

„WÜNSCHE VON REGENBOGENFAMILIEN IM KONTEXT VON GEBURT UND SCHWANGERSCHAFT“

Master-Thesis zur Erlangung des Grades
„Master of Arts“

Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen,
Abteilung Köln
Fachbereich Gesundheitswesen
Masterstudiengang Lehrerin Pflege und Gesundheit

Joanna Duda
Odenthaler Markweg 12
51467 Bergisch Gladbach
Matrikelnummer: 515292

Erstprüferin: Professorin Andrea Schiff
Zweitprüfer: Professor Michael Isfort

Abgabedatum: 30. Juli 2020

Inhaltsverzeichnis

I. Abkürzungsverzeichnis	I
II. Abbildungsverzeichnis	II
III. Tabellenverzeichnis	III
IV. Verwendung von gender- und identitätssensibler Sprache	III
Vorwort	1
Abstract.....	3
1 Einleitung.....	1
2 Forschungsstand	4
2.1 Literaturrecherche	4
2.1.1 Flussdiagramm PRISMA	7
2.2 Relevante Studien	8
2.2.1 Erkenntnisstand.....	13
2.3 Schlussfolgerung und Zusammenfassung	14
3 Theoretischer Rahmen	15
3.1 Maslow	15
3.1.1 Die Motivationstheorie bezogen auf die Forschungsfrage.....	16
3.2 Systemischer Ansatz	18
3.2.1 Der Systemische Ansatz bezogen auf die Forschungsfrage	20
4 Methodisches Vorgehen	23
4.1 Begriffsdefinition	23
4.2 Entwicklung der Fragestellung.....	26
4.3 Methode und Untersuchungsdesign	29
4.3.1 Erstellung des Interviewleitfadens	32
4.3.2 Feldzugang.....	34
4.3.3 Pretest.....	37
4.3.4 Untersuchungseinheit/Sampling	39
4.4 Datenerhebung.....	42
4.5 Datenanalyse	44
4.5.1 Kategorie Beispiel.....	49
5 Ethischer Aspekt.....	52
5.1.1 Informierte Zustimmung (informed consent)	54
5.1.2 Datenschutz	55
6 Darstellung der Ergebnisse	56
6.1 Interaktions- und Erlebensprozesse von Regenbogenfamilien in einem heteronormativen Gesundheitssystem	57
6.2 Nicht gesehen werden (In Vivo Code)	58
6.2.1 Nicht gesehen als Familie.....	59

6.2.2	Nicht gesehen und anerkannt als Mutter/ Vater	59
6.3	Wer ist denn die Mutter/ der Vater? (In Vivo Code).....	61
6.3.1	Unangenehme Fragen erfahren.....	61
6.4	Hürden belegend.....	63
6.4.1	Ausgeschlossen sein	64
6.4.2	Ein langer Weg	65
6.4.3	Suche nach interessenbasierten Angeboten.....	66
6.5	Anderes sein	68
6.6	Gesamtverantwortung tragen	69
6.6.1	Strategien der Vermeidung.....	71
6.6.2	Wegbereiterin/ Wegbereiter sein	72
6.6.3	Personal entschuldigend	73
6.7	Hier sind wir herzlich willkommen (In Vivo Code).....	74
6.8	Ursächliche Bedingung.....	76
6.8.1	Heteronormativität ausgesetzt sein.....	77
6.8.2	Reduktion auf biologische Elternschaft	78
6.9	Wünsche von Regenbogenfamilien	80
6.10	Dimensionen	84
7	Diskussion	88
8	Notwendige Applikationen in den Ausbildungen des Gesundheitswesens	97
9	Methodische Reflexion	103
9.1	Limits der Arbeit.....	106
10	Fazit.....	108
11	Literaturverzeichnis.....	Fehler! Textmarke nicht definiert.
12	Anhang	114
12.1	A 2: Interview.....	Fehler! Textmarke nicht definiert.
12.2	A 3: Analyse	Fehler! Textmarke nicht definiert.

I. Abkürzungsverzeichnis

*	Das Asterisk-Symbol wird bei Bezeichnungen für Menschengruppen als Platzhalter für weitere Personen/Gruppen, die sich selbst nicht in den klassischen Kategorien definieren lassen (möchten), verwendet
Abb	Abbildung
ART	Assisted reproductive technology
B	Befragte Person
BfArM	Bundesministerium für Arzneimittel und Medizinprodukte
BMFSFJ	Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
CD	Compact Disc
CE	Curriculare Einheit
CINAHL	Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature
Ebd.	Ebendiese
Et al.	et alii, et aliae oder et alia
GT	Grounded Theory
HEI	Healthcare Equality Index
HRC	Human Rights Campaign
ICD- 10	International Classification of Disease
IVF	In-vitro-Fertilisation
KH	Krankenhaus
LGBTQTIA	Lesbian, Gay, Bi, Transsexual, Transgender, Queer, Intersex und Asexual (auch manchmal: Allies). In verschiedenen Kontexten werden meist unterschiedliche Varianten/Auszüge des Akronyms verwendet; die jeweiligen Buchstaben stehen dabei dann aber unverändert für die o.g. Bezeichnungen.

LSVD	Lesben- und Schwulenverband
MeSH	Medical Subject Headings
NIIFS	National longitudinal Lesbian Family Study
NRW	Nordrhein- Westfalen
Opac	Online Public Access Catalogue
P.	page (englisch= Seite)
PICO	P atient/ P opulation, I ntervention, C omparison, O utcome
PubMed	PubMed Central®
S.	Seite
Tbl.	Tabelle
UKH	Universitätsklinikum Halle (Saale)
Unv.	Unverständlich
Vgl.	vergleiche

II. Abbildungsverzeichnis

- Abb. 1 PRISMA 2009 Flussdiagramm. Phasen der systematischen Literaturrecherche. Modifiziert nach Moher et al. 2009
- Abb. 2 Kodierparadigma der Kernkategorie „Interaktions- und Erlebensprozesse von Regenbogenfamilien in einem Heteronormativen Gesundheitssystem“
- Abb. 3 Dimensionen, Erlebens- und Interaktionsprozesse von Regenbogenfamilien in einem heteronormativen Gesundheitssystem.
- Abb. 4 Bezug der Kategorien, Dimensionen und Prozesse zum Systemischen Ansatz von Hundenborn/Kreienbaum. Modifiziert nach Hundenborn et al. 2007.

III. Tabellenverzeichnis

Tbl. 1	Kategorien- und Codehäufigkeiten zu „Wünsche von Regenbogenfamilien im Kontext von Geburt und Schwangerschaft“
--------	--

IV. Verwendung von gender- und identitätssensibler Sprache

Die vorliegende Arbeit bemüht sich, gender- und identitätssensible Sprache zu verwenden, soweit dies mit allgemeiner Lesbarkeit und Verständlichkeit vereinbar ist.

Es wird im Allgemeinen mit dem sogenannten Gender-Sternchen gegendert, um möglichst alle gemeinten Gender mit abzubilden. Wo es die Thematik nahelegt, wird zuweilen zur besseren Lesbarkeit das generische Femininum verwendet.

Im allgemeinen soziopolitischen Kontext von nicht-heteronormativen Lebensformen wird meist das allumfassende Akronym LGBTTTQIA* benutzt, um möglichst viele der betreffenden Menschengruppen explizit mitzunennen. Die Forscherin hat sich in dieser Arbeit in den meisten Kontexten für LGBTQI* entschieden, da diese Gruppen für das in dieser Arbeit beforschte Feld der Regenbogenfamilien hauptsächlich relevant sind. Nichtsdestotrotz werden natürlich die gewählten Selbstbezeichnungen der genannten Akteur*innen, soweit bekannt, an den jeweiligen Stellen übernommen. Dies betrifft auch die Selbst-/Rollenbezeichnungen der Interviewpartner*innen in Bezug auf ihre Elternrolle.

Vorwort

Mit der Masterthesis „Wünsche von Regenbogenfamilien im Kontext von Geburt und Schwangerschaft“ möchte ich vor allem zur Sichtbarkeit aller Regenbogenfamilien im Gesundheitswesen beitragen. Diese Arbeit ist für alle Familienformen, für Pflegende, Hebammen und alle Personen, welche Menschen auf dem Weg zum Kind begleiten, geschrieben worden. Sie soll Personen des Gesundheitswesens sensibilisieren und zur Reflexion anregen, um in Zukunft Regenbogenfamilien professioneller, empathischer und offener zu begegnen. Vor allem soll den Wünschen der Regenbogenfamilien ein Stück nähergekommen werden.

Viele Menschen haben meine Forschungsarbeit begleitet, denen ich hier meinen Dank aussprechen möchte.

Als erstes bedanke ich mich bei Frau Professorin Andrea Schiff, welche mein Vorhaben durch Ideen und Fachlichkeit von Anfang an begleitete. Für ihre Investition von Zeit und Engagement während dieser vielfach sehr ungewöhnlichen Zeit bedanke ich mich.

Auf der Suche nach Teilnehmenden traf ich auf engagierte Leiterinnen von Regenbogentreffen und Kinderwunschstammtischen. Bei diesen bedanke ich mich für den freundlichen Email-Kontakt, für das Weiterleiten meiner Gesuche, und das Herstellen von Kontakt zu den Teilnehmerinnen.

Mein besonderer Dank gilt allen Paaren, welche an meiner Befragung teilgenommen haben. Ohne ihre Zeitinvestition und die Offenheit, ihre Erfahrungen zu teilen, wäre diese Arbeit nicht entstanden. Durch die Offenheit und das Vertrauen in der Community wurden mir weitere Teilnehmende vorgestellt, so dass ich das Feld immer besser kennenlernen konnte. In diesem Rahmen bin ich sehr dankbar für die Teilnahme eines Väterpaares, welches mit einer besonderen Situation die Perspektive erweitert und bereichert. Vor allem dieses zeigt die Dringlichkeit von Forschung im Themenbereich LGBTQIA* im Gesundheitswesen, aber auch vor allem die Dringlichkeit von politischer und rechtlicher Gleichstellung in Deutschland.

Ich bedanke mich bei meinen Freundinnen und meiner eigenen kleinen Regenbogenfamilie, die mich zu diesem Thema inspirierten und mir immer wieder neue Aspekte zum Nachdenken aufzeigen, und mich mit Verständnis und neuen Ideen stets begleiten und unterstützen.

Abstract

Hintergrund: LGBTQI* Personen erleben in Deutschland aufgrund einer ungeklärten rechtlichen Situation sowie bestehender Vorurteile nach wie vor diskriminierende Strukturen. Besonders der Weg zum eigenen Kind ist von Hürden geprägt. Ausschluss von Kinderwunschbehandlungen und der lange Weg einer Stiefkindadoption sind einige der Hürden, welche Regenbogenfamilien begegnen.

Ziel: Diese Arbeit möchte zur Sichtbarkeit von Regenbogenfamilien im Gesundheitswesen beitragen, und eine Reflexion und ein Umdenken bei Angehörigen des Gesundheitswesens anregen. Auch möchte diese Arbeit einen Teil dazu beitragen, die bestehende Forschungslücke zu schließen, die Wünsche und die Erfahrungen von Regenbogenfamilien im Gesundheitswesen zu erheben, und Ideen für erste Umsetzungen der Wünsche von Regenbogenfamilien im Gesundheitswesen zu präsentieren.

Methode: In der vorliegenden Forschungsarbeit wurde ein qualitativer Forschungsansatz mit der Grounded Theory Methodologie gewählt. Es wurden Paarinterviews als Leitfadeninterviews geführt.

Ergebnisse: Regenbogenfamilien wünschen sich mehr Sichtbarkeit ihrer Familienform. Dazu gehören Abbildungen und Ansprache in Informationsmaterialien sowie Vorbereitungskursen in Wort, Bild und Schrift. Spezielle Angebote, welche die Bedürfnisse von Regenbogenfamilien aufgreifen und auf diese eingehen können, werden von der Mehrheit der Befragten gewünscht. Besonders die Ansprache und die Kommunikation zwischen Angehörigen des Gesundheitswesens und den Paaren wird von allen Befragten als Hürde erlebt. Dabei wird der Wunsch nach reflektierter Ansprache der nicht genetischen Eltern betont sowie der Wunsch nach Akzeptanz der Familienkonstellation in Haltung und Sprache.

Ein besonderer Wunsch besteht im Zugang zu Kinderwunschbehandlungen. Vor allem wird die Gleichstellung von Regenbogenfamilien hinsichtlich von Reproduktionsmedizin und damit verbundenen Kosten sowie der rechtlichen Absicherung genannt.

Schlussfolgerung: Nach wie vor begegnen Regenbogenfamilien versteckten und offenen Vorurteilen und Diskriminierungen im Gesundheitssystem. Diese basieren zum größten Teil auf einem heteronormativen Denken, das sich aus dem

herrschenden System ergibt. Um diesem zu begegnen und gelebte Diversität aufzubauen und Diskriminierung abzubauen, sind Aufklärung, Bildung und Umdenken notwendig. Die Integration der Thematik sowie der Darstellung von Diversität von Familienformen durch Fallarbeit in den Ausbildungen der Pflegeberufe sowie der Hebammen kann einen Ansatz bieten. Die Auszubildenden können als Multiplikator*innen wirken.

1 Einleitung

Regenbogenfamilien werden zunehmend im öffentlichen Raum sichtbar. LGBT* scheint vielen ein Begriff zu sein, die Ehe für Alle ist seit 2017 in Deutschland angekommen und auch in der Werbung sind gelegentlich Regenbogenfamilien abgebildet. Doch von einer Gleichstellung aller Familienformen ist Deutschland noch weit entfernt. Offene und subtile Homophobie begegnet Regenbogenfamilien im privaten Umfeld, im Arbeitsumfeld, sowie im öffentlichen Raum und Gesundheitswesen. Dabei spielt eine heteronormative Ausrichtung, das heißt ein Blick ausgehend von gemischtgeschlechtlicher Lebensform als Norm, in Bürokratie, Dokumenten, Zugängen zum Kinderwunsch, und mangelnder Anerkennung eine zentrale Rolle. (vgl. Irle et al. 2014; BMFSFJ 2014; Stadt Köln 2011; Hermann-Green 2008; Dethloff 2015; Lenz 2012) Die strukturelle Diskriminierung basierend auf einem heteronormativen System, zeigt sich jüngst im neuen Adoptionsgesetz, welches am 1. Juli 2020 in Kraft tritt. (vgl. BMFSFJ 2020a) Trotz Modernisierung und verbesserter Strukturen zur Adoption wird der Umstand von lesbischen Familien nicht beachtet und die bereits bestehende Diskriminierung verschärft. (vgl. LSVD 2020). Während ein in eine gemischtgeschlechtliche Ehe geborene Kind automatisch rechtlich das Kind beider Ehepartner*innen ist, muss der nicht leibliche gleichgeschlechtliche Elternteil eine langwierige und die Privatsphäre stark belastende Prozedur der Adoption durchlaufen, um rechtlich als Elternteil anerkannt zu werden. (vgl. LSVD 2020) Bis zur Rechtsprechung dauert es in der Regel ein Jahr, in welchem das Kind nicht durch seine beiden Eltern abgesichert ist und der nicht genetische Elternteil keine Rechte hat. Für die Paare bedeutet dies oft eine zusätzliche Angst und Anspannung, mit welcher sie in der sensiblen Zeit der Schwangerschaft und Geburt umgehen müssen. Die Frage danach, was mit dem gemeinsamen Kind geschieht, sollten bei einer Geburt Komplikationen auftreten, kann die Paare beunruhigen. Dieser Zeit geht eine lange Phase der Familiengründung mit zahlreichen Hürden und Ausschlüssen im Gesundheitswesen voraus. Dazu gehört der Zugang zur Kinderwunschbehandlungen und zur Reproduktionsmedizin, welcher trotz der Ehe für Alle von den Krankenkassen weiterhin nur für gemischtgeschlechtliche Ehepaare übernommen wird. Vorurteilhafte Diskussionen in Medien tragen zur Verschärfung bei und fördern homophobe oder ablehnende Begegnungen. (vgl. Oehler 2015; Weller-Menzel

Einleitung

2020; Bergold et al. 2018) Zusätzlich lehnen die meisten Kinderwunschkliniken in Deutschland die Behandlung von Frauenpaaren auf Grund einer unklaren Rechtslage ab. In den vergangenen Jahren entstanden zahlreiche Studien, welche belegen, dass Kinder in Regenbogenfamilien keine Nachteile gegenüber Kindern aus heterosexuellen Beziehungen haben und sich genauso entwickeln. Einige zeigen sogar die besonders positive Entwicklung hinsichtlich Selbstbehauptung und Selbstbewusstsein. (vgl. BMFSFJ 16. Juli 2013; Kläser 23. Juli 2010; Stadt Köln 2011; Bergold et al. 2018; Bergold et al. 2011; Irle; Irle et al. 2014; Carapacchio 2009; Gelderen et al. 2013) Trotzdem sind Regenbogenfamilien weiterhin Vorurteilen und Zuschreibungen ausgesetzt; besonders im Gesundheitswesen findet kaum Auseinandersetzung mit der Thematik statt. Auch wenn es keine genauen Zahlen gibt, wie viele Kinder in Regenbogenfamilien geboren werden, ist die Zahl in den letzten Jahren gestiegen und wird auf Grund von Weiterentwicklung der Reproduktionsmedizin, Möglichkeiten der Kinderwunscherfüllung im Ausland, und Gründung neuer Familienformen wie Co-Parenting weiter steigen. Somit ist eine Auseinandersetzung auf der Ebene des Gesundheitswesens notwendig.

In der jetzigen Zeit steht das Gesundheitswesen vor zahlreichen Herausforderungen und Problemen. Dazu gehören der Umgang mit einer Pandemie, Schaffung digitaler Strukturen, Technologisierung, Modernisierung und Sanierung genauso wie der bestehende Personalmangel und der demografische Wandel. Neben all diesen gravierenden Problemen finden Individualität, Empathie, und Beziehungsarbeit weniger Beachtung. Doch die Basis einer professionellen, wissenschaftlich fundierten Pflege, Geburtsbegleitung und Beratung liegt in der Erhebung des individuellen Pflegebedarf begründet. Besonders in der sensiblen Situation des Kinderwunsches, der Schwangerschaft und Geburt sind die Wünsche der Familien elementar und können eine physiologische Geburt fördern und die Beziehung der Eltern zum Kind beeinflussen. (vgl. Wells et al. 2016; Black et al. 2014; Wojnar et al. 2014; Bushe et al. 2017; Büscher et al. 2015) Auf Grund der Relevanz einer individuellen und professionellen Begleitung von Regenbogenfamilien und des positiven Einflusses auf die Paare, ist die Implementierung von Wissen und Aufklärung über Regenbogenfamilien und ihre Bedürfnisse im Gesundheitswesen von Bedeutung. (vgl. Bushe et al. 2017) Bei genauerer Auseinandersetzung wird offensichtlich, dass auf Grund der langen Wege und der Hürden, welche Regenbogenfamilien meistern, ein besonderen Beratungs- und Betreuungsbedarf vorliegt. Regenbogenfamilien verdienen

Einleitung

genauso wie alle anderen Familienformen einen professionellen, empathischen und individuellen Umgang und eine akzeptierende Haltung von den Angehörigen des Gesundheitswesens, um die Herausforderungen dieser besonderen Lebensphase zu meistern.

Die Studienlage zum Thema Regenbogenfamilien in Gesundheitswesen im Kontext von Geburt und Schwangerschaft ist international überschaubar. Die Perspektive von Männerpaaren oder Familien mit Transpersonen ist kaum abgebildet, während mehr Daten zu lesbisch begründeten Familien bestehen. Im deutschsprachigen Raum gibt es kaum Forschung zum Thema. In den wenigen vorhanden Studien wird die Relevanz von Aufklärung und Wissen für einen diskriminierungsfreien und offenen Umgang betont.

Der pflegewissenschaftliche Fokus der vorliegenden Masterthesis liegt auf den Erfahrungen und Wünschen von Regenbogenfamilien. Die Forschungsfragen lauten dementsprechend: „Welche Erfahrungen sammeln Regenbogenfamilien im Kontext von Schwangerschaft und Geburt? Welche Wünsche haben sie an das Gesundheitswesen?“ und „Fühlen sich Regenbogenfamilien im Gesundheitssystem als Familie wahrgenommen und akzeptiert?“ Ziel ist es, am Ende dieser Masterthesis neue Erkenntnisse über die Erlebnisse und Erfahrungen von Regenbogenfamilien zu präsentieren, Wünsche zu erfassen und mit diesen zum Um- und Neudenken zu animieren. Auf diese Wünsche sollen einige Ideen zur Implementierung in der generalistischen Pflegeausbildung folgen. Vor allem ist das Ziel dieser Forschungsarbeit eine Forschungslücke zu schließen und zur Sichtbarkeit von Regenbogenfamilien im Gesundheitswesen beizutragen. Um dieses Ziel zu erreichen, werden Leitfadeninterviews geführt, welche in Anlehnung an die Grounded Theory Methodologie erhoben und analysiert werden.

Der aktuelle Forschungsstand mit der dazugehörigen Literaturrecherche sowie einer Schlussfolgerung und Relevanz für die vorliegende Arbeit werden im zweiten Kapitel vorgestellt. Im dritten Kapitel werden die beiden ausgewählten theoretischen Bezugsrahmen dargestellt und auf die vorliegende Arbeit bezogen. Das Methodische Vorgehen wird in Kapitel 4 gezeigt. In diesem werden die relevanten Begriffe und die Forschungsfrage definiert, um anschließend das qualitative Vorgehen der Masterthesis zu beschreiben. In diesem wird die Entwicklung des Fragebogens und der dazugehörigen Pre-Tests, der Feldzugang und die Untersuchungseinheit geschildert. Die Grounded Theory wird innerhalb der Datenerhebung und Datenanalyse beschrieben und mit dem Vorgehen in

Forschungsstand

Verbindung gesetzt. Im fünften Kapitel wird der ethische Aspekt diskutiert. Die Ergebnisse werden kategoriengeleitet im sechsten Kapitel vorgestellt und im anschließenden siebten Kapitel diskutiert. Kapitel 8 stellt die notwendigen Applikationen für Ausbildungen im Gesundheitssystem vor. Eine kriteriengeleitete methodische Reflexion sowie Limitierungen der Arbeit werden im neunten Kapitel dargestellt. Mit dem Fazit und damit dem zehnten Kapitel endet die inhaltliche Darstellung der Arbeit.

