Beltz.
- Herrmann-Green, L. & Gehring, T. (2006). The German lesbian family study: Planning for parenthood via donor insemination. *Journal of GLBT Family Studies*, 3 (4), 351–395.
- Herrmann-Green, L. & Herrmann-Green, M. (2008). Familien mit lesbischen Eltern in Deutschland. *Zeitschrift für Sexualforschung*, 21, 319–340.
- Jacob, M. C. (1997). Concern of single women and lesbian couples considering conception through assis-

- ted reproduction. In S. R. Leiblum (Ed.), *Infertility: Psychological issues and counselling strategies*. New York: Wiley.
- Jacob, M. C., Klock, S. C. & Maier, D. (1999). Lesbian couples as therapeutic donor insemination recipients: Do they differ from other patients? *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 20 (4), 203–215.
- König-Kuske, J. (1977). Ein Fragebogen zur Einschätzung einer Zweierbeziehung. G. B. Spaniers „Dyadic Adjustment Scale“. *Partnerberatung*, 14, 37–42.
- Krüger-Lebus, S. & Rauchfleisch, U. (1999). Zufriedenheit von Frauen in gleichgeschlechtlichen Partnerschaften mit und ohne Kinder. *System Familie*, 12, 74–79.
- Maccallum, F. & Golombok, S. (2004). Children raised in fatherless families from infancy: A follow-up of children of lesbian and single heterosexual mothers at early adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45 (8), 1407–1419.
- McCandlish, B. M. (1987). Against all odds: Lesbian mother family dynamics. In F. W. Bozett (Ed.), *Gay and lesbian parenting* (pp. 23–36). New York: Praeger Publisher.
- Patterson, C. (1994). Children of the lesbian baby boom: Behavioral adjustment, self-concepts, and sex role identity. In B. R. Greene & G. M. Herek (Eds.), *Psychological perspectives on lesbian and gay issues, Vol. 1: Lesbian and gay psychology: Theory, research, and clinical application*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Patterson, C. (1995a). Children of lesbian baby boom: Children's contact with grandparents and other adults. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68, 390–399.
- Patterson, C. (1995b). Families of the lesbian baby boom: Parents' division of labor and children's adjustment. *Developmental Psychology*, 31, 115–123.
- Pies, C. A. (1988). *Considering parenthood* (2nd Ed.). Minneapolis, MN: Spinster Book.
- Rupp, M. & Dürnberger, A. (2009). Wie kommt der Regenbogen in die Familie? Entstehungszusammenhang und Alltag von Regenbogenfamilien. In D. Funcke & P. Thorn (Eds.), *Die gleichgeschlechtliche Familie mit Kindern* (pp. 61–100). Bielefeld: transcript.
- Schwules Netzwerk NRW (1998). *Lesbische und schwule Familien: Ergebnisse einer Befragung unter Lesben und Schwulen in NRW*. Köln: Broschüre des Schwulen Netzwerkes NRW.
- Siegenthaler, A. L. & Bigner, J. J. (2000). The value of children to lesbian and non-lesbian mothers. *Journal of Homosexuality*, 39, 73–91.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15–28.
- Szymanski, D. M. & Chung, Y. B. (2001). The lesbian internalized homophobia scale: A rational/theoretical approach. *Journal of Homosexuality*, 41, 37–52.
- Thorn, P. (2009). Geplant lesbische Familien – ein Überblick. *Gynäkologische Endokrinologie*, 8 (1), 73–81.
- Vanfraussen, K., Ponjaert-Kristoffersen, I. & Brewaeys, A. (2002). What does it mean for youngsters to grow up in a lesbian family created by means of donor insemination? *Journal of the Society for Reproductive and Infant Psychology*, 20 (4), 237–252.
- Wainright, J. L. & Patterson, C. J. (2006). Delinquency, victimization, and substance use among adolescents with female same-sex parents. *Journal of Family Psychology*, 20 (3), 526–530.
- Wendland, C. L., Burn, F. & Hill, C. (1996). Donor insemination: A comparison of lesbian couples, heterosexual couples and single women. *Fertility and Sterility*, 65 (4), 764–770.
- Wheatley, A. (2010). Donor insemination: The role of the internet in the experiences of donor offspring, DI parents and donors. *Reinvention: An International Journal of Undergraduate Research*, 3 (2). Retrieved from [www2.warwick.ac.uk/fac/cross\\_fac/iatl/ejournal/issues/volume3issue2/wheatley](http://www2.warwick.ac.uk/fac/cross_fac/iatl/ejournal/issues/volume3issue2/wheatley) (04.06.2012).