2 Forschungsstand

In diesem Kapitel wird als erstes der Weg der Literaturrecherche dargestellt, welcher anschließend unter 2.1.1 durch ein Flussdiagramm grafisch untermauert wird. Daraufaufgehend werden unter Punkt 2.2 die für die Theis als Basis relevanten Studien skizziert und ihre Kernaussagen dargestellt. Der Erkenntnisstand, welcher aus diesen gewonnen wurde, wird im Anschluss unter Punkt 2.3 vorgestellt. Abschließend werden die wichtigsten Aussagen, welche für den Verlauf der Arbeit an der Forschung von Bedeutung sind, genauer dargestellt, um zum Schluss in einer Zusammenfassung und einer Schlussfolgerung zu münden.

2.1 Literaturrecherche

Die orientierende Literaturrecherche fand in dem Zeitraum von November 2019 bis Februar 2020 im Opac der KatHo NRW, in Livivo, in PubMed sowie bei Experten auf themabezogenen Internetseiten statt. Die orientierende Recherche diente einem ersten Überblick über den Präsenz der Thematik, wobei im ersten Schritt deutschsprachige Literatur der letzten 10 Jahre gesucht wurde, da sich die Fragestellung auf das deutsche Gesundheitswesen bezieht. Im zweiten Schritt wurde die Suche nach Literatur nicht sprachlich begrenzt und im Zeitraum auf 20 Jahre erweitert. Mit dieser Suchstrategie sollte eine Entwicklung der Präsenz der Thematik in den letzten Jahren visualisiert werden. Zusätzlich diente die orientierende Recherche der Gewinnung von weiteren Stich- und Schlagworten für die weitere Literaturrecherche, indem wichtigste und präsenste Veröffentlichungen zum Thema identifiziert werden.

Die Literaturrecherche erfolgte auch unter dem Gesichtspunkt des Forschungsbedarfs, welcher von der Forscherin vorangenommen wird. Damit soll aufgezeigt werden, dass eine Forschung im Rahmen einer Masterarbeit zum

Forschungsstand

gewählten Thema sinnvoll und notwendig ist. Erste inhaltliche Ideen und Themenkomplexe zum Aufbau des Interview-Leitfadens wurden durch die Recherche gewonnen. Im Sinne der Grounded Theorie soll die Forschende eine offene Haltung haben und vor der Datenanalyse reflexiv mit der Tiefe des Literaturstudiums umgehen, um Voreingenommenheit zu minimieren. (vgl. Brandenburg et al. 2016: S. 76) Aus diesem Grund wird bewusst die systematische Recherche themenspezifisch jeweils zu unterschiedlichen Zeiten durchgeführt: als Grundlage vor den ersten Interviews, vertiefend auf Grund von neuen Stichworten nach dem Pretest, und erweiternd nach jedem Interview. In der systematischen Recherche wurden Schlagworte auf Grund des vorherigen Einlesens während der orientierenden Recherche sowie anhand der ersten Interviewaussagen und der Feldforschung generiert, hierbei wurden Synonyme und MeSH-Terms mit den Operatoren „OR“ und „AND“ kombiniert, zusätzlich wurde ein generelles Limit von 10 Jahren gesetzt. Datenbankeigene Limits wurden in dem jeweiligen Rechercheprotokoll dargestellt (siehe C1a auf CD). Zusätzlich wird mit dem Protokoll und der Systematisierung mit dem RefHunter (Manual zur Literaturrecherche in Fachdatenbanken) gearbeitet (siehe C1a). Da es sich um keine direkte klinische Frage handelt, welche Vergleichbarkeit mit anderer Intervention aufweisen kann, wird auf das PICO-Schema verzichtet. Die Systematik ergibt sich auf Grund der Schlagworte, welche sich aus der potenziellen Fragestellung ergeben.

Verwendete Haupt-Schlagworte:

Deutsch: Regenbogenfamilien, gleichgeschlechtliche (Elternschaft), lesbische Mutterschaft, Lesben/ Schwule, lesbische/ schwule Familien, queer, LGBTQ* (Familien), Gesundheitswesen, Krankenhaus, Geburt, Schwangerschaft, Erfahrung, Wünsche

Englisch: Gay/lesbian, same-sex mothers, same-sex fathers, non-biological mothers, pregnancy, (give) birth, homoparental family, LGBTQ family, queer (family), experience

Der Begriff Regenbogenfamilie findet sich hauptsächlich im deutschen Sprachgebrauch; im Englischen werden hierfür unterschiedliche Synonyme verwendet, als einheitlicher Begriff wird LGBTQ* identifiziert. Auf Grund der sehr engen Fragestellung und einer dünnen Datenlage zum Thema wurden noch einige zusätzliche Begriffe in der Recherche ausprobiert, jedoch musste die Recherche nicht im Verlauf eingeeengt werden, da die Ergebnisse sich übersichtlich zeigten

Forschungsstand

und so quergelesen werden konnten zur weiteren Verarbeitung. Mit Hilfe einer gezielten Internet-Recherche wurden Regenbogenfamilien-Zentren in Deutschland gefunden. Hierzu zählen der LSVD (mit Kontaktstellen in Berlin und München und Köln), das Rubicon in Köln, die Seite der Regenbogenfamilien Köln, Regenbogenfamilien NRW sowie der internationale Verband nllfs (National longitudinal Lesbian Family Studies). Die weitere Recherche erfolgte auf den zugehörigen Internetseiten, auf welchen zahlreiche Studien veröffentlicht sowie aktuelle Forschung und Projekte vorgestellt werden, zusätzlich werden Empfehlungen und Vernetzungen durch die Mitarbeiterinnen der Zentren wahrgenommen und somit erfolgte eine ergänzende Expertenrecherche, welche im Prozess auf Grund neuer Expertenkontakte sowie im Rahmen der GT mehrfach wiederholt und erweitert wurde. Hierdurch erfolgte die Gewinnung der meisten Studien im ersten und zweiten Recherchedurchgang. Ab März wurde die Methode des konzentrischen Kreises zur weiteren Recherche verfolgt. Anhand der zentralen und relevanten Quellen wurden die darin erwähnten Studien und Forschungen recherchiert. Auf diese Weise sind einige weitere Schriften gefunden worden. Abschließend erfolgt ab April eine vorwärts gerichtet Recherche. Da sich hier in der Literatur Wiederholungen abzeichnen, wurde gezielt nach weiteren Veröffentlichungen der Autor*innen gesucht.

2.1.1 Flussdiagramm PRISMA

Die zum Thema gefundene und gesichtet Literatur wird folgend mit Hilfe des PRISMA 2009 Flow Diagramms dargestellt.

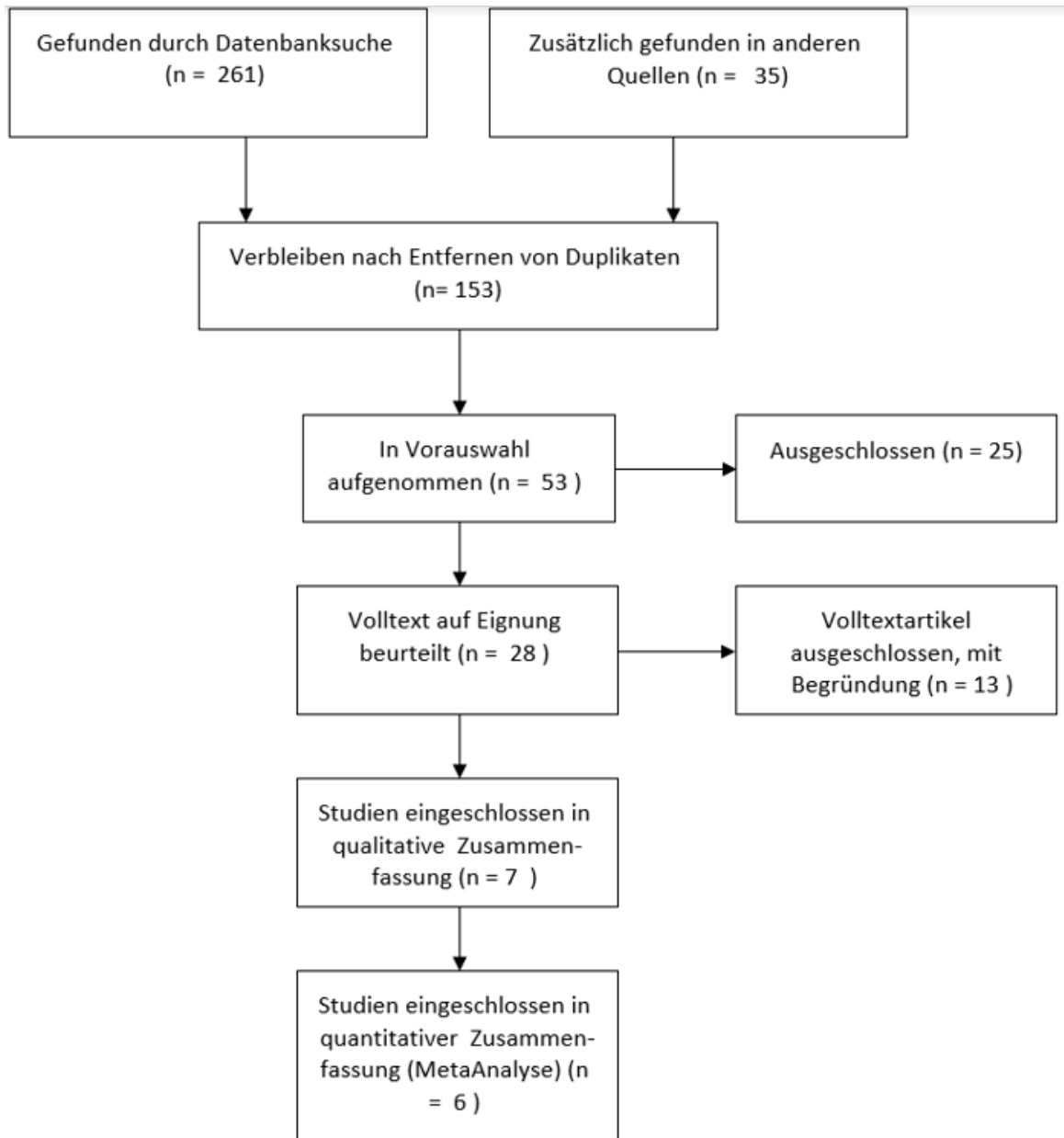


Abb. 1: PRISMA 2009 Flow Diagramm. Phasen der systematischen Literaturrecherche. Modifiziert nach Moher et al. 2009. (Moher D., Liberati A., Tetzlaff J., Altman D. 2009)

2.2 Relevante Studien

Alle relevanten Studien werden mit passenden Bewertungsinstrumenten ausgewertet und kurz beschrieben (siehe C1b – Alle C- Anhänge befinden sich auf der beigefügten CD; Alle A- Anhänge befinden sich direkt im Anhang der Thesis). Verwendet worden sind die Allgemeinen Kriterien zur Beurteilung von Studien nach Panfil (2016) für Studien, welche qualitative und quantitative Anteile vorwiesen. Die Kriterien wurden ergänzend zum allgemeinen Bewertungsschema bei ausschließlich qualitativen Methoden verwendet. (vgl. Brandenburg et al. 2016: S. 210-212) Kritische Beurteilung einer qualitativen Studie der Universität Halle (Saale) sowie das Bewertungsschema zur Kritischen Beurteilung einer Systematischen Übersichtsarbeit der Universität Halle (Saale), wurde ebenfalls eingesetzt, da es zu einigen Studien passte. (vgl. UKH 2020)

In der groß angelegten **Baden-Württembergischen Studie des Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren (2014)** unter dem Fokus „Verbesserungsvorschläge für mehr Akzeptanz und gleiche Rechte von LSBTTIQ-Menschen“ wurde eine Online-Umfrage mit geschlossenen und offenen Fragen durchgeführt. An dieser nahmen 2.385 Personen im Zeitraum von 20.11.2013 bis 28.2.2014 teil. Neben Daten zu Bereichen des täglichen Lebens wurden auch einige Daten zum Gesundheitswesen erhoben. LSBTTIQ-Menschen berichten in 29 % der Fälle über negative Erfahrungen mit Ämtern und Behörden und in 25 % der Fälle im Bereich der Gesundheit und Pflege. Bei TTIQ-Menschen sind die Prozentangaben fast doppelt so hoch. Im Gesundheitswesen erfahren die LGBTQ-Befragten mehrheitlich einen respektvollen Umgang. Allerdings zeigte sich in einigen Fällen ein ignorierendes Verhalten, Unsicherheiten sowie Defizite, wie zum Beispiel bei der Information und Beratung. Diskriminierung werden besonders in den Gebieten der Kinderwunschbehandlung beschrieben, dabei geben die Befragten an, dass die*der Lebenspartner*in im Prozess nicht anerkannt werden, und dass Wünsche ignoriert werden. Einige berichtet auch, dass ihnen der Status einer psychischen Störung zugeschrieben wird.

Die Frage nach den Wünschen von LSBTTIQ-Menschen wird zu einem signifikanten Anteil mit dem Bedarf an speziellen LSBTTIQ Angeboten beantwortet. Der größte Teil der Gruppe wünscht sich allgemein Aufklärung und Angebote rund um das Thema Diskriminierung, gefolgt von spezieller rechtlicher Beratung. An dritter Stelle wird der Wunsch nach Ausbau des Themas

Forschungsstand

Kinderwunsch und Gesundheitsangebote sowie Gründung von Regenbogenfamilienzentren beschrieben. (vgl. BMFSFJ 2014)

Dahl et al. (2013) stellen die Erfahrungen lesbischer Frauen im Rahmen der Geburt mit Angehörigen des Gesundheitssystems (damit sind alle am Geburtsprozess beteiligten Personen gemeint, Pflegende, Hebammen, Kinderpfleger*innen, Ärzt*innen) in einer Metastudie dar. Ausgewertet werden 13 qualitative skandinavische und englischsprachige Studien mit insgesamt 240 Frauen in den Jahren von 1984 bis 2011. In der Auswertung kommen Dahl et al. zum Ergebnis, dass lesbische Frauen im genannten Kontext offene und versteckte Vorurteile begegnen. Die beschriebenen Vorurteile werden in unterschiedlicher Form erlebt, eine Gemeinsamkeit betrifft die erlebte Form von Homophobie seitens der Gesundheitsdienstleistenden. Diese spiegelt sich in mangelnder Sensibilität oder mangelndem Respekt gegenüber den Frauen und insbesondere gegenüber den nicht gebärenden Müttern wider. Oft wird auch von abfälligen Kommentaren als prägendes Erlebnis berichtet. Eine Auffälligkeit betrifft, dass die Befragten sich oft (insbesondere retrospektiv) nicht sicher sind, wie das Verhalten der Angehörigen des Gesundheitswesens einzuordnen ist. Den Frauen stellt sich die Fragen, ob dies auf ihre sexuelle Orientierung oder auf allgemeingültige Verhaltensmuster des medizinischen Fachpersonals zurückzuführen ist. Die meisten Teilnehmerinnen berichten von Konfrontationen mit allzu neugierigen und unsensiblen Fragen. Dabei schätzten die Frauen, dass je aufgeklärter, geschulter und informierter eine behandelnde Person ist desto weniger solcher Fragen und allgemeiner unangenehmer Situationen auftreten. Insgesamt begegnet ihnen jedoch mangelndes Wissen und mangelnde Unterstützung durch die Gesundheitsdienstleister während der gesamten Begleitung. Dadurch geben die Befragten an, ein Gefühl zu haben, dass sie edukativ auftreten und wirken müssen und als „Wegbereiterinnen für die Nächsten“ zuständig sind.

Eine besondere Erkenntnis für Angehörige des Gesundheitswesens ist der Umgang mit dem Outing seitens der Frauen. Gelegentlich wird vom Zögern, sich als lesbisches Paar zu outen berichtet, aus Angst davor, danach die Pflege in schlechterer Qualität oder diese komplett verweigert zu bekommen. Durch das Nicht-Outing entsteht auch das Gefühl von Unsichtbarkeit als Paar, dieses spiegelt sich in der Behandlung aber auch in der fehlenden Aufführung des zweiten Elternteils in den Formularen. Der Wunsch nach lesbischen Hebammen und homofreundlichen Krankenhäusern wird oft geäußert. Zusätzlich ist ein Hauptwunsch der Frauen, das Sichtbarmachen der nicht gebärenden Mutter als

Forschungsstand

Elternteil, indem sie gesehen wird, während der Behandlungen aber auch auf den Formularen. Zusätzlich wird oft der Wunsch geäußert, die lesbische Sexualität und Lebensform nicht zu stigmatisieren. (vgl. Dahl et al. 2013)

Andersen et al. (2017) befragen schwedische Paare, davon vier gemeinsam und fünf getrennt, zu ihren Erlebnissen mit Pflegenden und Hebammen im Kontext der Schwangerschaft und Kindergesundheit. 11 Mütter und 3 Väter nahmen teil. Die Forschungsfrage bezog sich dabei auch auf die Beeinflussung der Gesundheit der Kinder auf Grund der Beratung und Betreuung der speziellen Pflegenden. Die Befragten geben an, dass der Einfluss durch die Behandlung im Gesundheitssystem auf ihr Verhalten und ihre Gesundheit oft ausschlaggebend ist. Die Befragten beschreiben immer wieder, dass ihre Bedürfnisse keine Berücksichtigung finden. Das Gefühl der Marginalisierung welches in verschiedenen Formen beschrieben wird, war nach der Meinung der Befragten auf mangelndes Wissen der Pflegenden über LGBTQ*-Familien zurückzuführen. So beschreibt eine teilnehmende Person, dass einige Pflegende davon ausgehen, dass eine Familie aus einer Mutter und einem Vater bestehen sollte und nicht mehr. Diese Perspektive führt zu Ausgrenzung und einem verurteilenden Umgang mit Regenbogenfamilien. Die heteronormative Vorannahme spiegelt sich auch im Material wie den Untersuchungsheften wider. (vgl. Andersen et al. 2017)

Weitere Erfahrung der Ablehnung bezogen sich auf das Hinterfragen der Rollen beider Elternteile, so beschreiben die Befragten, dass sie ihre Rollen sehr klar demonstrieren und verteidigen mussten. Die Pflegenden nahmen die gleichgeschlechtlichen Paare sonst als Mutter und Tochter, Freundinnen oder Schwestern wahr. Nicht gebärende Mütter fühlen sich oft nicht gehört und nicht wahrgenommen. In der Befragung sagt eine Mutter, dass ihre Fragen nicht gehört und beantwortet wurden, sondern der Fokus einzig auf der Schwangeren lag. Diese Ablehnung trägt dazu bei, dass sich gleichgeschlechtliche Paare als Eltern abgelehnt und als „etwas anderes“ fühlen. Allgemein fehle den Gesundheitsexperten und Gesundheitsdienstleistern Informationen und Aufklärung, um einen adäquaten Umgang zu finden. Alle positiven Erfahrungen beziehen sich auf einen respektvollen Umgang und die Tatsache, dass Regenbogenfamilien natürlich behandelt werden, ohne unterbrochenen Redefluss und Angst etwas Komisches zu sagen. Es wird eine hohe Korrelation zwischen der Aufgeklärtheit und dem Informationsstand der Pflegenden und einem positiven

Forschungsstand

Beziehungsaufbau und Umgang mit den Paaren beobachtet. (vgl. Andersen et al. 2017)

Wells und Land (2016) führen eine systematische Literaturrecherche zu lesbischen, schwulen, bisexuellen, transgender- und intersexuellen Eltern im Bereich der Kindergesundheit durch. Dabei bezieht sich die systematische Übersicht auf die nordischen Länder, welche als besonders fortschrittlich gelten und LGBTQ* Familien gegenüber offen eingestellt sind. In der Recherche wurden Kinderwunsch-Kliniken, Geburtshäuser, Gynäkologische Kliniken sowie Geburt und Wehen, postnatale Gesundheit und Kindergesundheit mit einbezogen. Die Ergebnisse zeigen ausschließlich Studien zu lesbischen Müttern. Insgesamt konnte das Forschungsteam die Themen von Akzeptanz gleichgeschlechtlicher Mütter, Offenlegung sexueller Orientierung, heteronormative Hindernisse, die Wahrnehmung von nicht gebärenden Müttern als solche und nicht als Väter und die Existenz der anderen Eltern identifizieren. (vgl. Wells et al. 2016).

Interessant sind die Ergebnisse auch deshalb, da sie das Thema in einem Land zeigen, welches LGBTQ* und dazugehörige Familien allgemein anerkannt hat und LGBTQ* Paaren die Möglichkeiten der Reproduktion zugänglich ist – im Gegensatz zu Deutschland – LGBTQ* Paaren zugänglich sind. Trotz der Anerkennung zeigen sich offene und verdeckte heteronormative Hindernisse, welche zu Diskriminierungen aber auch Angst bei den Paaren führen. Die Ergebnisse zeigen, dass sich nicht gebärende Mütter unsichtbar und zweitrangig fühlen, wenn sie nicht als gleichwertige Eltern behandelt werden. Weiter wird beschrieben, dass es auf Grund einer verminderten Wahrnehmung einer Person innerhalb einer Familie zu Mangelversorgung des Kindes kommen könnte. Die nicht wahrgenommene Person erhält keine Informationen und relevante Instruktion im Umgang mit dem Kind und der neuen Familie.

Die Relevanz für die Praxis wird zum Schluss beschrieben und bezieht sich auf Änderungen auf der Organisations- und Personalebene. (vgl. Wells et al. 2016)

Appelgren et al. (2017) haben das Ziel in ihrer Studie Einblicke zu gewinnen, wie Frauen in gleichgeschlechtlichen Beziehungen den Prozess der Familienbildung mithilfe der assistierten Reproduktionstechnik (ART) von der Planung der Schwangerschaft bis zur Elternschaft hinsichtlich ihrer Erfahrungen mit dem medizinischen Fachkräften erleben. Hierzu werden 20 Frauen in gleichgeschlechtliche Beziehungen interviewt. Die Befragten berichten vor allem von einer Hilflosigkeit im „Info-Dschungel“ hinsichtlich des Kinderwunsches. Dabei

Forschungsstand

empfinden sie das medizinische Personal als nicht hilfreich und unaufgeklärt in der Beratung. Vor allem psychologische Unterstützung, Beratung und Begleitung in einer so anspruchsvollen Zeit habe gefehlt. Heteronormativität wird an unterschiedlichen Stellen beschrieben und festgestellt. Vor allem wird diese Begrifflichkeit auch im Zusammenhang mit Geburtsvorbereitungskursen verwendet, wo diese sehr präsent und einschränken auf die Paare wirkt. Auch das Informationsmaterial wird als heteronormativ beschrieben und bildet die Regenbogenfamilien nicht ab. Als Bedarf werden Informationen, maßgeschneiderte Broschüren und frühzeitige Unterstützung der Eltern identifiziert. Alle Eltern benötigen während des gesamten Prozesses der Familiengründung Anleitung und Unterstützung durch kompetentes, fürsorgliches Personal. (vgl. Appelgren-Engström et al. 2018)

Nach Abschluss der Interviewführung werden noch die unten aufgeführten Studien zur Perspektiverweiterung hinzugezogen. Diese wurden auf Grund weitere Begriffe und Schlagworte sowie Themen, welche sich innerhalb des Interviews ergaben, recherchiert. Im Sinne der Offenheit der Forscherin konnte sie in die Interviews informiert starten, aber von der Interviewten Personen, welche als Expert*innen anerkannt werden, weitere Themen kennenlernen.

"Vorgefasste Meinungen sollen die offene Sicht auf die Daten nicht beeinträchtigen." (Brandenburg et al. 2016: S. 158–159)

Tzur, Sarid et al. (2019) stellen die Perspektive der Pflegenden in einer israelischen Studie dar. Mithilfe von Selbstberichtsfragebögen nahmen 184 Pflegende teil, um ihre Erfahrungen und Einstellungen gegenüber lesbischen Paaren in der Schwangerschaftsvorsorge mitzuteilen. Die Ergebnisse zeigen, dass den professionell Pflegenden in über 60% der Fälle Informationen fehlen sowie das Verständnis, welche Bedeutung die Homosexualität für Schwangerschaft und die Versorgung hat. Eine signifikante Korrelation findet sich zwischen einem sicheren und offenen Umgang und Aufgeklärtheit sowie Zugang zu Informationen. Durch diese Sicherheit wird eine positive Beziehung zu den Paaren beschrieben, welche den anderen Pflegenden fehlt. (vgl. Tzur-Peled et al. 2019)

Bushe (2017) erarbeiten eine kulturell sensible Anleitung für medizinisches und pflegerisches Personal der Geburtshilfe zum Umgang mit lesbischen Eltern und lesbischen Paaren, welche Eltern werden wollen. Die Idee ist die Schaffung einer integrativen Gesundheitsumgebung durch das Respektieren und Anerkennen von Elternschaft. (vgl. Bushe et al. 2017) Dabei fordert Bushe gendersensibles

Forschungsstand

Informationsmaterial, welches in Praxen und Kliniken ausliegen und auch gleichgeschlechtliche Paare abbilden sollte. Die Sprache soll beachtet werden, indem Ansprache gendersensibel geschieht, aber auch alle im Prozess Beteiligten entsprechend angesprochen werden. Zusätzlich identifiziert sie den Bedarf von Aufklärung und Fortbildung, in dem Pflegenden und Mediziner*innen über unterschiedliche Möglichkeiten des Kinderwunsches Bescheid wissen. Durch diesen kann Beratung und Begleitung gezielter erfolgen. (vgl. Bushe et al. 2017)

2.2.1 Erkenntnisstand

In den wenigen deutschsprachigen auf die Forschungsfrage bezogenen Studien und Artikeln wird das Gesundheitswesen allgemein beforscht, ein spezieller Bezug und besondere Ergebnis hinsichtlich Geburt und Schwangerschaft wurden nicht gefunden. In diesem allgemeinen Bezug zum Gesundheitswesen zeigt sich jedoch Diskriminierung von LGBTQ* Personen im Gesundheitswesen und besonders in der Kinderwunschbehandlung.

Insgesamt zeigt sich, dass Regenbogenfamilien noch wenig anerkannt oder bekannt sind und pflegerisches sowie medizinisches Personal im Umgang nicht geübt ist. So fühlen sich Regenbogenfamilien und gleichgeschlechtliche Personen oft Pflegenden, Hebammen und Mediziner*innen gegenübergestellt, welche sie nicht als Paar oder Familie akzeptieren. Homophobe Äußerungen, unangenehme und übergriffige Fragen erleben besonders lesbische Frauen im Kontext von Geburt und Schwangerschaft. Auch zeigen sich auf der Seite der Pflegenden viele Vorurteile, Berührungsängste und Unsicherheit im Umgang mit gleichgeschlechtlichen Paaren und Regenbogenfamilien. Die Einstellung, dass eine Familie aus Mutter und Vater bestehe, zeigt sich dominant. Diese Wahrnehmung, dass pflegerisches und medizinisches Personal nicht geschult im Umgang mit Regenbogenfamilien ist sowie keine bis geringe Kenntnis von dieser Familien- und Lebensform hat, spiegelt sich in vielen Aussagen der gleichgeschlechtlich lebenden Personen. Insbesondere die Unsichtbarkeit der nicht gebärenden Mütter und die Nichtakzeptanz der Familienform wird immer wieder betont und als belastend erlebt. Besonders häufig werden die Hindernisse auf dem Weg zum Kind beschrieben, welche sich aus einer heteronormativen Welt und Sichtweise im Gesundheitswesen ergeben. Hierzu zählen dass nicht-gesehen-Werden als „andere“ Familienform, die Unsichtbarkeit der nicht gebärenden Mutter und fehlende Ansprache sowie sich angesprochen Fühlen in Materialien, Beratung und Behandlung. Die Befragten geben an, dass geschultes

Forschungsstand

und informiertes Personal die Behandlungen respektvoller gestalten und damit ein Beziehungsaufbau erst möglich wird. Die Relevanz von pflegerischem und medizinischem Personal während des Prozesses der Schwangerschaft und Geburt wird besonders in der Studie von Dahl und Bushe herausgearbeitet. Hier wird die Korrelation von gelingendem Kontakt, einer kontinuierlichen Behandlung und dem Abbau von Ängsten bei den Regenbogenfamilien durch Aufklärung und Schulung sowie eine entsprechende Haltung gegenüber gleichgeschlechtlichen Paaren dargestellt.

In den thematisch relevanten Studien werden Schlagworte und Themen identifiziert, welche später der Leitfadenerstellung und weiterer Auseinandersetzung dienen. Diese beinhalten Begriffe und Phänomene des gesamten Themenfeldes – Adoption, Gleichberechtigte Mutterschaft/Vaterschaft/Elternschaft, Bezeichnungen für Mutter/Vater, (unangenehme) Fragen, Rollenwechsel, fehlendes Vokabular für die/den soziale/n Mutter/Vater, Rechtliche Lage- ungeschützt, Sichtbarkeit, Akzeptanz, Respektvoller Umgang, Homophobie, Diskriminierung, Ablehnung, Situationen meiden aus Angst vor Verurteilung.

2.3 Schlussfolgerung und Zusammenfassung

Insgesamt zeigt der Forschungsstand Lücken hinsichtlich der Auseinandersetzung mit dem Thema „Wünsche von Regenbogenfamilien im Kontext von Schwangerschaft und Geburt“. Die meisten Studien mit Bezug zur Forschungsfrage stammen aus dem skandinavischen Raum, in welchem die gleichgeschlechtliche Ehe und damit Familie größere rechtliche und gesellschaftliche Akzeptanz erfährt. Somit sind die Ergebnisse nur bedingt übertragbar. Auch unterscheidet sich das deutsche Gesundheitssystem und vor allem der Zugang zu Reproduktionsmedizin signifikant von anderen Ländern und ist damit eine eigene Befragung wert. Auch in den skandinavischen Publikationen ist die Perspektive von Regenbogenfamilien hauptsächlich in Form von Frauenpaaren dargestellt. Studien, welche die Forschungsfrage beantworten und genau aufgreifen, wurden in deutscher Sprache nicht gefunden. Deutschsprachig finden sich lokale Studien oder Forschungen zum Thema Gesundheitswesen allgemein, ein spezieller Bezug zur Geburt oder Schwangerschaft wurde dort nicht explizit gefunden.

Trotz einiger gefundener Studien, welche das Thema aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchten, besteht ein dringender Forschungsbedarf. Auch der in

Theoretischer Rahmen

den Studien erwähnte Bedarf an Schulungen und Aufklärungen zum Thema ist von großer Relevanz und sollte auch im Ausbildungswesen der Pflege und Hebammen beleuchtet werden. Hierfür sind die Wünsche zu erfassen und mit den vorliegenden Studien zu vergleichen und zu erweitern. Im Rahmen des Pflegeberufe-Reformgesetzes erfährt der Stellenwert der Pflege besonders in der Begleitung und Beratung sowie in der Erhebung des Pflegebedarfs eine Aufwertung. Mit Hilfe des Systemischen Ansatzes nach Hundenborn/Kreienbaum/Knigge-Demal, auf welchem der Rahmenlehrplan beruht, könnte dieser besondere Beratungs- und Begleitungsbedarf im Rahmen der Ausbildung verankert werden. Diesen Bedarf an Beratung, Begleitung und einem respektvollen Beziehungsaufbau in der sensiblen Phase der Schwangerschaft und Geburt, welcher in den Studien gewünscht und als relevant eingeordnet wird, gilt es zu identifizieren und langfristig zu integrieren.

3 Theoretischer Rahmen

Für das vorliegende Forschungsprojekt werden zwei theoretische Rahmen hinzugezogen, wobei der Systemische Ansatz nach Hundenborn/Kreienbaum/Knigge-Demal für die gesamte Arbeit verwendet wird und mit diesem die Thematik in den gesellschaftlichen und gesundheits-systemischen Kontext gebettet wird. Die Motivations -Theorie von Maslow wird eingesetzt, um die individuellen Bedürfnisse und die sich daraus ergebenden Wünsche der Regenbogenfamilien zu beschreiben. Diese Theorie wird ebenfalls zur Sortierung der Schlagworte und der Recherche, der Erstellung des Interviewleitfadens und der Sortierung der Vorannahmen sowie der späteren Ergebnisse hinzugezogen. Auch wenn in beiden Theorien die individuelle Situation der Regenbogenfamilien zentral ist, soll die Motivationstheorie die subjektive Komponente zusätzlich hervorheben. Unter 3.1 wird die Theorie von Maslow kurz skizziert, um in 3.1.1 auf die vorliegende Arbeit bezogen zu werden. In 3.2 wird der Systemische Ansatz mit seinen konsekutiven Merkmalen vorgestellt und in 3.2.1 hinsichtlich der Fragestellung erörtert.

3.1 Maslow

Die Maslow'sche Bedürfnishierarchie (auch Bedürfnispyramide) wird von Abraham Maslow als ein sozialpsychologisches Modell entwickelt. Hierbei werden menschliche Bedürfnisse und Motivationen hierarchisch dargestellt. Diese vereinfachte Darstellung der Bedürfnisse wird zum ersten Mal 1943 veröffentlicht

Theoretischer Rahmen

und als positive Motivations-Theorie bezeichnet. (vgl. Maslow 1999: S. 64-68) Maslow glaubt an das grundsätzlich Gute im Menschen und die Tatsache, dass diese von einem angeborenen Wachstumspotenzial getrieben werden.

Die fünf Kategorien werden in vier Defizitbedürfnisse eingeteilt, welche bei Nichterfüllung in psychische und physische Störungen münden können, sowie in ein Wachstumsbedürfnis. Die Motivation, also die motivierende Kraft der Bedürfnisse, ergibt sich dabei aus nicht erfüllten Bedürfnissen und nimmt mit deren zunehmender Befriedigung ab. Wenn die physiologischen und Sicherheits-Bedürfnisse befriedigt sind, stellen sich Bedürfnisse nach Zuneigung, Liebe und Zugehörigkeit ein. Laut Maslow müssen die vorhergehenden Bedürfnisse nicht komplett befriedigt sein, damit sich die höher gelegenen einstellen, jedoch zu einem großen Teil (von 70-80%). Das Bedürfnis nach Liebe und Zugehörigkeit geht einher mit dem Wunsch nach einem Platz und einer Familie, welcher intensiv verfolgt wird. (vgl. Maslow 1999: S. 70–71)

3.1.1 Die Motivationstheorie bezogen auf die Forschungsfrage

Die Bedürfnisse von Regenbogenfamilien gleichen in vielen Bereichen sicherlich den Bedürfnissen aller Familien, jedoch ergeben sich bei Regenbogenfamilien nochmals sehr individuelle und besondere Wege. Mit Hilfe der Bedürfnistheorie soll die subjektive Komponente und die Individualität der jeweiligen Familien erfasst werden. Mit Hilfe dieser wird dargestellt, welchen Einfluss mögliche Ausschlüsse von Ressourcen und Unsicherheiten auf dem Weg zur und nach der Schwangerschaft haben können. Zusätzlich ist das Ziel dieser Theorie bezogen auf die vorliegende Arbeit, den Leitfaden sowie die Ergebnisse besser zu strukturieren. In der Befragung handelt es sich um die Wünsche der Paare, welche sich aus Bedürfnissen und deren Erfüllung ergeben. Dargestellt werden folgend nur ausgewählte Bedürfnisse, welche relevant für die Forschungsarbeit sind.

Zu den **physiologischen Bedürfnissen** (Grund-/Existenzbedürfnisse) gehören neben Trinken und Nahrung und Vitalität auch Bedürfnisse nach Mutterliebe, Nähe, Mutterschaft, Schwangerschaft und damit einhergehende Phänomene. Während bei den Befragten davon ausgegangen wird, dass Hunger und Durst grundsätzlich befriedigt sind, ist das persönlichere Grundbedürfnis nach Schwangerschaft und Mutterschaft oder Elternschaft grundsätzlich möglich zu erfüllen, stellt allerdings in Deutschland vor großen Herausforderungen. Durch die Ablehnung der Behandlung in Kinderwunschkliniken, Verbot von Leihmutterschaft, der Ablehnung der Behandlungskosten durch die Krankenkassen wird ein

Theoretischer Rahmen

Grundbedürfnis von gleichgeschlechtlichen Paaren abgelehnt, nicht erfüllt oder dessen Verwirklichung erschwert. Es ist davon auszugehen, dass das **Sicherheitsbedürfnis** während einer vulnerablen Zeit wie Schwangerschaft, Geburt und Familienwerdung besonders ausgeprägt ist; relevant ist hierbei z.B. die Sicherheit für die eigene Gesundheit, die kindliche Gesundheit und adäquate medizinische, pflegerische und geburtshilfliche Versorgung. Probleme können sich hier auf Grund der rechtlichen Lage in Deutschland für die Familien ergeben, welche sich auch auf das Gesundheitssystem beziehen. Die nicht gebärende Mutter oder der nicht genetische Vater haben rechtlich keinen Anspruch am Kind und sind somit nicht abgesichert. Die Familien sind hier auf das Wohlwollen des Krankenhauspersonals sowie der Ämter angewiesen. Hinsichtlich des Aspektes der Sicherheit könnten hier Befürchtung seitens der Geburtsmutter bestehen, was mit dem Kind passiert, sollte sie während der Geburt sterben oder gesundheitlich nicht in der Lage sein, sich um das Kind zu kümmern und Wünsche zu äußern. Solche massiven Befürchtungen und Ängste können sich gesundheitlich und psychisch auf die ganze Familie auswirken und das Sicherheitsgefühl während der Behandlung vor allem unter der Geburt mindern. Auch die allgemeine Behandlung des Paares als Familie und vor allem die Anerkennung der nicht gebärenden Mutter durch das begleitende Personal kann das Sicherheitsgefühl in den unterschiedlichen Settings beeinflussen (In diesem Zusammenhang wird nur von „Müttern“ gesprochen, da es für Väterpaare in Deutschland aktuell keine rechtliche Möglichkeit gibt, ein genetisch eigenes Kind zu bekommen.).

Besonders während einer Ausnahmesituation und einer Zeit von hohem Sicherheitsbedürfnis sind sichere und wohlwollende Sozialkontakte von Bedeutung (**soziale Bedürfnisse**). Durch soziale Kontakte, Familie und Freunde steigt das Sicherheitsgefühl, der soziale Austausch kann zur Anerkennung der eigenen Person und Lebensweise führen. Im Gegenteil kann das nicht Anerkennen einer lesbischen Lebensgemeinschaft, einer gleichgeschlechtlichen Partnerschaft oder Ehe, Unsicherheit, Wut, Ärger, Isolation und Trauer schaffen. Eine Vorannahme betrifft die gendersensible Sprache und die Auseinandersetzung mit unangenehmen Fragen und Konfrontationen. Auf Grund eines heteronormativen Sprachgebrauchs werden gleichgeschlechtliche Eltern eventuell ausgeschlossen oder fühlen sich nicht angesprochen und nicht gesehen. Die ausschließliche Darstellung von Mutter-Vater-Konstellationen schließt das Paar aus. Das Bedürfnis nach Zugehörigkeit und Familie wird nicht gesehen und kann dem Paar abgesprochen werden. Der soziale Austausch mit Pflegenden und

Theoretischer Rahmen

Hebammen trägt während der Geburt und in der Wochenbett Phase eine besondere Rolle. Das Bedürfnis nach Zugehörigkeit kann bereits in der Geburtsvorbereitungsphase bestehen und dem Paar zeigen ob sie akzeptiert sind und zum Kreis werdender Eltern gehören. Die Begleitung und Stabilisierung der jungen Eltern entstehen durch Kommunikation, Begleitung und Anerkennung. Diese kann nur mit Anerkennung der Lebensform geschehen. Diese kann sich weiter auf die **Individualbedürfnisse** ausdehnen, in denen Anerkennung, Wertschätzung, Freiheit und Unabhängigkeit eine Rolle spielen. Hier könnte die Freiheit in der Wahl von behandelnden Ärztinnen, Hebammen und Kliniken eingeschränkt werden. Gleichgeschlechtliche Paare könnten Ablehnung der Behandlung erleben und sich dadurch abgelehnt, diskriminiert und in ihrer Lebensweise nicht anerkannt fühlen. Die Wahl einer Klinik oder einer behandelnden Person, welche genau zum Paar passt, kann auf Grund der Zugangsverweigerung stark beschnitten sein auf Grund der Zugangsverweigerung. Die gleichgeschlechtlichen Paare können eventuell nur ein „kleineres Übel“ wählen und mit dem zufrieden sein, was möglich ist. Besonders das Thema Kinderwunsch und die Erfüllung kann hier in der Freiheit sehr eingeschränkt sein, da die rechtliche Lage schwierig und teilweise intransparent ist. Vor allem bei Männerpaaren in einer Zweierbeziehung ist der Wunsch nach einem leiblichen Kind in Deutschland nicht realisierbar. Insgesamt ist davon auszugehen, dass die Auswahl an Angeboten sowie speziellen Angeboten für Menschen des LGBT* Spektrums klein ist und in ländlicheren Gegenden kaum zu finden ist. Damit ist die Individualität der Auswahl stark eingeschränkt.

3.2 Systemischer Ansatz

Der Systemische Ansatz wurde im Jahre 1994 von Hundenborn/Kreienbaum in seinen Grundzügen entwickelt. Dieser wurde für zahlreiche Curriculararbeiten eingesetzt und ist 1998 für die Entwicklung des Curriculums der Kranken- und Kinderkrankenpflege eingesetzt worden. Zu dieser Zeit wurde der Systemische Ansatz in einer Zusammenarbeit mit Knigge-Demal erweitert; in dieser wurde das Element der Pflegesituation weiterentwickelt. Grundsätzlich ist der Systemische Ansatz entstanden, um Strukturen pflegerischen Handelns nachvollziehen und verstehen zu können und besteht aus den sogenannten konsekutiven Merkmalen pflegerischen Handelns, nämlich Pflegeprozess, Pflegeanlass, Erleben und Verarbeiten, Institution und Interaktionsstrukturen. (vgl. Hundenborn 2007: S. 42–45) Diese sind im Kontext eines Werte- und Gesellschaftssystems zu verstehen.

Theoretischer Rahmen

Damit wird dargestellt, dass die Pflegesituation unmittelbar mit dem Werte- und dem Gesellschaftssystem verbunden ist und dessen Einfluss untersteht. Die Pflegesituation an sich mit ihren fünf konsekutiven Merkmalen ist als Gesamtgebilde zu verstehen, in dem sich alle Instanzen beeinflussen. Jedes Merkmal ist hier als Einflussgröße zu sehen, welches sich in der Situation zeigt und diese behindern oder fördern kann. (vgl. Hundenborn 2007: S. 44–47) Diesem Situationsverständnis im Systemischen Ansatz liegt die Idee des Symbolischen Interaktionismus zugrunde. Eine Gesamtsituation besteht demnach aus objektiven und subjektiven Anteilen, welche auf Grund der Interpretation durch das Erleben und Verstehen der jeweiligen Person auch das Handeln bestimmen. (vgl. Hundenborn 2007: S. 43–44)

„Pflegehandeln in Pflegesituationen erfordert stets die Berücksichtigung beider Perspektiven, die objektive Seite der Pflegeanlässe sowie die subjektive der Situationsdeutung durch die Betroffenen.“ (Hundenborn 2007: S. 50)

Das pflegerische Handeln wird als besondere Form von sozialem Beziehungshandeln gesehen, in welchem sich die eigenen Einstellungen und Beweggründe spiegeln und zusätzlich von den Gegebenheiten beeinflusst werden, in die sie eingebettet sind (Institution, Arbeitsumfeld). Das Zusammenspiel erschafft materielle und personelle Ressourcen, welche sich in der Pflegesituation abbilden. Betont wird auch die Individualität jeder Pflegesituation, welche besonders durch Zuschreibungen und Deutungen der jeweils beteiligten Personen entsteht und die einmalige Pflegesituation bildet. (vgl. Hundenborn 2007: S. 45)

Der *Pflegeanlass* als konsekutives Merkmal gilt als objektive Perspektive auf die Pflegesituation. Dieser bezieht sich beispielsweise auf einen aktuellen Unfall, ein Krankheitsgeschehen oder Geburt. Auch sind Anlässe, welche ein pflegerisches Eingreifen benötigen, hiermit gemeint. So könnten altersbedingte Einschränkungen oder auch Schwangerschaft einen Pflegeanlass bilden.