## Zu den Autorinnen

Dr. Lisa (Herrmann-)Green ist promovierte Psychologin und Familientherapeutin mit eigener Praxis. Ihr Forschungs- und Beratungsschwerpunkt sind Regenbogenfamilien. Sie ist in internationalen wie (über-)regionalen Organisationen von Regenbogenfamilien aktiv; sie bietet professionelle Angebote als Fachexpertin beim Dachverband Regenbogenfamilien Schweiz an und ist amtierende Vize-Präsidentin des Network of European LGBT Families Associations (NELFA aisbl.) in Brüssel, ein europäischer Dachverband von 23 Regenbogenfamilien-Organisationen in 17 europäischen Länder. Neben zahlreichen wissenschaftlichen Beiträgen über lesbische Familienplanung ist sie Autorin von psychoedukativem Material zu Regenbogenfamilien: Ein Aufklärungsbuch für Kinder mit Co-Autorin Dr. Petra Thorn (Deutsch, Englisch) und ein Leitfaden für Lehrpersonen (Deutsch und Französisch).

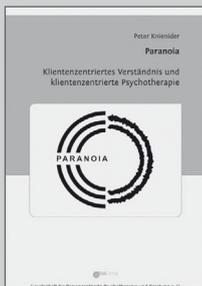
*Dr. phil. Petra Thorn* arbeitet seit über 20 Jahren als Familientherapeutin in eigener Praxis. Ihr Arbeitsschwerpunkt ist die psychosoziale Kinderwunschberatung. Sie ist Mitinitiatorin und Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Kinderwunschberatung – BKiD e. V. ([www.bkid.de](http://www.bkid.de)), Mitglied der IVF-Kommission der Landesärztekammer Hessen und engagiert sich in zahlreichen weiteren nationalen und internationalen Fachverbänden sowie ehrenamtlich bei Selbsthilforganisationen. Ihr wissenschaftlicher Schwerpunkt ist die Familienbildung mit Gametenspende (Samen-, Eizell- und Embryonenspende). Sie hat in diesem Bereich zahlreiche Fach- und Ratgeberbücher veröffentlicht und sich am wissenschaftlichen Diskurs beteiligt. Weitere Schwerpunkte sind medizinethische Fragen im Bereich der Reproduktionsmedizin, gutachterliche

Tätigkeiten sowie die Fort- und Weiterbildung von Fachkräften.

### Korrespondenzadresse

Dr. Lisa Green  
Praxis für Einzel-, Paar- und Familientherapie  
Schotten Str. 49  
78462 Konstanz  
*E-Mail:* [green.regenbogenfamilien@web.de](mailto:green.regenbogenfamilien@web.de)

Dr. Petra Thorn  
Praxis für Paar- und Familientherapie  
Langener Str. 37  
64546 Mörfelden  
*E-Mail:* [mail@pthorn.de](mailto:mail@pthorn.de)  
*Internet:* [www.pthorn.de](http://www.pthorn.de)



Peter Kniener

## Paranoia

Klientenzentriertes Verständnis und klientenzentrierte Psychotherapie

GwG-Verlag, Köln 2014  
172 Seiten, kart., 21,90 Euro, Mitgliederpreis: 17,50 Euro  
ISBN 978-3-926842-53-4

Paranoia als prototypische Art des „Verrücktseins“ wird aus der Sicht der klientenzentrierten Literatur und auf Grundlage der klinischen Erfahrung des Autors als Psychotherapeut in freier Praxis und Arzt an einer psychiatrischen Abteilung mit Versorgungsauftrag dargestellt. Anhand von Fallbeispielen werden verschiedene Störungen, bei denen paranoides Erleben eine wesentliche Rolle spielt, erörtert. Ergänzt wird das Bild durch die Einbeziehung anderer humanwissenschaftlicher Sichtweisen. So entsteht ein klientenzentriertes Modell des paranoiden Erlebens und Verhaltens, der Verstehensmöglichkeiten und der störungsspezifischen Therapie mit klar umrissenen Schwerpunkten in der Beziehungsgestaltung und Interaktion. Auch die Indikation und die Wirksamkeit der Therapie bei wahnhafter Störung und paranoider Schizophrenie werden diskutiert. Besondere Anliegen des Buches sind die Betonung des Kontinuums zwischen gesundem und paranoidem Erleben, und die Ermutigung zur therapeutischen Arbeit mit paranoiden KlientInnen.



**GwG-Verlag**

Melatengürtel 125a | 50825 Köln | Tel. 0221 925908-0 | Fax: 0221 251276 | [www.gwg-ev.org](http://www.gwg-ev.org)