Das Merkmal *Erleben und Verarbeiten* stellt die subjektive Komponente dar und ist auf die individuelle Wahrnehmung und Verarbeitung der beteiligten Personen bezogen. Hierzu zählt die Subjektivität der zu pflegenden oder zu versorgenden Person und ihrer Angehörigen, aber auch die der Pflegeperson. Dies ergibt die Gesamtheit des Merkmals und setzt sich aus Gestimmtsein, Einstellung, Vorlieben und Abneigungen zusammen. (vgl. Hundenborn 2007: S. 46)

Das Merkmal *Interaktionsstruktur* ist sehr vielfältig und bezieht sich nicht nur auf die Interaktion zwischen den Pflegenden und den zu Pflegenden und ist somit nicht nur auf die Zweierinteraktion beschränkt. Auf der Seite der professionell Pflegenden zeigt sich die Eingebundenheit in ein Team, eine Berufsgruppe und

Theoretischer Rahmen

den interdisziplinären Austausch. Die Seite der zu versorgenden Person kann eine Vielzahl an Interaktionen mitbringen, welche für die Pflegesituation relevant sind. Zu diesen gehört die Familie, Freund*innen, Nachbar*innen, Verwandte und andere Angehörige. Das Merkmal der Interaktion ist damit oft sehr komplex. Das konsekutive Merkmal der *Institution* ist immer mitzudenken, denn dieses bestimmt zu einem gewissen Teil die Handlungsalternativen. Die Institution gibt den Rahmen und Arbeitsumfeld vor, dieses kann fördernd oder hemmend in Situationen wirken.

Die Ebene des *Pflegeprozesses* ist als subtile Ebene mitzudenken und umfasst das Einschätzen, Planen, Durchführen und Evaluieren in der gesamten Pflegesituation von den professionell Pflegenden. (vgl. Hundenborn 2007: S. 46-48)

3.2.1 Der Systemische Ansatz bezogen auf die Forschungsfrage

Im folgenden Abschnitt soll erläutert werden, warum der systemische Ansatz als zweiter theoretischer Bezugsrahmen gewählt wurde und warum dieser passend zur Forschungsfrage ist. Er soll zeigen, in welchen Ebenen und Systemen sich die Regenbogenfamilien bewegen, die ihre Erfahrungen, Bedürfnisse und Wünsche prägen.

Der Systemische Ansatz nach Hundenborn/Kreienbaum/Knigge-Demal wurde als theoretischer Rahmen zusätzlich gewählt, um die Erkenntnisse der Forschung und die Wünsche der Befragten in den neuen Ausbildungskontext einzubetten und diese auch mit der dahinterstehenden Systematik zu verstehen. Mit Hilfe des Systemischen Ansatzes kann auch eine multifaktorielle Betrachtung des speziellen Pflege-, Beratungs- und Betreuungsbedarfs gelingen und einen breiten Blickwinkel schaffen. Vor allem aber soll er die Regenbogenfamilien auch ins Zentrum stellen und die Abhängigkeiten und Prozesse, welchen die Familien ausgesetzt sind, spiegeln und verstehen.

Gleichgeschlechtliche Paare, welche ein Kind erwarten, begeben sich, wie auch andere Paare, in eine oft neue Situation, in der sie auf Unterstützung angewiesen sind. Die Zeit der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes ist eine besondere Zeit, welche mit Hoffnungen und Ängsten sowie vielen neuen Herausforderungen zusammenhängt. Diese sensible Zeit ist in den Institutionellen Rahmen eines Krankenhauses oder eines Geburtshauses, die Begleitung durch professionelle Geburtshelferinnen und Pflegenden sowie Mediziner*innen eingebettet. Den Paaren stehen zahlreiche Termine, Untersuchungen,

Theoretischer Rahmen

Aufklärungen und Entscheidungen bevor. Besonders bei gleichgeschlechtlichen Paaren kommt noch sehr oft der institutionelle Weg des Kinderwunsches hinzu. Damit ist das Merkmal der **Interaktion** sehr vielfältig. Einerseits besteht teilweise Interaktion zwischen den professionellen Gesundheitsdienstleistern, auf der anderen Seite ist die Regenbogenfamilie, welche in weitere Strukturen eingebettet ist. Diese können die Familie, Freunde und Angehörige, aber auch weitere Elternteile, aktive oder passive Väter- oder Mütterrollen sein. Auf Grund der rechtlichen Lage in Deutschland ist eine Stiefkindadoption seitens des gleichgeschlechtlichen nicht genetischen Elternteils erforderlich. Diese erfordert oft bereits während der Schwangerschaft eine Auseinandersetzung mit der Adoption und den dazugehörigen Institutionen.

Der im Systemischen Ansatz beschriebene Einfluss der **Institutionen** auf die Rahmenbedingungen der Situation können sich für Regenbogenfamilien stark auswirken. So könnten unterschiedliche Bedingungen je nach Konfession des Hauses die Familie betreffen. Die Auswirkung von bestimmten Leitbildern und konfessionellen Überzeugungen formen auch die Haltung des Personals und dies wirkt sich eventuell unmittelbar auf die Paare aus. Auch die Fortbildungskultur eines Hauses sowie dessen offene und moderne Haltung spiegelt sich im Personal wider. Ist auf Grund von unterschiedlichen Entscheidungen das Geld für Fortbildungen nicht da oder es werden andere Fort- und Weiterbildungen angeboten, kann es dazu kommen, dass das Personal möglicherweise nicht informiert und aufgeklärt bezüglich Kommunikation, Beratung und der Kenntnis von verschiedenen Familien- und Lebensformen ist.

Den **Pflegeanlass** stellen die Schwangerschaft und die Geburt sowie die Wochenbettpflege dar. Dieser Pflegeanlass stellt auch die vergleichbare und objektive Komponente der Befragten dar. Alle Paare haben eine Schwangerschaft und eine Geburt erlebt. Es ist davon auszugehen, dass die meisten Frauen in einer Institution (Krankenhaus oder Geburtshaus) entbunden haben und damit die Situation deren Rahmenbedingungen unterliegt.

Im Zentrum der vorliegenden Arbeit steht das konsekutive Merkmal **Erleben und Verstehen**, das die subjektive Komponente der Regenbogenfamilien in den Fokus rückt. In den Interviews wird die individuelle Wahrnehmung erforscht, welche Auskunft über das Erleben der Paare in den Situationen darstellt und das Erleben andeutet. Die diesem Merkmal ergänzende Perspektive durch das Erleben und Verarbeiten seitens der Pflegenden und Geburtshelfenden wird nicht direkt dargestellt. Allerdings soll durch das subjektive Erleben der Regenbogenfamilien

Theoretischer Rahmen

die Seite der Gesundheitsdienstleister*innen reflektiert werden. Auch wenn jede Schwangerschaft, jede Geburt und jede Familie egal welcher Geschlechtskonstellationen ganz individuelle Erfahrungen sammelt, zeigt die Literatur deutlich, dass Regenbogenfamilien oft anderen Voraussetzungen als heterosexuelle Familien ausgesetzt sind. (vgl. Gartell et al. 1999; Wells et al. 2016; Borneskog et al. 2014; Hayman et al. 2017b, 2017a; Pennings 2016)

Das **Situationsverständnis** ist immer individuell und bringt eigene Anforderungen an eine jede Situation. Durch das Verständnis des individuellen Erlebens und der Wünsche der Familien kann der Fortbildungsbedarf und Änderungsbedarf in den Institutionen abgeleitet werden. Damit soll im Sinne des Systemischen Ansatzes die Entwicklung des Berufes und das Vertreten dieses in der Gesellschaft mitgedacht werden. Die Auszubildenden können von Beginn an Diversität kennenlernen und subjektive und individuelle Erlebnisse und Geschichten der Menschen begleiten. Sie lernen, eine offene Haltung zu entwickeln und Menschen nicht zu kategorisieren, indem sie auf Diversität vorbereitet werden.

Die im Systemischen Ansatz mitgedachte Ebene der Gesellschaft sowie der Werte ist dort nicht weiter aufgeführt oder definiert. Im Rahmen dieser Arbeit soll dieser mitgedacht werden, eine Definition sprengt allerdings den Rahmen dieser Arbeit. Für die angestrebte Perspektive in diesem Forschungsprojekt ist jedoch eine kurze Erklärung angebracht. Die Gesellschaft an sich bezieht sich auf das Land Deutschland. Da auf Grund von Multikulturalität und unterschiedlicher gesellschaftlicher Strukturen sowie der Frage, ob es sich um eine Stadt, ein Dorf (und auch welches) handelt, ist diese Ebene sehr vielfältig. Im Kontext der Thematik Regenbogenfamilien spielen die religiöse Prägung und die Aufklärung und Toleranz der Menschen, aber auch die Größe der Stadt oder des Dorfes eine Rolle bei der Prägung der Gesellschaft. Die zugrunde liegenden Werte einer Gesellschaft beziehen sich auf die rechtliche Lage im Land oder den Bundesländern sowie der religiösen und politischen Ausrichtung.

Bezogen auf die vorliegende Arbeit zeigen sich das Gesundheitssystem und die darin arbeitenden Personen als Teile der Gesellschaft und verkörpern auch die gängigen Werte. Dies zeigt sich in Leitbildern, Überzeugungen, Fortbildungskultur und Behandlungskonzepten und ist der rechtlichen Lage im jeweiligen Land unterordnet. Die Tatsache, dass Reproduktionsmedizin und alle Kinderwunschbehandlungen für gleichgeschlechtliche Paare in Deutschland auf Freiwilligkeit der Behandelnden fußt und rechtlich nicht explizit erlaubt ist, stellt sich ebenso im Gesundheitssystem dar. Die Bundesärztekammer äußert sich nicht

Methodisches Vorgehen

zur rechtlichen Zulässigkeit der assistierten Reproduktion für gleichgeschlechtliche Paare, sondern verweist auf den Gesetzgeber, der keine klare Äußerung dazu gibt. Der langwierige und letztendlich im Ausgang unsichere Weg der Stiefkindadoption, der das Kind auf ungeklärte Zeit nach der Geburt rechtlich nur einfach abgesichert lässt, motivierte viele Ärztekammern dazu, Mediziner*innen davon abzuraten, Frauenpaare bei der Kinderwunschbehandlung mit Spendersamen zu unterstützen. (vgl. BMFSFJ 2020b) Die Einstellungen und gelebten Bilder von Familie, welche auch die Leitbilder und Infomaterialien der Kliniken zeigen, fußen auf einem heteronormativen System. Dieses ist besonders in katholischen Kliniken zu beobachten, die auf die heilige Ehe bauen und die Ausschließlichkeit von Mann und Frau, und kann sich auch in den Überzeugungen des Personals widerspiegeln.

4 Methodisches Vorgehen

In diesem Kapitel wird die qualitative Methode in Anlehnung an die Grounded Theory und das Untersuchungsdesign der vorliegenden Arbeit dargelegt. In diesem Zusammenhang erfolgt eine Begriffsdefinition der verwendeten und zentralen Begriffe der vorliegenden Arbeit, als nächstes wird die Entwicklung der Fragestellung beschrieben. Anschließend werden die Methode und das Design des Forschungsprojekts dargestellt, welches zusätzlich durch die Beschreibung des Pretests untermauert wird. Gefolgt von der Beschreibung des Feldzugangs und der Untersuchungseinheit um anschließend die Datenerhebung, die Analyse nach der Grounded Theory Methodologie, in den jeweiligen Schritten und Gütekriterien darzustellen.

4.1 Begriffsdefinition

Der Begriff **Regenbogenfamilie** wurde 2009 im DUDEN aufgenommen, dieser wird hier mit "eine Familie mit gleichgeschlechtlichem Elternpaar" besetzt. Eingeführt wurde der Begriff 2000 von Lela Lähmann auf einer Senats-Tagung. Von ihr wurde er übernommen und in einigen Länder übersetzt mit „rainbow family“ oder „rainbow tribe“. Durchgesetzt hat sich jedoch mittlerweile weltweit die Bezeichnung LGBT-Family oder -parenting. Auch weitere länderspezifische Begriffe werden der Familienform verliehen. (vgl. Irle et al. 2014: S. 29–31)

Methodisches Vorgehen

„Ganz konkret versteht man heute in Deutschland unter Regenbogenfamilien eine Familie, in der Eltern lesbisch, schwul, bisexuell oder transgeschlechtlich sind.“ (Irle et al. 2014: S. 29)

Weitergefasste und neuere Definitionen des Begriffs Regenbogenfamilie schließen Familien mit lesbischen, schwulen, bisexuellen und transgender Eltern ein. (vgl. Funcke et al. 2010: S. 486) Regenbogenfamilien sind laut Bergold et al. auch als Adoptiv- und Pflegefamilien ebenso zu finden wie Familien, deren Kind aus einer heterosexuellen Partnerschaft stammt oder mittels Insemination, also der künstlichen Übertragung von Samen, in der aktuellen lesbischen Beziehung geboren wurde. (vgl. Bergold et al. 2018) Im Kontext der vorliegenden Arbeit definieren sich alle Paare mit ihren Kindern selbst als Regenbogenfamilien und bezeichnen ihre Familienform selbst so. Im deutschen Sprachgebrauch wird der Begriff Regenbogenfamilie hauptsächlich von den jeweiligen Familien selbst verwendet, während der Begriff LGBT*-Familie selten in eigener Betroffenheit verwendet wird. International und in Kontext der Recherche sind jedoch die Begrifflichkeiten des LGBT * Spektrums führend.

LGBT* als ursprünglicher Begriff ist eine einheitlich verwendete Abkürzung in Literatur, Studien und Selbstorganisationen weltweit. Dabei wurde das LGBT erweitert in LGBTIAQ* und soll nun alle Menschen, welche nicht heteronormativen Gruppen zugehören umfassen:

„Abkürzung aus dem Englischen: Lesbian Gay Bisexual (Pansexual) Trans* Inter* Asexual Queer/Questioning. Manchmal auch nur LGBT* bzw im Deutschen LSBT* (Lesbisch, Schwul, Bisexuell, Trans*). Die Abkürzung ist ein Ausdruck der Allianzen/Unterstützung zwischen unterschiedlichen nicht-heteronormativen Gruppen und Menschen. Welche Gruppen in der Abkürzung aufscheinen ist Ausdruck sich verschiebender Bündnisse, Bewegungen und Auseinandersetzungen innerhalb der Communities. Diese Abkürzung beinhaltet also sowohl sexuelle Orientierungen als auch Genderidentitäten.“ (Herbst et al. 2016)

Der Begriff **Transgender** soll hier ebenfalls vorgestellt werden. Transgeschlechtliche Personen gehören im Sprachgebrauch und teilweise in den Studien, welche im Rahmen dieser Arbeit verwendet wurden, zum Spektrum der Regenbogenfamilien dazu. Auf jeden Fall gehört er zum Spektrum der LGBT* Familien dazu und bezieht sich auf:

„[...] Personen, die wie das ‘andere’ Geschlecht leben, das Geschlecht ‘wechseln’ oder zwischen den Geschlechtern leben, ohne eine Operation an biologischen Geschlechtsmerkmalen zu wollen.“ (Tietz: S. 183)

Co-Elternschaft bezeichnet in einem Großteil der Literatur eine

„Bezugsperson, die die Verantwortung für ein oder mehrere Kinder übernehmen. Die Bezugspersonen können Partnerin/ Partner aus einer heterosexuellen Beziehung oder homosexuellen Beziehung sein.“ (Funcke et al. 2010: S. 481–482)

Dabei kann der Begriff auch weit gefasst werden und die Elternschaft für das Kind einer Freundin/Freundes meinen, wenn der Kontakt eng und regelmäßig ist. (vgl. Funcke et al. 2010: S. 482)

Die Begriffe der Co-Elternschaft und der Begriff der Co-Mutter sind weder im DUDEN noch in gängigen Lexika gelistet. Definitionen sind in den thematisch bezogenen Studien, Artikeln, Büchern oder in den Selbstorganisation zu finden und unterscheiden sich teilweise. Eine Quelle der Definition wurde im Gender-Glossar gefunden, welches wissenschaftlichen Kriterien der Veröffentlichung entspricht; dabei stammen die Artikel und Definitionen von namhaften Personen in der jeweiligen Fachrichtung. Die Definition von **Co-Mutter sowie Co-Vater**, welche in zahlreichen Veröffentlichungen verwendet wird, entspricht auch der Bezeichnung **soziale Mutter oder sozialer Vater**. Diese Begriffe bezeichnen die Elternrolle, die nicht genetisch begründet ist. In den Regenbogenfamilien selbst gibt es unterschiedlichen Umgang mit den Begriffen. Viele Familien (siehe Selbstorganisationsseiten, Interviews) lehnen den Begriff Co-Mutter/ Co-Vater ab und empfinden diesen als diskriminierend, da sie sich beide als gleichberechtigte Eltern empfinden und die Reduktion auf die genetische Herkunft ablehnen. Im Verlauf der Arbeit wird aus diesem Grund der Begriff Co-Mutter oder soziale Mutter nur verwendet, wenn dieser aus den Originalstudien wiederholt wird oder die Befragten diesen selbst verwenden. Im Rahmen der Ergebnisse wird von gebärender und nicht gebärender Mutter oder von nicht genetischen Vätern gesprochen, da sich die meisten Befragten selbst mit diesen Worten beschreiben.

Der Begriff des **Kinderwunsches** spielt in der vorliegenden Befragung bei vielen Paaren eine zentrale Rolle. Dieser bezieht sich auf die gesamte Zeit, in der ein Weg gesucht wird, ein gemeinsames Kind zu bekommen bis eine (im Falle der vorliegenden Arbeit) intakte Schwangerschaft eintritt. Beginnend mit der Suche nach Informationen, Beratungen und der Recherche über Möglichkeiten Eltern zu werden über Aufklärungsgespräche, Kliniktermine bis hin zur Realisierung. Zu diesem Spektrum zählen die Begriffe **IVF** (In-vitro-Fertilisation), Insemination und Donogene Insemination, welche sich auf Behandlungsformen des Kinderwunsches beziehen. (vgl. Funcke et al 2010: S. 481- 487)

Der Begriff der **Heteronormativität** wurde 1991 von Michael Warner geprägt und bezieht sich auf ein streng dichotomes Geschlechtssystem, in welchem zwei Geschlechtsgruppen Mann und Frau akzeptiert sind. Dabei wird die Heterosexualität als soziale Form als Norm gesehen sowie, dass diese der

Methodisches Vorgehen

„normalen“ Verhaltensweise entspricht. Andere menschliche Sexualität wird dabei oft pathologisiert, wobei Homophobie entstehen kann. Heteronormative Gesellschaften sehen die auf der biologischer Zweigeschlechtlichkeit basierenden Beziehungsform Heterosexualität als Normativ an, Abweichungen werden als unnatürlich angesehen. Gesellschaftliche und kulturelle Bereiche und auch das Subjekt selbst sind von der Heteronormativität geprägt. (vgl. Kleinert 2020; Wikipedia 2020; Rich 2003)

4.2 Entwicklung der Fragestellung

Die Wahl des Forschungsthemas im Rahmen der vorliegenden Masterthesis erfolgte bereits im September 2019 und wurde auf Grund von persönlichem und wissenschaftlichem Interesse gewählt. Dieses entstand im Rahmen des Studiums der Pflegewissenschaften und der Erkenntnis, dass die deutsche pflegewissenschaftliche Landschaft zum Thema Regenbogenfamilien im Gesundheitswesen Lücken aufweist. Die Recherche verschaffte der Autorin einen allgemeinen Überblick über diese Thematik und bildete die augenscheinlichen wissenschaftlichen Lücken hinsichtlich des konkreten Bezugs zur Geburt und Schwangerschaft ab. So entstand der Titel der vorliegenden Masterthesis „Wünsche von Regenbogenfamilien im Kontext von Geburt und Schwangerschaft“. Diese Thesis soll ein Beitrag zur Schließung dieser Lücke sein und die Erfahrungen und Erlebnisse von unterschiedlichen Regenbogenfamilien zeigen. Die offene Fragestellung und der festgelegte Fokus auf Regenbogenfamilien als Befragte führte erst in der folgenden langen Auseinandersetzung mit dem Thema Methodik zur Wahl der Grounded Theory Methodologie. Laut Strauss et al. sollte grundsätzlich auch die die Forschungsmethode von der Fragestellung bestimmt werden. (vgl. Strauss et al. 1996: S. 21) Das persönliche Interesse der Forscherin wurde von Beginn an reflektiert und in einem Reflexionstagebuch (siehe C2a) dokumentiert. Hierfür sammelte sie eventuelle persönliche Wahrnehmungen und vorgefertigte Bilder der Situation auf Grund von persönlichen Erfahrungen und der zuvor studierten Literatur in Mindmaps. (vgl. Strauss et al. 1996: S. 25-27) Mit Hilfe der Mindmaps sowie des Sammelns von möglichen Problemstellungen und Hypothesen für die Formulierung der Forschungsfrage wird die theoretische Sensibilität im Sinne der GT berücksichtigt. (Strauss et al. 1996: S. 25-30) Bei der theoretischen Sensibilität soll ein Bewusstsein der Forscherin für die Feinheiten der Daten entstehen, indem sie sich über eigene Vorurteile, den Umfang ihres Wissens, sowie ihrer persönlichen und beruflichen Erfahrungen bewusst wird und

Methodisches Vorgehen

diese reflektiert. Diese können dabei Vorteile bringen, da die Forscherin bereits einen Einblick oder Kenntnis vom Feld hat, kann aber auch zu einem blinden Fleck führen. (vgl. Strauss et al. 1996: S. 25-27) Das Sammeln dieser Vorurteile in Mindmaps soll für Offenheit im Umgang mit den Daten sorgen. Diese Offenheit wird während des gesamten Forschungsprozesses angestrebt und wird durch das ständige Vergleichen der Daten und das Arbeiten mit vorläufigen Hypothesen und Konzepten im Sinne der Grounded Theory unterstützt. (siehe auch Kapitel 4.5)

Zu Beginn des Forschungsprojektes stand die Fragestellung „**Welchen Bedarf und welche Wünsche haben Regenbogenfamilien im Kontext von Geburt und Schwangerschaft?**“ Bei dieser Fragestellung stand die heuristische Hypothese im Zentrum, dass Regenbogenfamilien andere Erfahrungen im Gesundheitswesen sammeln als heteronormative Familien und sich aus diesen Erfahrungen spezielle Wünsche ableiten und ein Bedarf für das Gesundheitswesen besteht. Im weiteren Schritt wurde, nach der ersten Auseinandersetzung mit Literatur zur Methode und zum Thema der Fragestellung sowie dem Austausch im Kolloquium, der Titel der vorliegenden Arbeit und die damit verbundene Frage offener gestaltet „**Wünsche von Regenbogenfamilien im Kontext von Geburt und Schwangerschaft.**“ Auf den Begriff „Bedarf“ wurde verzichtet, um das Erleben der Familien in den Fokus zu stellen und nicht die institutionellen Ableitungen. Damit soll im Sinne der GT das Phänomen der Geburt und Schwangerschaft und der damit verbundene Prozess der Familienwerdung und die dazugehörigen Interaktionen im Gesundheitswesen abgebildet werden. Mit der Motivationstheorie von Maslow als Bezugsrahmen wurde ein zusätzlicher Fokus auf die Forschung gelegt und ergab weitere Forschungsfragen, welche dieser Arbeit zugrunde liegen.

Die zentrale Forschungsfrage lautet:

Welche Erfahrungen sammeln Regenbogenfamilien im Kontext von Schwangerschaft und Geburt? Welche Wünsche haben sie an das Gesundheitswesen?

Weitere Forschungsfragen:

Fühlen sich Regenbogenfamilien im Gesundheitssystem als Familie wahrgenommen und akzeptiert?

Wie erleben gleichgeschlechtliche werdende Eltern die pflegerische, medizinische und Geburtshilfe-Versorgung innerhalb des Gesundheitssystems?

Methodisches Vorgehen

Wünschen sich gleichgeschlechtliche Paare spezielle Kurse, ein Beratungsangebot und spezielles Informationsmaterial, welches sie als Regenbogenfamilie abbildet?

Wie gehen gleichgeschlechtliche Eltern mit Diskriminierungserfahrungen durch das Gesundheitssystem um?

Fühlen sich Regenbogenfamilien Vorurteilen gegenübergestellt?

Werden beide Elternteile verbal als Eltern akzeptiert?

Erleben Regenbogenfamilien einen sicheren und willkommenen Umgang durch Pflegende und Hebammen?

Wie können sich gleichgeschlechtliche Eltern durch die Aufnahme der Thematik in die Ausbildung von Pflegenden und Hebammen eine Verbesserung der Strukturen vorstellen?

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Beantwortung der Forschungsfragen sowie die Darstellung des Prozesses der Erfahrungen und Erlebnisse von Regenbogenfamilien und ihren Umgang mit Diskriminierungs- und Ausschlussverfahren. Diese Erfahrungen und die explizierte Frage nach den Wünschen und Vorstellungen der Paare hinsichtlich einer Verbesserung der Strukturen im Gesundheitswesen sollen als Anregung eines Umdenkens bei allen Pflegenden, aber vor allem in der Ausbildung von Pflegenden und Hebammen dienen. Dabei sollen in Anlehnung an den Systemischen Ansatz von Hundenborn/Kreienbaum/Knigge-Demal die sich beeinflussenden Interaktionsstrukturen aufgezeigt werden und eine eventuelle Schlüsselrolle der professionellen Begleitung während der Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett dargestellt werden. Während des Arbeitsprozesses wurde mit Arbeitshypothesen gearbeitet, welche sich aus Vorannahmen und Literatursichtung ergaben und diese im Sinne der immer vergleichenden Herangehensweise immer wieder geprüft, verworfen und erweitert wurden. Diese folgenden Arbeitshypothesen begleiteten den Prozess:

1. Regenbogenfamilien / Gleichgeschlechtliche Paare fühlen sich im Gesundheitswesen nicht als Familie gesehen.
2. Regenbogenfamilien fühlen sich verbal und nonverbal als werdenden Eltern von Pflegenden/ Hebammen/ Ärztinnen und Strukturen diskriminiert.

Methodisches Vorgehen

3. Pflegepersonal ist nicht auf die Versorgung, den Kontakt, Beratung und geeignete Ansprache von Regenbogenfamilien innerhalb der Ausbildung vorbereitet/sensibilisiert.
4. Regenbogenfamilien erfahren ein unsensibler Umgang durch unangebrachte Fragen und Zuschreibungen.
5. Gleichgeschlechtliche Paare sowie Eltern sind Vorurteilen hinsichtlich ihrer Rollenaufteilungen gegenübergestellt

Die Sicht der Pflegenden, Hebammen und anderen begleitender und behandelnder Personen des Gesundheitswesens im Kontext der Erfahrungen von Regenbogenfamilien ist nicht Gegenstand dieser Arbeit.

4.3 Methode und Untersuchungsdesign

In der vorliegenden Forschungsarbeit werden Paarinterviews in Anlehnung an die Grounded Theory Methodologie durchgeführt. Es werden die Erfahrungen und Wünsche von gleichgeschlechtlichen Paaren in der Elternwerdung und im Familien-Sein erforscht. Da es sich explizit um individuelle Erlebnisse, Entscheidungen und intime Erfahrungen von dem Paar handelt ist der qualitative Forschungsansatz mit der Grounded Theory (GT) gewählt worden. Die qualitative Forschung und besonders die GT sind besonders für die Forschung zu persönlichen Erfahrungen und dazugehörigen Phänomenen geeignet. So können wenig bekannte Phänomene durch die Erforschung zum Verstehen dieser führen. (vgl. Strauss et al. 1996: S. 3-5)

Die Grounded Theory wurde ursprünglich von den Soziologen Barney Glaser und Anselm Strauss entwickelt. Die GT soll zu einer induktiv abgeleiteten gegenstandsbezogenen Theorie über Phänomene führen, welcher eine systematische Reihe von Verfahren zu Grunde liegt. (vgl. Strauss et al. 1996: S. 7-9) Die Theorie des Symbolischen Interaktionismus ist als Basis der GT zu sehen. Diese besagt,

[...], dass die Beziehung zwischen Individuum und Gesellschaft ein fortlaufender Prozess symbolischer Kommunikation ist, in dessen Verlauf das Individuum sich seine soziale Wirklichkeit erschafft. (LoBiondo-Wood et al. 2005: S. 797)

Bei der Entstehung einer Regenbogenfamilie sind diverse Interaktionsstrukturen beteiligt. Der Kontext von Schwangerschaft und Geburt ist hier besonders von Interaktionen zwischen Personen begleitet und die Vermutung liegt nahe, dass

Methodisches Vorgehen

damit die soziale Wirklichkeit der gleichgeschlechtlichen Paare massiv beeinflusst wird und die soziale Wirklichkeit erschafft. Die Autorin erachtet die Methodologie der GT auch auf dem Hintergrund des gewählten theoretischen Rahmens des Systemischen Ansatzes nach Hundenborn et al. für besonders geeignet. In beiden Systemen spielt die Beeinflussung und Interaktion zwischen den Strukturen (Wertesystem, Gesellschaft, Institution, Pflegesituation und Individuum) und die sich daraus ergeben soziale Wirklichkeit und der Pflegesituation die zentrale Rolle.

Die Forscherin entscheidet sich relativ früh im Prozess für die Methode der Paarinterviews. Dabei soll die Perspektive und das Erleben der Regenbogenfamilie dargestellt werden, diese setzt sich aus beiden Partner*innen zusammen. In dieser Form wird die Regenbogenfamilie als Familie anerkannt und soll erfahren, dass beide Perspektiven und Erlebnisse relevant und ausschlaggebend sind. Zusätzlich kann im Rahmen der Grounded Theory dadurch die komparative Analyse eine besondere Ebene einnehmen. (vgl. Glaser et al. 2005: S. 32) So kann bereits das Paar sich die Tatsachen gegenseitig spiegeln und damit sind die Daten validiert. (vgl. Przyborski et al. 2010: S. 122-124) Die Methode der Paarinterviews wird in wissenschaftlichen Schriften methodologisch unterschiedlich eingeordnet. Przyborski et al. (2010) bezeichnen es als ähnlich den Gruppeninterviews und ordnen es den Paar- und Familieninterviews als gemeinsame Form zu. (ebd.: S. 122). Wimbauer et al. (2017) beschreiben die Unterschiede und ordnen das Paarinterview als eine eigne Interviewform ein. So beschreiben sie, dass die Zusammensetzung in Gruppendiskussionen offen ist und sich je nach Forschung stark unterscheiden kann, wo hingegen Paarinterviews eine gewisse Exklusivität mit sich bringen, welche von Dauerhaftigkeit und gemeinsamen Erfahrungen geprägt sind. (vgl. Wimbauer et al. 2017: S. 14-17)

„Auch werden in Paarbeziehungen nicht nur gemeinsame Erfahrungen relevant, sondern auch nicht gemeinsame Erfahrungen, die theoretisch-normativ zu einer gemeinsamen Weltansicht zu integrieren sind (oder jedenfalls miteinander vereinbart werden müssen).“ (Wimbauer et al. 2017: S. 14)

Genau diese gemeinsamen, aber auch getrennten Erfahrungen in der Phase des Kinderwunsches und der Schwangerschaft einer Regenbogenfamilie werden zu einer Weltansicht integriert und zeigen als Ganzes das Erleben und die Erfahrungen als Regenbogenfamilie. Die schwangere Person sammelt auf Grund ihrer Körperlichkeit in dieser Phase andere Erfahrungen als die nicht gebärende Person und sieht andere Ausschnitte im Gesundheitswesen als die nicht gebärende Person, somit können erst beide zusammen eine allumfassendere Perspektive als Familie abbilden.

Methodisches Vorgehen

Die Methode der Paarinterviews bringt eigene Vorteile mit sich, welche innerhalb der vorgelegten Befragungen angestrebt werden. Laut Przyborski et al. können sich durch die gemeinsame Rekapitulation der Erlebnisse und Ereignisse eventuell die damaligen Konflikte und Auseinandersetzungen nachvollziehen lassen. (vgl. Przyborski et al. 2010: S. 21-22). Ein weiterer Vorteil besteht in der Tatsache, dass das Paar über sich „das Paar“ spricht. (vgl. ebd.: S.122) Wimbauer et al. zählen zu den Vorteilen, dass nur durch eine gemeinsame Befragung eine gemeinsame Paarwirklichkeit abgebildet werden kann, welche mit Einzelinterviews nicht möglich wäre (vgl. Wimbauer et al. 2017: S. 22). Zusätzlich erlaubt diese Methode auch eine teilnehmende Beobachtung des Paares und der Interaktion im Paar (vgl. ebd. S. 22)

Die Nachteile der Methode sind größtenteils der Methode „Interview“ an sich geschuldet. Sie beziehen sich auf eine nichtnatürliche Situation und die damit verbundenen überlegten, nicht spontanen Antworten. Auch ist zu bedenken, dass es sich um ein retrospektives Erzählen handelt und damit möglicherweise die Erlebnisse bereits interpretiert und bewertet sind bzw. neu bewertet wurden zum Zeitpunkt der Befragung oder uminterpretiert werden (vgl. ebd: S.20). Mögliche Auslöser in einer Neubewertung oder Uminterpretation können sich im vorliegenden Thema auf die Zeitfrage beziehen. Wie lange ist die Geburt her? Wie lang war der Weg zum Kind? Zu welcher Zeit findet das Interview statt? Wie alt ist das Kind gerade und in welcher Phase? Zusätzlich können auch Umstände, die direkt oder indirekt als Diskriminierung erlebt werden hinzukommen, welche aktuell sind. Hier wäre die Frage nach dem Ablauf der Stiefkindadoption und ob diese bereits erfolgt ist eine Rolle spielen.

Ein weiterer Nachteil explizit des Paarinterviews könnte im nicht Offenlegen von Konflikten bestehen, da das Paar eine „Präsentationsfassade“ aufrechterhalten möchte. (vgl. Przyborski et al. 2010: S. 122-123)

Insgesamt überwiegen die Vorteile dieser Befragungsform hinsichtlich der Fragestellung und das Paarinterview wird als Methode eingesetzt.

„In Paarinterviews kommt den Dimensionen der Sprechpraxis und der Interaktion nochmals eine besondere Bedeutung zu. (Wimbauer et al. 2017: S. 22)

Das Paarinterview wird als problemzentriertes Leitfadeninterview geführt. Ein problemzentriertes Interview soll mit offen formulierten Fragen aufgebaut sein. So können die Befragten frei antworten, allerdings wird durch den Einsatz des Leitfadens eine Vergleichbarkeit der Daten erhöht und die Fragen gewinnen an Struktur. Der Leitfaden soll sicherstellen, dass wesentliche Aspekte der

Methodisches Vorgehen

Forschungsfrage nicht vergessen werden. Dabei ist die Reihenfolge nicht zwingend einzuhalten und dient als Sicherheitsgegenstand für die Interviewerin. Diese entscheidet letztlich selbst, ob und wie sie die Fragen in der Situation stellt und ob sie zum Leitfaden zurückkehrt. (vgl. Mayer 2006: S. 42–44)

Laut Mayer (2006) ist auf Offenheit, kein starres Festhalten am Leitfaden, und keine allzu weiten thematischen Abschweifungen zu achten sowie darauf, dass zugrunde liegende Problemstellung berücksichtigt werden und kein schrankenloses Informationsinteresse entsteht. Der Leitfaden sollte nicht zu lang und in Themenkomplexen aufgebaut sein; ein Pretest wird als sinnvoll erachtet. Weiter soll ein sensibles Konzept als Grundlage geschaffen werden, an welcher sich die Leitfragen erstellen lassen. Diese gehen von theoretischen Überlegungen basierend auf Literatur und Feldforschung aus. (vgl. Mayer 2006; S.36-43) Die acht Grundprinzipien qualitativer Interviews und qualitativer Forschung werden durch das Prinzip des Alltagsgesprächs, Prinzip der Zurückhaltung durch die Forscherin, Prinzip der Relevanten Systeme der Betroffenen, Prinzip der Kommunikativität, Prinzip der Offenheit, Prinzip der Flexibilität, Prinzip der Prozesshaftigkeit und das Prinzip der datenbasierten Theorie dargestellt. (vgl. Lamnek 1995: S. 21–29) Die drei grundlegenden Begriffe für problemorientierte Interviews beziehen sich auf die Problemzentrierung (diese entsteht durch die Fokussierung auf vorab definierten gesellschaftlichen Problemen), auf die Gegenstandorientierung (diese besagt, dass sich die Methode am Gegenstand entwickelt), und die Prozessorientierung (diese bezieht sich auf ein schrittweises Gewinnen der Daten, welche reflektiert und geprüft werden). (vgl. Mayer 2015: S. 214–215)

Die genannten Prinzipien werden als passendes Mittel im Rahmen der qualitativen und besonders auch im Rahmen der Grounded Theory angesehen und aus diesem Grund gewählt. Das Ziel von Problemzentrierten Interviews bezieht sich auf die persönliche Sichtweise der Teilnehmenden zu einem bestimmten Problem. (vgl. Mayer 2015: S. 214–215) Dieses Ziel entspricht auch dem der Autorin, welche die persönlichen Wahrnehmungen und Erlebnisse von Regenbogenfamilien erfassen möchte. Auch das prozesshafte Vorgehen innerhalb der Interviews spiegelt das Arbeiten im Rahmen der GT wider, welches dem schrittweisen Gewinnen der Daten, dem ständigen Vergleichen und Reflektieren entspricht.

4.3.1 Erstellung des Interviewleitfadens

Die Sammlung der Leitfragen erfolgt nach der **SPSS** Methode und erfolgt in Anlehnung an die gesammelten Schlagworte im Literaturstudium (siehe Kapitel

Methodisches Vorgehen

2.3). Aus diesen Schlagworten und der Sortierung nach möglichen Bedürfnissen nach Maslow entsteht eine **Sammlung** von Fragen, welche der **Prüfung** unterzogen werden, anschließend **sortiert** und **subsummiert** werden. (vgl. Mayer 2015: S. 219)

In dem Prozess des Subsummierens entsteht der Aufbau von Themenwelten (siehe C3a), welche den Leitfaden gestalten und sich durch die gesamte Arbeit durchziehen, dieser wird hier exemplarisch abgebildet und ist im Anhang A2 zu finden.

Themenwelt 4 Interessenbasiertes Angebot	Themenwelt 5 Ausbildung/Fortbildung der Pflegenden/ Hebammen
Subthemen <ul style="list-style-type: none"> • Sichtbarkeit von Regenbogenfamilien • Spezialisierte Angebote • Geburtsvorbereitungskurse für Frauen • Infoveranstaltungen im Krankenhaus • Flyer und Infomaterial 	Subthemen <ul style="list-style-type: none"> • Auftreten von Pflegenden/ Hebammen • Informationsmaterials • Leitfaden
Interviewfragen <ul style="list-style-type: none"> • Wie haben Sie das Interesse der Vertreter*innen des Gesundheitswesens an Ihnen als gleichgeschlechtliches Paar wahrgenommen? • Gab es Orte, wo sie ungerne als Paar hingegangen sind? Was hätte Ihnen geholfen? • Welche schwangerschaftsbegleitenden Angebote haben Sie genutzt? • Wie fühlten Sie sich als werdende Regenbogenfamilie im Geburtsvorbereitungskurs? • Haben Sie nach speziellen Angeboten für Regenbogenfamilien gesucht? • Können Sie sich daran erinnern Informationsbroschüren, Flyer und Kataloge von Krankenhäusern, Kliniken und Hebammen erhalten zu haben? Wie wirkten diese auf Sie? 	Interviewfragen <ul style="list-style-type: none"> • Hattet der Umgang der Pflege/ Hebamme/ Ärzt*innen Auswirkungen auf ihr Wohlbefinden und Sicherheitsgefühl in der Schwangerschaft? • Wie haben Sie die Personen des Gesundheitssystems im Kontakt mit Ihnen erlebt? (Ihre Gynäkologin, Hebamme, Pflegepersonal) • Gibt es etwas was Sie sich von Pflegenden oder Hebammen, Ärztinnen wünschen würden/ gewünscht hätten? • Wirkten die im System beschäftigten sicher im Umgang mit Ihnen? • Gab es Unsicherheiten im Kontakt mit Pflegenden oder Hebammen? • Können Sie sich als gleichgeschlechtliche Eltern vorstellen, was in die Ausbildung von Pflegenden und Geburtshelfer*innen einfließen müsste, um einen sicheren Umgang mit Regenbogenfamilien zu fördern?

Tabelle 1: Exemplarische Themenwelten im Leitfaden

Die Vorstrukturierung durch die Themenwelten ergeben im Folgenden den fertigen Interviewleitfaden (siehe A2), welcher hier exemplarisch gezeigt wird.

Erzählaufforderung	Check Liste zur Überprüfung (nur	Konkrete Fragen	Aufrechterhaltungs-/ Steuerungsfragen

Methodisches Vorgehen

	wenn Thema nicht von allein angesprochen wird)		
<p><u>Eigenes Erleben der Situation/ Erfahrungen:</u></p> <p>Denken Sie mal an Ihre Zeit des Kinderwunsches zurück. Welche Erfahrungen haben Sie mit dem Gesundheitssystem als gleichgeschlechtliches Paar gesammelt? Denken Sie mal weiter an die Zeit der Schwangerschaft und Geburt. Welche Erfahrungen sind Ihnen hier begegnet?</p>	<p>Kinderwunsch (Behandlungen)</p> <p>Private Kliniken</p> <p>Krankenhaus</p> <p>Ultraschalluntersuchung</p> <p>Ärztliche Praxen</p> <p>Vorbereitungskursen</p> <p>Hebamme</p> <p>Kreissaal</p> <p>Zimmernachbarin</p> <p>Pflegende</p>	<p>Haben Sie Unterschiede in den verschiedenen Settings wahrgenommen? (KH, Praxis)</p> <p>Gab es besonders positive Erfahrungen?</p>	<p>Möchten Sie mir vielleicht noch mehr erzählen?</p> <p>Fallen Ihnen noch mehr Situationen ein?</p>
<p><u>Themenwelt 1: Kommunikation</u></p> <p>Wie wurde mit Ihnen als gleichgeschlechtliches Paar und als zwei werdenden Mütter gesprochen?</p>	<p>Verbale Diskriminierung</p> <p>Unsichtbarkeit der sozialen Mutter</p> <p>Vaterrolle?</p> <p>Unangenehme Fragen</p> <p>Rollenaufteilung</p> <p>Rollen (beider Mütter)</p> <p>Unsicherheit</p> <p>Ignoranz der Ehe(-partnerin)</p>	<p>Hatten Sie das Gefühl ihre Rollen definieren/ behaupten zu müssen?</p> <p>Wovon waren Sie im Kontakt positiv überrascht?</p> <p>Gab es für Sie unangenehme Fragen?</p>	<p>Empfanden Sie das auch im Krankenhaus/ Geburtsvorbereitungskurs ähnlich?</p> <p>Hätten Sie sich etwas anderes gewünscht?</p>

Tabelle 2: Exemplarischer Ausschnitt aus dem Interviewleitfaden

4.3.2 Feldzugang

Die Phase der Felderschließung beginnt vor dem Führen der Interviews, indem die Forschende sich anhand von Literatur sowie einer gründlichen Erschließung des Feldes, welches sich durch die hier herrschenden speziellen Bedingungen ergibt, einen eigenen Eindruck vom Feld verschafft. Zu reflektieren ist auch das Angrenzen des Feldes an andere Felder und damit ein nicht klar abzugrenzendes

Methodisches Vorgehen

Territorium. Die Felderschließung kann hierbei unterschiedlich lange dauern und kann auch den kompletten Forschungsprozess begleiten. (vgl. Przyborski et al. 2010: S. 53–56).

Die Forscherin reflektiert zu Beginn der Auseinandersetzung mit dem Feld ihre eigene Rolle im Feld, die während des gesamten Forschungsprozesses weiter reflektiert wird. (siehe C2a) Die Autorin kennt das Feld aus Teilnehmerinnenperspektive und hat damit bereits einen Einblick, eine Vorstellung und eine Orientierung im Feld und zur Gewinnung von Teilnehmenden. Przyborski und Wohlrab-Sahr empfehlen trotz dieser Erfahrung eine teilnehmende Beobachtung bei Forschungsbeginn aus der Perspektive der Forscherin. (vgl. Przyborski et al. 2010: S. 53-54). Diese wird von der Forscherin Anfang Januar unternommen, in dem sie ein offenes Treffen für Regenbogenfamilien mit Kindern und bei Kinderwunsch besucht. In diesem Treffen berichtet die Forscherin über ihr Vorhaben und das Thema ihrer Masterthesis und stellt sich damit persönlich vor. Im Verlauf besteht Kontakt mit der Leiterin des Treffens, welche die Anschreiben und Informationen weiterleitet. Auch fungierte die Leiterin als „Gatekeeperin“ und stellte weitere nützliche Kontakte zu themenspezifischen Gruppen her. Auf Grund der kleinen Szene des Feldes und der Tatsache, dass sich in allen Treffen und Vereinen geduzt wird, duzt auch die Forscherin die Teilnehmerinnen, welche den Kontakt über die Kinderwunsch- und Krabbelgruppen gefunden haben.

Da es sich bei der Befragung um intime private Inhalte handelt, welche von einer sensiblen Gruppe erhoben werden, wurde hauptsächlich auf sogenannte Gatekeeper zurückgegriffen. Damit soll den Interessent*innen ermöglicht werden den Weg zur Teilnahme aktiv zu suchen. Hierfür wurden die zentralen LGBT* Vereine in Deutschland bereits Ende 2019 kontaktiert (siehe auch Kapitel 5). In diesen werden spezielle Kinderwunschgruppen sowie Regenbogenfamilientreffen organisiert. So konnte das Gesuch nach Interviewteilnehmenden über weitere Gruppenleitungen versendet werden. Kontakt entstand dabei zu Leiterinnen von Regenbogenfamilientreffen und Kinderwunschstammtischen. Über diese Verteilerinnen wurden so insgesamt drei Paare gefunden, welche weiteren Kontakt zum Feld ermöglichten. In diesem Rahmen ergab sich ein Kontakt zu einem Väterpaar, welcher Ende April aufgebaut wurde und als kontrastiertes Mittel im Rahmen der Grounded Theory angestrebt wurde, da dies vorher in den Befragungen nicht zum Tragen kam. Durch ein weiteres Paar entstand ein Kontakt zu einem Hebammen Kollektiv, welches queere Familien begleitet und sich um

Methodisches Vorgehen

Aufklärung in diesem Bereich kümmert. Dieser Kontakt wurde für Reflektion und zusätzliche Informationsgewinnung genutzt.

Das Pretest-Paar sowie ein weiteres Paar der Befragung stammen aus dem Bekanntenkreis der Autorin, wobei sich beide Paare selbst zur Befragung anboten als sie das Thema der Masterthesis erfuhren. Die sich daraus möglicherweise ergebenden Einschränkungen und Probleme werden vor und nach den Interviews reflektiert. Auch werden die Vorannahmen wiederholend im Prozess schriftlich festgehalten (siehe C3b und C2a). Von Kommilitoninnen, die um die Thematik der Thesis wussten, wurden Kontakte zu zwei weiteren Paaren hergestellt. Die Anschreiben und Informationsblätter, die von der Forscherin vorbereitet wurden, sind durch die Leiterinnen der Regenbogengruppen beziehungsweise durch die vermittelnde Person weiter verteilt worden. Somit haben alle Interviewpartnerinnen den Kontakt aktiv und freiwillig aus eigenem Antrieb aufgenommen.

Der Forschungsfrage entsprechend wurden Regenbogenfamilien gesucht. Gemäß der Grounded Theory wird das Sample nicht direkt bei Beginn der Forschung festgelegt, sondern wird nach theoretischen Gesichtspunkten nach und nach erstellt. (vgl. Strauss et al. 1996: S. 149-151; Glaser et al. 2005; Przyborski et al. 2010: S. 177) Theoretical Sampling ist hier angebahnt worden, indem anfangs eine zufällige, zu den Kriterien passende Samplingeinheit durch die vorher besuchte Gruppe gefunden wurde. Durch diese Befragung ergaben sich neue Schlagworte und neue theoretische Erkenntnisse. Trotz immer wieder erneuter Suche nach Interviewteilnehmenden des Regenbogenfamilien-Spektrums wurden bis Mai ausschließlich Frauenpaare gefunden. Schließlich wurde der Fokus aber auf die unterschiedlichen Settings ausgeweitet, die die Paare auf dem Weg zur Familie durchliefen. Dieses Phänomen, dass fast ausschließlich Frauenpaare in dieser Thematik befragt werden, deckt sich auch mit der vorher gesichteten Literatur (vgl. Andersen et al. 2017; Appelgren-Engström et al. 2018; Borneskog et al. 2014; Dahl et al. 2013; Wojnar et al. 2014; Wells et al. 2016; Webster et al. 2016), welche die mangelnde Perspektive von Männerpaaren in dieser Auseinandersetzung beschreibt. Ein wesentliches Einschlusskriterium war neben der Befragung von beiden Partnern, dass die Paare aktiv an oder bei der Schwangerschaft dabei sein sollten und Erfahrungen aus dem Kontext der Schwangerschaft und Geburt berichten können. Da Männerpaaren in Deutschland der Weg in dieser Beziehung nicht zugänglich ist, gestaltete sich die Suche kompliziert. Es wurden Männer gefunden, welche Kinder aus vorherigen Beziehungen in eine Regenbogen Familie hineinbrachten. Damit haben sie aber das Erlebnis der Geburt und

Schwangerschaft mit ihren Partnerinnen vorher erlebt und waren somit für die Beantwortung der Forschungsfrage ausgeschlossen.

4.3.3 Pretest

Am 12.03.2020 wird ein Pretest durchgeführt. Dabei wird ein der Interviewerin bekanntest Paar befragt. Der Pretest erfolgt als komplettes Interview mit allen Fragen, wobei nur ein Teil als Pretest gehandelt wird und von den Befragten reflektiert und bewertet wird. Auf Grund der Situation durch das Corona-Virus und die sich daraus ergebene Schwierigkeiten, Interviewpartnerinnen und Termine zu finden, werden die Ergebnisse des Pretests im Verlauf auch für die Analyse verwendet: Einerseits um genügend Material zur Sättigung für eine Analyse im Sinne der Grounded Theory zur Verfügung zu haben, andererseits eröffnet das Pretest Paar eine Perspektive, welche als selten von der Forscherin eingestuft wird.

„Die Analyse nach GT ist umfassender und führt weiter als die Themenanalyse. Jedoch ist es wichtig, dass genügend Datenmaterial vorhanden ist. Nur so ist es möglich, die verschiedenen Analyseprozesse und die Arbeit des konstanten Vergleichens durchführen zu können“ (Brandenburg et al. 2016: S. 159)

Der Pretest erfolgt am 12. März 2020 an einem bekannten lesbischen Ehepaar mit zwei Kindern. Bereits im Dezember 2019 wird das Paar als mögliches Pretest-Paar ausgesucht, nachdem es sich zur Teilnahme angeboten hat. Im Januar erfolgt eine Zusage. Zu Beginn der Masterthesis im Februar wird das Paar für den Pretest erneut informiert und erhält das erste Informationsschreiben (siehe Anhang) mit der Bitte um weitere Fragen und eine Terminvereinbarung. Diese geschieht unkompliziert und zeitnah.

Auf Grund der persönlichen Bekanntschaft zwischen dem Paar und der Interviewerin erfolgen einige Absprachen zwischen den Beteiligten vorab. Auch unterzieht sich die Interviewerin zusätzlich zur Prüfung der Vorannahmen (siehe Anhang) einer gründlichen Reflexion und Vorbereitung auf das Gespräch. Hierzu werden ebenfalls die Grundprinzipien qualitativer Interviews nach Lamnek (1995) verwendet. (vgl. Lamnek 1995; S. 21-28) Das *Prinzip des Alltagsgesprächs* ist in dieser Konstellation möglicherweise erst einmal einfacher zu beherrschen als in anderen Interviews, da sich die Personen bereits kennen und Alltagsgespräche führen konnten. Andererseits ist zu beachten, dass eventuell gerade durch den bekannten Alltag eine thematische Abgrenzung sich schwieriger gestalten könnte und Themen und Fragen übersehen oder übergangen werden könnten. Während

Methodisches Vorgehen

die *Prinzipien Kommunikativität und Flexibilität* von einer bestehenden Bekanntschaft profitieren können, da bereits eine Vertrauensbasis besteht, könnte sich das auf das *Prinzip der Zurückhaltung* negativ auswirken. Hier und zum Prinzip der Prozesshaftigkeit und Offenheit reflektiert sich die Interviewerin besonders vor Beginn des Interviews. Die Interviewerin muss hier ein besonderes Augenmerk darauf legen, da die bestehende Bekanntheit und dadurch auch das Kennen vielen Geschichten zur eingeschränkten Offenheit führen kann. So könnte sie wichtige Fragen und Details im Gespräch übersehen, da sie diese bereits auf früheren Erzählungen kennt. Auch der Aspekt der Zurückhaltung durch die Forscherin erfordert eine besondere Konzentration. Hier könnte die Interviewerin dazu neigen Geschichten und Antworten vorwegzunehmen, da sie diese meint zu kennen und ihnen keine größere Beachtung schenkt.

Auch erinnert sich die Interviewerin direkt vor Beginn des Interviews an die Tatsache, dass sie das Paar als Lehrerinnen und Expertinnen sehen soll, egal wieviel sie bereits von ihrer Geschichte kennen mag. Diese offene Haltung des Lernen Wollens und des Akzeptierens, dass das befragte Paar die Expertinnen sind, wird von Froschauer und Lueger (2003) als einer der Voraussetzungen für ein gelingendes Interview genannt (vgl. Froschauer et al. 2003: S. 58-63). Zur verabredeten Zeit bereitet die Interviewende die Tonbänder, die Einverständniserklärung sowie ihre persönlichen Unterlagen (Leitfaden, Notizen, Nachbesprechungsprotokolle, Extrabatterien, Stift). Vor dem Gesprächseinstieg wird noch einmal eine mündliche Einverständniserklärung der Interviewpartnerinnen eingeholt, danach wird das Tonbandgerät eingeschaltet. Im Gesprächseinstieg wird dem Paar erklärt, dass das Gespräch aufgezeichnet wird, damit sich die Interviewerin konzentrieren kann und keine Daten verloren gehen. Nochmals wird betont, dass das Gespräch jederzeit abgebrochen werden darf und unangenehme Fragen abgelehnt werden können. Weiter wird dem Paar erklärt, dass die Daten anonymisiert werden und auf den Aufzeichnungen keine Namen und Daten verwendet werden, so dass diese ihnen nicht zugeordnet werden können. Der Kurzfragebogen wird mit einem Code versehen, so dass er nicht mit Echtnamen und Daten versehen ist und alle Daten werden anschließend vernichtet. Ein grobes Vorgehen wird skizziert, damit die Befragten wissen was sie erwartet.

Die Dauer des Gespräches (40 Minuten bis eine Stunde) wird noch einmal erwähnt und ausführlicher wird auf die Erwartungen an das interviewte Paar eingegangen. In einem Paargespräch wird laut Przyborski und Wohlrab-Sahr (2010) erhofft, dass

Methodisches Vorgehen

sich eine Dynamik ergibt, welche das Verhalten und das Befragen der Interviewerin zurückstellen. Dabei erinnert sich das Paar gegenseitig an Sequenzen. Das Paar wird dazu ermutigt gegenseitig auch ins Gespräch zu kommen und sich so die Antworten gemeinsam zu erarbeiten. (vgl. Przyborski et al. 2010: S. 122)

Zum Schluss wird das Paar noch nach bestehenden Fragen gefragt. Anschließend beginnt das Interview mithilfe des Leitfadens und damit die Hauptphase. Nach einem explorativen Teil, in dem die Teilnehmerinnen frei in ihrer Erzählung gelassen werden, folgt ein klärender Teil, in dem die Interviewerin noch Fragen stellt, welche noch nicht geklärt wurden. Im Gesprächsabschluss wird ein Fazit gezogen und die Hauptaussagen des Paares nochmal zusammengefasst. Die Interviewerin bedankt sich. Anschließend erfolgt eine kurze Nachbesprechung zum Pretest, indem die Teilnehmerinnen anhand von einem vorbereiteten Bogen (siehe A2) Feedback geben sollen. Diese dienen der Interviewerin zur Reflexion und Überarbeitung des Leitfadens sowie ihrer Interviewtechnik. Direkt nach dem Interview erfolgt eine Dokumentationsphase durch die Interviewerin, in dieser geht sie einer Fragenstruktur nach Froschauer und Lueger (2003) nach, und unterzieht sich einer Reflexion zum Thema und zum Vorgehen (siehe A2). (vgl. Froschauer et al. 2003: S. 73-75)

Der Leitfaden hat im Pretest Bestand und wird mit minimalen Anpassungen für die folgenden Paare so verwendet. Die Anpassungen beziehen sich auf das Thema des Kinderwunsches, welches sehr unterschiedlich realisiert wurde und somit eine flexible und situationsgerechte Anpassung seitens der Forscherin erfordert. Weitere Themenwelten wurden beibehalten, allerdings in der Fragestellung unterschiedlich gewichtet, je nachdem welche Daten von der Forscherin im Rahmen der Grounded Theory noch benötigt wurden.

4.3.4 Untersuchungseinheit/Sampling

In der Grounded Theory ist das Sampling auf die Theriegenerierung bezogen und nicht auf eine bestimmte Größe, und muss zur Fragestellung passen. Die Untersuchungseinheit muss groß genug sein, um eine Sättigung der Daten herstellen zu können. (vgl. Przyborski et al. 2010; Strauss et al. 1996) Im Rahmen der Grounded Theory und auf Grund der gegebenen Forschungszeit befindet die Autorin nach der Befragung von sieben Personen, dass eine gewisse

Methodisches Vorgehen

Datensättigung erreicht wurde, da sich die Themen und Kategorien wiederholen und keine neuen Daten mehr hinsichtlich der Forschungsfrage generiert werden konnten. Als zusätzliches kontrastierendes Mittel sucht die Forscherin über einen langen Zeitraum ein gleichgeschlechtliches Männerpaar zu den Befragungen. Es wurde in Folge einer Empfehlung eines bereits befragten Paares ein Männerpaar gefunden. Hier konnte, auf Grund von zeitlichen Ressourcen, nur ein Vater befragt werden und es ergibt somit ein Einzel- und kein Paarinterview. Eine exakte Größe des Samplings wurde im Vorhinein nicht festgelegt. Für die Erforschung der Fragen werden Regenbogenfamilien mit unterschiedlichen Konstellationen gesucht. Voraussetzungen an die Probanden ist ein innerhalb der aktuellen Beziehung entstandenes Kind, welches maximal 10 Jahre alt ist. Dies soll eine Vergleichbarkeit der Befragten erzeugen, indem sie auf einen ähnlichen Erfahrungsumfang und Voraussetzungen zurückgreifen und sich gemeinsam an die Erlebnisse erinnern können. Das Alter der Kinder soll die Zeit einschränken, um so eine Vergleichbarkeit der Umstände im Gesundheitswesen zu erzielen, um mögliche Aussagen, dass sich die Situationen signifikant in der letzten Zeit verändert habe, zu vermeiden oder zu minimieren. Ein „theoretical sampling“ im Sinne der Grounded Theory wird nur angebahnt, in dem die Interviewpartnerinnen erst ausgewählt wurden, nachdem ein erstes Lesen und Erfassen des Pretests und des ersten Interviews abgeschlossen wurde. Auf Grund der zeitlichen Vorgaben der vorliegenden Arbeit wurden keine bewussten Untersuchungseinheiten gewählt, stattdessen wurden die Daten in der Untersuchungseinheit verglichen und kontrastiert.

Die Untersuchungseinheit besteht aus 15 Personen in 8 Paarkonstellationen. Die Paare sind im Durchschnitt 36,5 Jahre alt. Ein Paar ist verpartnert, während die anderen sieben verheiratet sind. Die Befragten haben mindestens ein Kind während ihrer Beziehung bekommen. Die Kinder sind im Alter von 2 Monaten bis 5 Jahren. Ein Paar hat zwei in der Beziehung entstandene leibliche Kinder, ein Paar hat ein gemeinsames leibliches und ein adoptiertes Kind und sechs Paare haben ein gemeinsames leibliches Kind. Der Großteil der befragten Personen befindet sich in sozialen Berufen, bestehend aus Erzieherinnen, Pflegekräften, Lehrerinnen, Sozialarbeiterinnen und Erziehungswissenschaftlerinnen. Handwerksberufe sind durch eine Tischlerin vertreten, zusätzlich gibt es Personen aus dem Dienstleistungssektor, der Immobilien- sowie Bank- und IT-Branche. Alle Familien haben einen festen Wohnsitz und arbeiten. Drei Regenbogenfamilien entstanden durch eine private Samenspende, entweder aus dem privaten Kreis

Methodisches Vorgehen

oder durch eine gezielte Suche nach einem Samenspender. Diese Frauen haben daher weniger Erfahrungen mit Kinderwunschkliniken und einer medizinischen Samenspende. Vier Familien entstanden durch die Behandlung in einer Kinderwunschklinik durch Insemination oder durch eine IVF-Behandlung. Ein Kind ist durch eine Leihmutter zur Welt gebracht worden. Alle Kinder leben bei den Befragten und werden hauptsächlich von ihnen erzogen, sie sind ihre Eltern und Erziehungsberechtigten. In einer Familie gibt es einen bekannten Spender, welcher eine gewisse Vaterpräsenz einnimmt. In einer weiteren Familie besteht ein Arrangement zwischen dem Frauenpaar und einem Männerpaar, welches als Samenspender mit einer Vaterrolle hinzugezogen wurde. Die Familie, welche mithilfe einer Leihmutter gegründet wurde, hält Kontakt zu dieser ohne aktive Rolle.

Alle Frauen haben im Krankenhaus entbunden, obwohl zwei Paare ein Geburtshaus als Entbindungsort geplant haben. In der Befragung handelt es sich um unterschiedliche Krankenhäuser in unterschiedlichen Bundesländern Deutschland, im angrenzenden Ausland und außerhalb Europas. Alle Frauen haben gynäkologische Praxen aufgesucht, einige haben speziell bei Aufkommen des Kinderwunsches oder in der Schwangerschaft die Praxis gewechselt. Fünf Paare haben Erfahrungen mit Kinderwunschkliniken in ganz Deutschland gesammelt, hierzu zählen Erfahrungen mit dem Beliefern durch Spendersamen, Beratung, Einholen von Kostenvoranschlägen, Inseminationen und die Behandlung mittels IVF mit den damit verbundenen medikamentösen Behandlungen. Sieben Paare haben einen Geburtsvorbereitungskurs besucht, davon hat ein Paar einen speziellen Geburtsvorbereitungskurs für Frauenpaare besucht und eins einen Babyvorbereitungskurs. Ein Paar hat keine Erfahrung mit Geburtsvorbereitungskursen sowie anderen gemeinsamen Kursen wie Babymassage oder ähnlichem. Vier Familien wohnen in kleineren Städten oder dörflicher Gegend, während vier Regenbogenfamilien in einer Großstadt leben. Die Wohnorte befinden sich in Deutschland, wenn auch das Vor- und Nachsorge Angebot deutschlandweit sowie in zwei Fällen im Ausland wahrgenommen wurde. Zwei Paare haben Erfahrungen im deutschen und in einem ausländischen Gesundheitssystem gesammelt, da an beiden Orten vor und Nachsorge stattfand. Die Geburt fand in den jeweiligen anderen Ländern statt, damit haben die Paare eine besondere Perspektive und können einen direkten Vergleich vollziehen.

4.4 Datenerhebung

Die Daten werden im Zeitraum von Ende März bis Mitte Juni 2020 gesammelt. Zu den Datenerhebungen gehört die Planungs- und Informationsphase, Gesprächsvorbereitungsphase, die Gesprächsphase sowie die Dokumentation der Interviews. (vgl. Froschauer et al. 2003: S. 58–75) Die Teilnehmenden werden nach Interessenbekundung angeschrieben und erhalten ein erstes Informationsschreiben (siehe A2) mit weiteren Aspekten zum Ablauf. Im weiteren Verlauf erhalten die Teilnehmenden ein weiteres Informationsschreiben sowie einen Kurzfragebogen (siehe A2). Dieser Kurzfragebogen dient der Datenerfassung, welche den Erzählfluss beim tatsächlichen Interview später nicht stören soll. Andererseits soll er die Paare auch auf das Gespräch vorbereiten und ihnen die erfragte Situation vergegenwärtigen. Aus diesem Grund wird dieser erst wenige Tage vor der Befragung verschickt. Dieser Fragebogen wird nach Beendigung der Masterthesis vernichtet, da er persönliche Informationen enthält. Die Dokumentation der Interviews erfolgt unmittelbar nach dem Führen der Interviews und ist an die Dokumentationsempfehlung von Froschauer und Lueger angelehnt (siehe A2 und C3b). (vgl. Froschauer et al. 2003: S. 73-75) Sie wird nach Verlassen der Wohnung der Befragten noch im Auto ausgefüllt, beziehungsweise direkt nach Beenden der Skype-Interviews am Schreibtisch. Diese Dokumentation erhält neben den objektiven Daten zur Dauer, Umgebung, der Beteiligung und dem Verlauf des Gespräches auch erste Annahmen und Thesen. Zusätzlich werden erste spontane Interpretationen dokumentiert und Schlagworte sowie Themen, welche der Autorin besonders aufgefallen sind. Diese werden im Verlauf der Arbeit mehrfach genutzt, um die Vorannahmen vor der Analyse zu reflektieren. Auch wird diese Art der Dokumentation von der Autorin als sinnvoll im Rahmen der GT erachtet, da somit bewusst mit Vorannahmen und Schlagworten gearbeitet, welche eventuell im Verlauf die „In Vivo Codes“ ergeben. „In Vivo Codes“ sind „lebendige“ Bezeichnungen für Kategorien, welche wortgetreu aus dem originalen Material stammen. (vgl. Kuckartz 2018: S. 35) Während des Forschungsprojektes ergibt sich die besondere Situation durch das Coronavirus Sars-CoV-2 (im folgenden Corona genannt), welche zu Planänderungen und zur Einschränkung persönlicher Kontakte führt. Diese Änderung führt dazu, dass nur zwei der acht Interviews persönlich geführt werden können, während die restlichen fünf als Skype-Interviews geführt werden. Alle Interviewpartnerinnen sowie das Vorgehen zur Aufzeichnung sind abgesehen von der Tatsache der persönlichen

Methodisches Vorgehen

Anwesenheit gleich. Die Interviews werden mit zwei Aufnahmegeräten mitgeschnitten, dies dient der Sicherheit bei Ausfall oder sprachlichen Nichterkennung des Gesprochenen. Da es sich in jedem Interview um zwei Interviewpartnerinnen handelt und zusätzlich die Komponente von Internet (W-Lan) Stabilität hinzukommt, erscheint diese Entscheidung notwendig. Eine Aufnahme mit einem Audiogerät ermöglicht es der Interviewerin sich ausschließlich auf die Befragten zu konzentrieren und die Ablenkung oder Unruhe durch Handnotizen ist nicht gegeben.

Die Befragung wird in Form eines problemzentrierten Leitfadenterviews geführt. Dieser wird nicht starr, sondern situativ, je nach Paarkonstellation und Dynamik von der Interviewerin eingesetzt. Die Vorbereitung und Einstimmung auf das Gespräch seitens der Interviewerin erfolgten nach den Gesprächs-Prinzipien von Froschauer und Luegner sowie Mayer 2006 und Mayer 2015 (siehe Kapitel 4.3 und 4.3.1) zusätzlich vergegenwärtigt sich die Autorin ihre nicht beeinflussende Stellung und Offenheit. (vgl. Przyborski et al. 2010: S. 198-200) Als qualitativ vergleichende Orientierungshilfe im Rahmen der Grounded Theory wird der Interviewleitfaden zusätzlich hinsichtlich der relevanten Themen verwendet.

Je besser eine Transkription akustisch-sprachliche Phänomene erfasst umso authentischer ist das Material. Hierbei gilt allerdings eine sehr genaue Abwägung, was abgebildet werden soll und welche Phänomene relevant sind. Eine wortgetreue Transkription ist authentischer und kann in der Analyse Aussagen untermauern und genauer darstellen. Die Nachvollziehbarkeit für Lesende wird erhöht. Hier beziehen sich Przyborski et al. zusätzlich auf Deppermann und besagen, dass ein Transkript so beschaffen sein soll, dass die Analyse gegebenenfalls mit diesem widerlegt werden könnte. (vgl. Przyborski et al. 2010: S. 162–164) Die Autorin entscheidet sich für diese Empfehlungen und das Erweiterte Transkriptionssystem nach Dresing & Pehl. (vgl. Dresing et al. 2011) Die Wort-für-Wort Transkription wird von der Autorin mit einem Transkriptionsprogramm selbst durchgeführt, dabei prüft sie die Transkripte durch Stichproben und durch dreimaliges Abgleichen von Gesprochenem und Geschriebenem. Die Zeit für die Transkription betrug zwischen 12 und über 20 Stunden und variierte auf Grund der Herausforderung durch die Stimmerkennung auf Grund von zwei Teilnehmenden sowie auf Grund der Länge der Interviews, welche zwischen 28 Minuten und 50 Minuten betrugen. Infolge dieser Herausforderungen, welcher sich die Autorin im Vorhinein bewusst war, wurden die Transkripte jeweils direkt nach den Interviews erstellt und es wurde auf einen

Methodisches Vorgehen

Transkriptionsdienst verzichtet. Auf Grund dieser persönlichen zeitnahen Transkription und das Postskriptum des Interviews konnte auch die Befragungstechnik und die Kommunikation vor jedem erneuten Interview reflektiert und verbessert werden. Im Sinne der Grounded Theory erhält die Forscherin durch das Transkribieren bereits einen Bezug zu den Daten und erste Ideen und Verknüpfungen können entstehen. Zusätzlich wird ersichtlich, welche Aspekte innerhalb der Befragung noch fehlen oder ausgebaut werden sollten.

4.5 Datenanalyse

In der vorliegenden Arbeit erfolgt die Analyse in Anlehnung an die Grounded Theory Methodologie; in diesem Rahmen findet eine Abwechslung zwischen Datenerhebung und Datenanalyse statt. Die Vorgehensweise der Datenanalyse wird nach Corbin/Strauss (2016) durchgeführt, zusätzlich werden Element auch mit den Empfehlungen nach Kuckartz (2018) ergänzt. In der GT werden drei Kodierabschnitte benannt, das offene, das axiale und das selektive Kodieren. Dabei ist das Kodieren das „Herzstück“ der GT, anhand dessen die systematische Entwicklung einer Theorie gelingen kann. (vgl. Strauss et al. 1996: S. 39-41) Im Rahmen der vorliegenden Masterthesis werden das offene und das axiale Kodieren durchgeführt, während das selektive Kodieren nur angedacht und skizziert wird. Auf Grund der gegebenen Zeitressourcen und der erschwerten Bedingungen bedingt durch das Corona-Virus, die diese Arbeit begleiten, ist ein qualitatives Vorgehen unter Berücksichtigung der Gütekriterien der GT nur bis zum selektiven Codieren zu gewährleisten. Die Analyse ist Interpretationsarbeit, welche nicht starr an Regeln festhalten möchte. (vgl. Strauss et al. 1996: S. 39–42) Das axiale und offene Codieren können hierbei auch ineinander verschwimmen; auch wenn beides getrennte analytische Vorgänge sind, bewegt sich die Forscherin bei dem Vorgehen zwischen beiden hin und her. (ebd.: S. 77) Im Folgenden werden die Darstellungen des Vorgehens des offenen, des axialen und des selektiven Kodierens nacheinander erfolgen, wenngleich die Autorin den Prozess nicht linear ausgeführt hat, sondern sich zwischen den Kodierformen hin- und herbewegte.

Der erste Schritt der Analyse ist das Konzeptualisieren der Daten, welches dem offenen Kodieren entspricht. Dieses offene Vorgehen besteht aus dem ständigen Vergleichen der Daten, dient dem „Aufbrechen“ dieser. Als erstes werden Phänomene in den Daten erkannt, um welche Konzepte gruppiert werden. Der Prozess des Gruppierens dieser Konzepte stellt das Kategorisieren dar. (vgl.

Methodisches Vorgehen

Strauss et al. 1996: S. 47) In dieser vorliegenden Arbeit erfolgt eine manuelle Zeile-für-Zeile Analyse von drei Interviews während des ersten Schrittes des offenen Kodierens. Aussagen, welche bezüglich der Forschungsfrage relevant sind werden kontrastiert und als „In Vivo“ Code oder als konzeptionelle Codes erstellt. „In Vivo“ Codes nehmen in der Grounded Theory eine besondere Stellung ein, da sie die Lebendigkeit der Worte und einen authentischen Ausdruck der Befragten verwenden. (vgl. Kuckartz 2018: S. 35) Begleitend stellt sich die Forscherin zu jeder Zeile die Fragen, welche von Kuckartz und Strauss und Corbin (1996) generiert werden: Worum geht es hier eigentlich? Was ist die Hauptidee des Satzes? Was repräsentiert das? Welche Aspekte des Phänomens werden angesprochen? (vgl. Strauss et al. 1996: S.44-45; Kuckartz 2018: S. 83) In diesem Schritt werden bereits erste Konzepte gruppiert und Kategorien angedacht. So entstand der „In Vivo“ Code „Nicht gesehen werden“, welcher als lebendiger Code wörtlich aus den Daten entnommen wurde und eine Erlebensdimension der Befragten darstellt. Die Aussage „Nicht gesehen“ wird immer wieder gefunden und deutet auf das Erleben von Verkennung, Ablehnung und nicht akzeptiert Werdens hin. Im Kategoriensystem, welches die Autorin basierend auf dem Systemischen Ansatz von Hundenborn/Kreienbaum/Kinigge-Demal aufbaut mit ergänzenden Elementen nach Maslow, wird die Kategorie in der Pflegesituation selbst verortet. Sie ist damit ein zentrales Element im pflegerischen und geburtshilflichen Kontext, welches sich unmittelbar auf das aktuelle Geschehen auswirkt.

Beim axialen Kodieren werden anhand eines Kodier-Paradigmas Verbindungen und Bezüge hergestellt. Dieses Kodier-Paradigma dient der Veranschaulichung von Beziehungen. Dabei wird das Phänomen, welches sich als Kategorie wiederfindet ins Zentrum gestellt. Anhand des Phänomens werden die ursächlichen Bedingungen, Eigenschaften, der Kontext und die intervenierenden Bedingungen dargestellt. So entsteht eine vernetzte Darstellung, welche es ermöglicht die Zusammenhänge zu visualisieren. Diese führen zu Strategien und Konsequenzen, welche sich daraus ergeben. (vgl. Strauss et al. 1996: S. 83-85) Mit Hilfe von Skizzen und Tabellen (C2b), dem ständigen Vergleichen, aber vor allem anhand der Darstellung des Kodier-Paradigmas, erstellt die Autorin Verbindungen zwischen den Kategorien. Mit Hilfe dieser Visualisierung können Prozesse und Strategien im Material erkannt werden. Im Verlauf zeichnen sich so die Prozesse der Interaktionen und Erlebnisse ab. Diese ergeben sich aus den unterschiedlichen Settings, welche die Paare durchlaufen müssen sowie aus den unterschiedlichen Personen und den dazugehörigen Auseinandersetzungen.

Methodisches Vorgehen

Dabei wird ersichtlich, welche Konsequenzen sich aus bestimmten (negativen oder positiven) Interaktionen ergeben und teilweise auch wieder zur Bedingung werden. Insgesamt ergeben die Prozesse damit eine Bewältigungsdimension. Das Erkennen von Prozessen und die Verbindung mit sich abzeichnenden Dimensionen, ist ein elementarer Bestandteil der GT. Als Dimension werden die Ausprägungsgrade bezeichnet, welche innerhalb einer Kategorie oder eines Phänomens gefunden werden - zum Beispiel, wie stark eine Eigenschaft ausgeprägt ist oder wie belastend sie erlebt wird. (vgl. Strauss et al. 1996: S. 80-83) Hier wird auch der Bezug zum Systemischen Ansatz geschlossen, welcher die Darstellung der Prozesse und Dimensionen nochmal aufgreift.

Im ersten Schritt des offenen Kodierens geht die Autorin manuell vor. Sie liest das gesamte Material und verschafft sich einen Eindruck, sie macht sich mit dem Material weiter vertraut. (vgl. Kuckartz 2018: S. 83) Die Frage, was dieses Interview insgesamt darstellt, welches die Kernpunkte sein könnten, werden erörtert. Drei zufällig gewählte Interviews werden Zeile für Zeile gelesen und alle Ideen und möglichen Codes werden notiert und Fallzusammenfassungen erstellt. Aus diesen zahlreichen Begriffen generiert die Autorin induktiv die ersten Ideen zu Haupt- und Subkategorien. Es zeichnen sich 18 Haupt- und 19 Subkategorien ab. (siehe C4) Kategorien und Konzept, wie sie von Strauss et al. verstanden werden, entstehen aus Mustern im Datenmaterial, welche als Ereignisse oder Phänomene erkannt werden. Laut Kuckartz und Strauss et al. werden ähnliche Kategorien zusammengefasst, welche allgemeinere erschaffen. Dabei wird ein hierarchisches Kategoriensystem als vorteilhaft beschrieben. (vgl. Kuckartz 2018: S. 38; Strauss et al. 1996: S. 50-53) Diese Kategorien werden in MAXQDA übertragen, mit Hilfe des computergestützten Programms werden die drei Interviews nochmals codiert. Durch begleitendes Vergleichen und Fragen Stellen an das Material können im Verlauf die Kategorien reduziert werden, indem sie immer weiter zusammengefasst werden in ihrem Kern. Sie verschmelzen oder werden weiterentwickelt und werden damit immer abstrakter. (vgl. Kuckartz 2018: S. 83-85) Letztlich entstehen acht Hauptkategorien und neun Subkategorien, welche in den drei Interviews gefunden wurden. Diese werden erneut definiert und zum theoretischen Modell in Bezug gesetzt. Die Autorin entscheidet sich im weiteren Verlauf das gesamte Material in Sinn-Einheiten zu kodieren. (vgl. Kuckartz 2018: S. 83) Zu diesen erstellt die Forscherin, im Sinne der Transparenz und Nachvollziehbarkeit einen Kategorienleitfaden nach Kuckartz 2018 (siehe A3). Anhand dieses Leitfadens werden die drei Interviews erneut gesichtet, bei diesem

Methodisches Vorgehen

Vorgang werden erneut die Begriffe und Inhalte im Sinne der Grounded Theory die Begriffe und Inhalte ständig verglichen und geprüft. Anschließend wird deduktiv anhand des Kategoriensystems das gesamte Material kodiert. Die festgelegten Kategorien sind laut Kuckartz (2018) allerdings nicht starr zu denken, sie können im Verlauf des weiteren Kodierens neu gedacht oder erneut gebündelt werden. Vor allem aber soll keine ausschließliche Fixierung auf die festgelegten Kategorien erfolgen, um Sättigung zu erhalten, denn weitere Kategorien und wichtige inhaltliche Beiträge könnten damit im restlichen Material (alle Transkripte befinden sich im Anhang C3d) übersehen werden. (vgl. Kuckartz 2018: S. 85) Die Forscherin findet im Verlauf keine weiteren Kategorien, welche sich inhaltlich vom Kategoriensystem anheben oder relevant zur Forschungsfrage sind. Nach Beendigung des offenen Kodierens erstellt die Forscherin eine Zwischenauswertung der Anzahl der Codes (siehe C4b). Diese Statistik soll aufzeigen, dass es sich bei den Kategorien nicht um Einzelmeinungen oder Einzelerfahrungen handelt, sondern dass sie von mehreren Befragten aufgegriffen wurden.

Kategoriename	Anzahl der Codes	Anzahl der kodierten Interviews
1. Nicht gesehen werden	56	7
2. Wer ist denn die Mutter?	25	7
3. Hürden begehend	68	7
4. Anders sein	31	7
5. Reduktion auf biologische Elternschaft	19	5
6. Gesamtverantwortung tragend	60	7
7. Heteronormativität ausgesetzt	40	6
8. Wir sind hier herzlich willkommen	40	6

Tabelle 3: Kategorien- und Codehäufigkeiten zu „Wünsche von Regenbogenfamilien im Kontext von Geburt und Schwangerschaft“

Das axiale Kodieren ist der Schritt der Interpretation und Erklärung und geht über das Klassifizieren hinaus. Nach dem Aufbrechen der Daten beim offenen Kodieren, werden diese beim axialen Kodieren neu zusammengefügt und in Verbindung gesetzt. Der Fokus in diesem Schritt liegt in der Darstellung der Bedingungen des Phänomens, dem Kontext, die Handlungs- und interaktionalen Strategien und der Konsequenzen aus diesen. (vgl. Strauss et al 1996: S. 75-76)

Methodisches Vorgehen

Die acht kodierten Kategorien werden nach und während dem Kodieren des gesamten Materials teilweise dimensioniert auf Eigenschaften hin geprüft. So erhalten die Kategorien eine Spezifität, die anhand des Kodier-Paradigmas weiterbearbeitet wird, bis sich schließlich eine Kernkategorie abzeichnet. Die Kernkategorie „Interaktions- und Erlebensprozesse von Regenbogenfamilien in einem heteronormativen Gesundheitssystem“ zeigt sich in der vorliegenden Arbeit, die Analyse mittels Grounded Theory führt jedoch weiter. Die weiteren Schritte, wie das Dimensionieren, Prozesse und Ebenen Erkennen und Eigenschaften Prüfen, werden auf Grund der zeitlichen Voraussetzungen einer Masterthesis nicht erfüllt. Das stetige Vergleichen führt zum Aufstellen von Hypothesen, welche immer wieder durch Prüfen am Material verworfen werden.

Der gesamte Prozess der Analyse wird von Memos, Notizen, Mindmaps, Skizzen und Tagebüchern begleitet (siehe C2). Kodier-Notizen, Theoretische Memos und Diagramme können laut Corbin und Strauss in unterschiedlicher Form erstellt werden. (vgl. Strauss et al. 1996: S. 169-174) Die Autorin entscheidet für manuelle, getippte und Audio Kodier-Notizen zu den Interviews in den ersten Durchgängen des Lesens und manuellen Kodierens (siehe C2c). Zusätzlich erstellt sie mehrere theoretische Memos (siehe C2e). Die Memos stellen Zusammenfassungen dar, welche die Inhalte kürzen und direkte Ideen zu Codes und zu weiterem Vorgehen beinhalten. Weitere Memos stellen die Reflexion der Autorin dar, um Vorannahmen, Ideen und Zuschreibungen sowie literaturbasiertes Wissen zu erkennen und mit Hilfe von Techniken zur theoretischen Sensibilität mit diesen bewusst umzugehen. Diagramme werden manuell im laufenden Prozess zur Veranschaulichung und als Unterstützung zur Visualisierung der Verbindungen und Beziehungen hergestellt (siehe C2b). Um die theoretische Sensibilität zu erhöhen und zu verfeinern studiert die Autorin immer wieder die Literatur von Strauss und Corbin (1996) sowie Kuckartz (2018). Im Prozess stellt sich die Autorin zu jedem Satz oder Absatz der Interviews immer wieder die Fragen: Was ist das? Was repräsentiert das? (vgl. Kuckartz 2018: S. 83) Diese Fragetechnik wird auch teilweise noch genauer durchgeführt, wenn konzeptuelle Begriffe nicht gefunden werden- Wer? Wann? Wo? Was? Wie? Wieviel? Warum? Dies hilft beim Datenaufbrechen und schärft den Blick ohne vorgefertigte Begrifflichkeiten. Um sich von den Begrifflichkeiten des Leitfadens und der Vorüberlegungen etwas zu distanzieren und neue zu generieren, verwendet die Autorin die Flip-Flop-Technik. (vgl. Strauss et al. 1996: S. 64-65) Dabei werden die Aussagen mit dem Gegenteil verglichen- zum Beispiel wird ein Vergleich erstellt: Die Paare haben einen

Methodisches Vorgehen

unkomplizierten und einfachen Weg zum Kind und werden überall so behandelt, wie sie es wünschen. Es werden keine unangenehmen Fragen und Kommentare erlebt, gendersensible Sprache begegnet ihnen und sie erfahren eine individuelle und empathische Behandlung in allen Settings. Durch diese Methode kann erkannt werden, was den Paaren in der Situation der Befragung fehlt oder anders ist. Es entstehen neue übergeordnete Begriffe, welche dimensioniert werden. Die Technik des systemischen Vergleichens mit der Frage, was Stereotypen im Kopf ausmacht und was ihre Attribute sind, führt zu vielen neuen Begriffen. Vor allem aber eröffnet es eine neue Sichtweise und Perspektive und löst die Autorin aus ihren vorgefertigten Bildern heraus.

Im Verlauf werden die Dokumentationen der Interviews in den Memos erwähnt und verwendet, da diese bereits zum frühen Zeitpunkt von der Autorin aufgestellte Hypothesen beinhalten. Mindmaps werden während des gesamten Forschungsprozess erstellt und dienen auch den Memos gelegentlich als Grundlage und als Metaansicht. Mit den unterschiedlichen Formen der Aufzeichnungen führt die Autorin ein reflektierendes Tagebuch, welches als Begründung-, Gedanken- und Reflexionshilfe eingesetzt, aber auch der Nachvollziehbarkeit und Transparenz der Kategorienentwicklung dient.

4.5.1 Kategorie Beispiel

Die Kategorienbildung im Rahmen der vorliegenden Arbeit erfolgt angelehnt an die Grounded Theory Methodologie induktiv am Material. Dabei entstehen Ideen, Kategorien und Begriffe bei der intensiven Auseinandersetzung mit dem Material. In der Grounded Theory sind „In Vivo“ Codes dabei besonders geeignet, da diese die Aussagen der Befragten selbst aufgreifen und somit lebendig und authentisch sind. Auch ein Mix der Kategorientypen ist erlaubt und oft sinnvoll. (vgl. Kuckartz 2018: S. 34 und 83) Die Autorin entscheidet sich für einen Mix aus „In Vivo“ Codes und „Analytischen Codes“, welche aus der intensiven Auseinandersetzung erfolgen.

Während des Analyseprozesses ging die Forscherin den Überlegungen nach, die Kategorien nach bestimmten Kriterien zu systematisieren. Eine frühe Idee bezog sich auf die zeitliche Ebene – Zeit des Kinderwunsches, Zeit der Schwangerschaft, Zeit der Geburt und Zeit der Familienwerdung. Eine weitere Idee griff die Themenwelten des Interviewleitfadens auf und folgte damit einem linearen Verlauf.

Methodisches Vorgehen

Letztlich wurden diese Ideen verworfen, weil sie nicht den Kern der Problemstellung aufgriffen. Die Autorin entscheidet sich für das Aufgreifen der beiden theoretischen Modelle (siehe Kapitel 3), welche als Rahmen für das Kategoriensystem verwendet werden und die induktiv gefundenen Kategorien so gesammelt und in Verbindung gesetzt werden können. Diese Verbindungen werden im Ergebnis- und Diskussionsteil vorgestellt und werden ebenfalls im Kategorienleitfaden beschrieben. Die Kategorie „Nicht gesehen werden“ wird exemplarisch dargestellt. Der komplette Kategorienleitfaden sowie alle Beschreibungen der Kategorien befinden sich im Anhang (siehe A3 und C4)

Nicht gesehen werden	
Inhaltliche Beschreibung	Diese Kategorie beschreibt das verkannt Werden in dem was eine Person ist. Ein nicht gesehen Werden in der tatsächlichen Lage, der Person und dem was sie ausmacht. Verkennen der Lebensentwürfe, der Persönlichkeit, der Sexualität, der Wünsche und des speziellen Bedarfs. Damit bezieht sich nicht gesehen Werden auch auf nicht gehört werden, nicht ernst genommen werden oder nicht wahrgenommen werden. Zugeordnet wird diese Kategorie der Pflegesituation an sich, welche dadurch signifikant bestimmt werden kann. Werden die Personen nicht erkannt als das was sie sind, wird auch kein bedürfnisgerechter Pflegebedarf ermittelt. Die Beratung und Interventionen erfüllen nicht die individuellen und persönlichen Bedürfnisse. Damit wird dieser Kategorie auch die Individualebene der Pyramide nach Maslow zugeordnet. Anerkennung, Wertschätzung Freiheit und Unabhängigkeit dieser Ebene können nur erfüllt werden, wenn die individuelle Lebensführung und Person auch gesehen und anerkannt wird.
Anwendung der Kategorie	Kategorie Nicht gesehen wird codiert, wenn Aspekte der Sichtbarkeit des Paares, der Lebensform, der Familie, der Rollen genannt werden. Wenn die Tatsache, dass sie das sind, das was sie sind nicht anerkannt oder ernst genommen wird, und sich daraus eventuell Konsequenzen ergeben.
Beispiele für Anwendung	<ul style="list-style-type: none"> - also, wie, wie bei allem muss man halt drüberlesen über den "Vater" und den "Partner" das nervt halt (2BR_fertig: 105 - 105) -B1: ja, ich kann mir, also, ja vielleicht. Also wenn Ihr direkt als Paar gehalten werdet, ist man vielleicht als zwei Frauen nicht direkt als Paar, das man gehalten wird, sondern "die Schwester kommt mit", Mutter wäre auch# (2BR_fertig: 209 - 209) - B1: ... und als wir dann an den Punkt kamen, dass es nach dreimal oder so nicht funktioniert hat mit der normalen Insemination, und die Kinderwunschpraxis gesagt, wir können auch eine andere Methode wählen, da hat er mich ziemlich runtergemacht. Was heißt runter gemacht, er hat gesagt, ja was das denn da soll und das kann man

Methodisches Vorgehen

	auch auf natürlichem Weg weiter probieren und so weiter und da hatte ich irgendwie und es ist doch nur Geldmacherein von dieser Kinderwunschpraxis und so. Ist mir halt überhaupt nicht so, ich kam mir halt gar nicht gesehen vor, weil ich mir dachte: Ja aber ich bin keine Heterosexuelle Person, die jetzt auf natürlichem Weg die nächsten zwei Jahre probieren kann, sondern das da auch ein finanzieller Faktor ist, es ist ein psychischer Faktor... (6FA fertig: 9 - 9)
Weitere Anwendungen	willst Dich halt auch nicht ständig immer wieder erklären, ne, (2BR_fertig: 202 - 202)
Abgrenzung zu anderen Kategorien: Fixierung auf biologische Elternschaft erleben	Die Kategorie wird nicht codiert wenn sich das Nicht gesehen Werden und das Erleben der Situation auf biologisch reduzierte Faktoren beziehen lassen. In diesem Fall wird Kategorie „Fixierung auf biologische Elternschaft erleben“ verwendet Was ich richtig doof fand, bei dem zweiten Kurs, das war für mich sehr aussagekräftig, da hat sie so rumgefragt, ob es ihre erste oder zweite Geburt ist, dir sowas, und da hat sie immer gesagt, so, haben die Frauen irgendwas gesagt, so, ist das Euer zweites Kind, oder erstes Kind, zu [Name] hat sie dann gesagt, aber es ist Dein erstes Kind. so, und da hat sie so, äähm, das ist auch unser Kind. und da hat sie bei uns als einzige den Unterschied gemacht und das nur auf Dich bezogen. (2BR_fertig: 49 - 49)
Subkategorien „Als Familie“	Als Familie: Hier wird speziell das Nicht gesehen werden als Familienform- Regenbogenfamilie codiert. - Ich habe mich [Lachen] nicht als Regenbogenfamilie [Lachen] gesehen gefühlt. Wir waren im Krankenhaus, Kreißsaal Begehung, nee da sind wir halt mitgelaufen, wir wurden wir gar nicht gesehen und angesprochen (4KO fertig: 107 - 107)
Subkategorie „Als Mutter“	Als Mutter: Diese Subkategorie wird kodiert, wenn sich das Nicht gesehen werden speziell auf das Dasein als Mutter bezieht. Hier geht es meist um die Akzeptanz der nicht gebärenden Mutter. - Ja, das war aber auch eine komische [...], wenn Du in so einem großen Raum mit so, mit , äh, 15 anderen Heteropärchen sitzt, und wenn dann darüber geredet wird, äh, so dass die Kinder nach der Geburt so auf die tiefe Stimme des Mannes so abgehen, da denke ich mir so ja, okay.. und ich? (2BR_fertig: 42 - 42) - aber im Krankenhaus auch nochmal, dass so eine Ansprache also die Leute hatten keinen Namen für [Name der Nicht gebärenden Mutter] (4KO fertig: 73 - 73)

Tabelle 4: Exemplarischer Ausschnitt aus dem Kategorien-Leitfaden

Während der weiteren Auseinandersetzung und dem axialen Kodieren mit Hilfe des Kodier-Paradigmas von Strauss und Corbin (vgl. Strauss et al. 1996: S. 78-82) entstehen Beziehungen und die Verknüpfung der Kategorien. Ein exemplarisches Beispiel erfolgt anhand der Kategorie „Nicht gesehen werden“ und

Ethischer Aspekt

der Weiterentwicklung dieser durch das Gewinnen an Tiefe aus dem Interview 7KO (weitere Beispiele siehe C2d).

7KO

A: Ursächliche Bedingung

dass eigentlich nur die gebärende Mutter und das Kind so im Vordergrund standen
 -die werdende Mutter, die gebärende Mutter steht voll im Fokus des Familiensystems
 Die ursächliche Bedingung zeigt sich immer wieder auf der Ebene der Reduktion auf biologische Elternschaft und der Heteronormativität. Das Personal des Gesundheitswesens zeigt ~~ein~~ und unreflektierten Umgang basiert auf erlernter und verinnerlichter Heteronormativer Verhaltensmuster und ...

B: Phänomen

Nicht gesehen und anerkannt werden als Mutter (die Mutter – im Rahmen der Befragung ist es die nicht gebärende Mutter – wird nicht als diese erkannt oder akzeptiert. Auch nicht als Mutter bezeichnet oder angesprochen)
dass eigentlich nur die gebärende Mutter und das Kind so im Vordergrund standen, während so mit mir eigentlich gar nicht gesprochen wurde.

C: Kontext

Eigenschaften

Angesprochen werden (oft- gar nicht)
 Fragen beantwortet bekommen (wenig-viel)
 Erleben und Verarbeiten (belastend- egal)
 Emotionale Auswirkung (gesehen- unsichtbar)
 Häufigkeit (nie- oft)
-die waren schon nett also zu mir, aber ich war nicht Teil des Zentrums.
-Wertung mit Mutter 1 und Mutter 2

Spezifische Dimension

Quantität- Intensität: **gar nicht**
Ja, tatsächlich wenig
 belastend
 unsichtbar
 selten bis nie
 Zugehörigkeit: Ausgeschlossen, am Rande
 Wertung: Zweitrangig

E: Handlungs- und Interaktions- Strategien

Ich musste mich immer so dazwischendrängen, überall muss ich mich hindrängen
 Es zeigt sich, dass die nicht gebärende Mutter die Verantwortung in der Situation übernehmen muss und sich hindrängen muss, da sie nicht gesehen und gefragt wird. Der Punkt Gesamtverantwortung tragen zeigt dies auf.

D: Intervenierende Bedingungen

Das Paar hat einen Vergleich zwischen zwei Gesundheitssystemen (De und ein anderes Land) und kann damit Vergleiche ziehen. Sie stellen heraus, dass der Umgang in De als nicht selbstverständlich gesehen wird und dem Person Mühe bereitet. Im anderen Land erlebten sie die Situation als selbstverständlich und wurden gesehen und angenommen. Ein direkter Vergleich zwischen der hemmenden und fördernden Wirkung des Gesehen und angenommen Werdens. Diese Ebene spricht allgemein die Kategorie Hürden begegnen an und andererseits auch die Kategorie „Hier sind wir willkommen“ im Vergleich.
dass eigentlich nur die gebärende Mutter und das Kind so im Vordergrund standen
B1: Ja und meine deutsche Hebamme, die die Vorsorge und die Wochenbettbetreuung gemacht hat, die war auch, die hat auch sehr versucht sich darauf einzustellen, aber man hat doch auch manchmal gemerkt, dass es ihr mehr Mühe bereitet hat als ich das Gefühl in [Name des Geburtslandes] hatte. (7KO fertig: 37 - 37)

F: Konsequenzen

aber immer war das, hatte ich das Gefühl es war ungewöhnlich.
 Die Konsequenz des Nicht gesehen werden weckt Zweifel und Unsicherheiten in der Mutter, sie fühlt sich fehl am Platz oder ungewöhnlich. Es entsteht Verzweiflung, Wut und auch ein Abwenden aus der Situation oder aus dem System. Es zeigen sich Vermeidungsstrategien in Form von Auswahl spezieller Angebote und des auf sich Nehmens langer Wege (Geburt in anderem Land)

Abb 2: Axiales Kodieren. Interview 7KO "Nicht gesehen werden"

5 Ethischer Aspekt

„Ethik ist Ausdruck der Achtung des Menschen vor dem Menschen. Sie zeigt sich konkret darin, wie respektvoll Menschen miteinander umgehen und welchen Schutz sie einander zukommen lassen.“ (Schnell et al. 2006: S. 17)

In der vorliegenden Arbeit sind die ethischen, pflegewissenschaftlichen und allgemeinen Bestimmung nach Schnell und Heinritz beachtet worden; auf die Punkte der Freiwilligkeit der Teilnehmenden an der Untersuchung sowie Vertraulichkeit und Datenschutz soll hier besonders eingegangen werden.

Ethischer Aspekt

Zu einer vulnerablen Personengruppe zählen Menschen, die aufgrund von aktuellen Situationen in ihrer Selbstbestimmung eingeschränkt sind oder es schnell sein könnten. (vgl. Schnell et al. 2006: S. 19-20) Laut Mayer (2015) zählen Kinder, Menschen mit Behinderung, psychisch Kranke, Schwangere und Personen, die in Institutionen leben ebenfalls dazu. (vgl. Mayer 2015: S. 61-62) Die Befragten sind in ihrer Selbstbestimmung augenscheinlich nicht eingeschränkt, es handelt sich um Frauen unter 50 Jahren, welche nicht unter Betreuung stehen. Die Familien haben Wohnraum, Erwerbstätigkeit und konnten sich den Wunsch von Familie durch Kinder erfüllen. Allerdings ist die Forscherin sich aufgrund der vorherigen Literatursichtung sowie des persönlichen Zuganges zum Feld bewusst, dass der Situation mit Vorsicht und Sensibilität zu begegnen ist. Bei den Befragten handelt es sich um Familien, welche teilweise sehr lange Wege des Kinderwunsches mit Enttäuschungen und diskriminierenden Erfahrungen erlebt haben. Der Ausschluss von Ressourcen in Form von Behandlungen und Beratungen ist unterschiedlich ausgeprägt und kann die Familien nach wie vor belasten. Auch ist aufgrund von unterschiedlichen Familienkonstellationen, Beziehungsgestaltungen und den Umgang mit Elternschaft mit sehr persönlichen Aussagen zu rechnen. Durch die Paardynamik können hier Erinnerungen oder Sichtweise aufbrechen, welche die Paare vorher noch nicht miteinander geteilt haben. Die Forscherin ist sich bewusst, dass durch ihr Eingreifen etwas bewirkt wird und bereitet sich dementsprechend auf diese Begegnungen vor. Trotz dieser Aspekte schätzt die Forscherin die Gruppe als nicht stark vulnerabel ein.

„Wissenschaftliche Forschung und der Einsatz von Forschungsmethoden ist nicht ethisch neutral, denn sie bewirken an ihrem Forschungsgegenstand eine Veränderung, die ohne ihr Zutun nicht auftreten würde.“ (Schnell et al. 2006: S. 19)

Die Forscherin sichert den Teilnehmenden zu, während der gesamten Bearbeitungszeit telefonisch und über E-Mail erreichbar zu sein. Zusätzlich hat sich die Forscherin bereits im November 2019 um entsprechende Beratungsstellen gekümmert, welche im Falle eines (Paar-) Konflikts kontaktiert werden könnten. Die Doppelrolle, in welche sich die Forscherin begibt, aber auch die Teilnehmenden hineingebracht werden, wird innerhalb der reflektierenden Tagebücher verschriftlicht. Die Doppelrolle besteht dabei einerseits in der Teilnahme an einem Ausschnitt des Familien- oder Paarlebens mit persönlichen Erinnerungen, in welcher die Forschende unmittelbar als empathische Person dabei ist, und andererseits in der Rolle der Forscherin, welche neutral und wertfrei

bleiben soll. Die Befragten sind einerseits Forschungsteilnehmende, welche ihre Erlebnisse der Forschung zur Verfügung stellen, andererseits aber auch die privaten Personen, welche die Erlebnisse gemeinsam erlebt haben und emotional involviert sind.

„Das Fragen ist Eintritt in eine Lebensform, in der dem Forscher mehr begegnet als er wissen will, soll und vielleicht darf!“ (Schnell et al. 2006: S. 20)

5.1.1 Informierte Zustimmung (informed consent)

Schnell und Heiritz beschreiben die Informierte Zustimmung als eine bewusste Zustimmung einer Person, an einer Befragung oder anderen Forschungsart teilzunehmen oder sich einer Behandlung zu unterziehen. Diese Zustimmung erfordert mehrere Kriterien, um Gültigkeit zu besitzen. Die Teilnehmenden müssen über das Forschungsvorhaben ausreichend informiert sein. Sie müssen ausreichend Zeit und die Möglichkeit zur Beratung haben, um sich so eine Meinung zu bilden. Bei unmündigen Probanden muss eine Zustimmung durch den gesetzlichen Vormund erfolgen. Das letzte Kriterium, welches Schnell und Heiritz beschreiben, besagt, dass die Zustimmung nicht durch Gewalt, Zwang, Betrug oder Täuschung entstehen darf. (vgl. Schnell et al. 2006: S. 54)

Die Autorin nimmt bereits früh im Forschungsprozess Kontakt mit Selbstorganisationen des Themenbereichs Regenbogenfamilien auf, über welche sie ein Gesuch von Interviewpartner*innen zum Thema verteilen lässt. Hier werden am Anfang drei Organisationen in drei Städten kontaktiert. Die Interessierten nehmen aus eigener Intention freiwillig Kontakt auf und erhalten im nächsten Schritt ein Informationsschreiben. Im Informationsschreiben wird der Forschungsbedarf, das Ziel, der Zeitraum und die Dauer, die Freiwilligkeit und die dazugehörige Selbstverständlichkeit eines möglichen Abbruchs der Teilnahme zu jeder Zeit sowie die Methode beschrieben. In dem besonderen Rahmen der Paarinterviews, wird auch die Möglichkeit von Pausen aufgrund von kleinen Kindern thematisiert. Hier werden in weiteren Gesprächen persönliche Lösungen gesucht und besprochen. Die Forscherin verweist in jedem Schreiben darauf, dass sie telefonisch und schriftlich jederzeit erreichbar ist, um weitere Fragen zu klären. Mit jedem Paar wird über E-Mail persönlich Kontakt aufgenommen und gehalten bis alle Fragen geklärt sind. Mit einigen Paaren wurde vorab zusätzlich ein Telefonat zum Kennenlernen und zur weiteren Besprechung vereinbart und

Ethischer Aspekt

durchgeführt. Danach erhalten die Teilnehmenden nach ihrer Zusage ein weiteres Informationsschreiben bezüglich des Datenschutzes und der Aufzeichnung und Verwaltung personenbezogener Daten. In diesem erfolgt auch eine erneute schriftliche Zusage über die vertrauliche Behandlung der Daten, das Löschen der Dateien nach Beendigung des Schreibprozesses an der Masterthesis und die Anonymisierung aller Daten. Als letztes Formular erhalten die Befragten einen Kurzfragebogen, in welchem personenbezogene Daten und themenrelevante Aspekte erhoben werden. Diese werden kurz vor dem Interview versandt und dienen der thematischen Hinführung. Ebenfalls wird in diesem auch ein Zeitfenster und Besonderheit geklärt, welche sich aus der Kinderbetreuungssituation ergeben können. Diese werden im Interview berücksichtigt.

5.1.2 Datenschutz

Der Sinn des Datenschutzes ist es personenbezogene Daten zu schützen, welche das Persönlichkeitsrecht beeinträchtigen können (§1 Abs. 1 BDSG). Innerhalb wissenschaftlichen Arbeitens dürfen Daten jedoch verwendet und weitergegeben werden, wenn sie nicht mehr Personen zuzuordnen sind, also anonymisiert sind. (vgl. Schnell et al. 2006: S. 54) Dem Punkt der Vertraulichkeit wurde besondere Beachtung im Rahmen dieser Arbeit geschenkt, da es sich um Familien handelt und damit Kinder involviert sind sowie sehr persönliche Informationen, werden von Anfang an die Anonymisierung der Daten und ein diskretes Vorgehen betont.

Die Autorin transkribiert alle Interviews selbst und gibt damit keine Daten an Dritte weiter. Innerhalb der Transkripte werden alle Eigennamen, Städtenamen, Krankenhaus- und Ärztinnen-Namen anonymisiert. In einigen Teilen werden ebenfalls die Bundesländer sowie Angaben zum Geburtsdatum und anderen Angaben zu Daten anonymisiert. Alle Sicherungen der Audiodateien werden nach dem Transkribieren vernichtet. Es bleibt nur jeweils eine Audiodatei pro Paar unter einem Code bis zur Beendigung der Masterthesis bestehen. Alle Teilnehmenden erhalten eine Zusicherung über die Vernichtung aller personenbezogener Daten nach Beendigung des Arbeitsprozesses. Den Teilnehmenden wird angeboten die Interviews bei Ihnen zu Hause oder in einem leeren angemieteten Raum zu führen. Zwei Paare entscheiden sich die Forscherin nach Hause einzuladen. Alle weiteren Interviews wurden auf Grund des Lockdowns im Rahmen des Corona-Virus als Skype-Interviews geführt. Somit ist in allen acht Interviews Privatsphäre gegeben

Darstellung der Ergebnisse

und es sind keine weiteren Personen anwesend. Die Aufzeichnung der Skype-Interviews wird, wie alle anderen mittels zwei Audiogeräten, welche am Mikrophon platziert werden, aufgezeichnet. Die Autorin entscheidet sich bewusst gegen die Möglichkeit die Skype-Interviews mitzuschneiden, um gleiche Bedingungen zu schaffen sowie den Datenschutz gleichmäßig einzuhalten.

Alle Teilnehmerinnen sind einverstanden nochmals kontaktiert zu werden, falls es zu Rückfragen kommt. Alle Interviewpartnerinnen sowie die Gatekeeperinnen möchten die Masterthesis nach Beendigung erhalten.

Insgesamt wurden die acht Forschungsethischen Prinzipien (vgl. Brandenburg et al. 2016; Schnell et al. 2006) berücksichtigt.

6 Darstellung der Ergebnisse

Im Kapitel sechs werden die Ergebnisse der Untersuchung vorgestellt. Diese erfolgen nach der Grounded-Theory-Methodologie und entsprechen den Ergebnissen des offenen und axialen Kodierens, währenddessen sich einige Schritte des selektiven Kodierens bereits abzeichnen. So zeigt sich die Kernkategorie „Interaktions- und Erlebensprozesse von Regenbogenfamilien in einem heteronormativen Gesundheitssystem“, welche anhand der beinhaltenden Kategorien dargestellt wird. Alle Kategorien werden durch Originalzitate aus dem Datenmaterial untermauert. Dabei sind die Abkürzungen der Sprechenden B (Befragte Person) B1 und B2 verwendet worden. Diese sind bewusst nicht einheitlich für die genetischen und die nicht genetischen Elternteile verwendet worden, da in der vorliegenden Arbeit die Perspektive als Paar relevant ist. (Für weitere Forschungen sind die genannten Abkürzungen den jeweiligen Elternteil in den Interview-Transkripten zugeordnet worden. Diese befinden sich im Anhang C3d).

Als erstes werden die Beziehungen, welche im Verlauf zur Kernkategorie führen, zwischen den Haupt- und Subkategorien anhand des Kodierparadigmas (nach Strauss et al. 1996) vorgestellt. Anschließend werden die acht Hauptkategorien mit ihren neun Subkategorien vorgestellt. Folgend zeigen sich vier Dimensionen (Zeit, Erleben, Interaktion, und Bewältigung) nacheinander, welche mit den Kategorien verbunden sind. Als ursächliche Bedingung wurden die Kategorien *Heteronormativität ausgesetzt sein* und *Reduktion auf biologische Elternschaft* identifiziert, welche gesondert vorgestellt werden. Abschließen werden die

Darstellung der Ergebnisse

Wünsche der Regenbogenfamilien, welche sich daraus ergeben und als Kategorie im Material identifiziert wurden, angehängt.

6.1 Interaktions- und Erlebensprozesse von Regenbogenfamilien in einem heteronormativen Gesundheitssystem

Als Kernkategorie werden die vielschichtigen und zahlreichen Interaktionsprozesse von Regenbogenfamilien im Kontext von Geburt und Schwangerschaft identifiziert, welche das Erleben der gleichgeschlechtlichen Paare maßgeblich und nachhaltig beeinflussen. In den acht Interviews mit 15 befragten Personen zeigen diese immer wieder den gleichen Ursprung, welcher von einigen Befragten auch explizit benannt wird: Die heteronormativen Strukturen, welchen die Regenbogenfamilien ausgesetzt sind und als Ursprung der meisten genannten Erlebnisse identifiziert werden. Diese bilden somit die ursächliche Bedingung (A) der gesamten Erlebens- und Interaktionsprozesse und werden in den Kategorien *Heteronormativität ausgesetzt sein* und *Reduktion auf biologische Elternschaft* dargestellt. Die intervenierenden Bedingungen, welche sich auf die Situation der Paare hemmend oder fördernd auswirken, werden in den Kategorien *Hürden* und *Hier sind wir herzlich willkommen* identifiziert. Die sich daraus ergebenden Handlungs- und Interaktionsstrategien, welche die Paare verfolgen oder auslassen, werden in der Kategorie *Gesamtverantwortung tragen* mit ihren Subkategorien *Strategien der Vermeidung*, *Wegbereiterin sein* und *Personal entschuldigen* erkannt. Die *Konsequenzen* zeigen sich in allen Kategorien wieder und können im Verlauf auch wieder zur Bedingung werden. Identifiziert werden Konsequenzen wie Wut, Ärger, Marginalisierung und Ablehnung, Zweifel, Unsicherheit und Verletzung der Privatsphäre. Es entstehen teilweise Konsequenzen, wie Rückzug oder Meiden des Systems (Institutionen des Gesundheitswesens) und ein Hinwenden zu Alternativen. So sprechen einige Befragten vom Wunsch in Geburtshäuser, zu Hause oder im Ausland zu entbinden. Die Kategorien *Nicht gesehen werden* und *Wer ist denn die Mutter* mit ihren Subkategorien *Unangenehme Fragen erfahren* sowie die Kategorie *Anders sein* zeigen hauptsächlich die *Phänomene* der Situation. Diese präsentieren hauptsächlich die Erlebensprozesse.

Darstellung der Ergebnisse

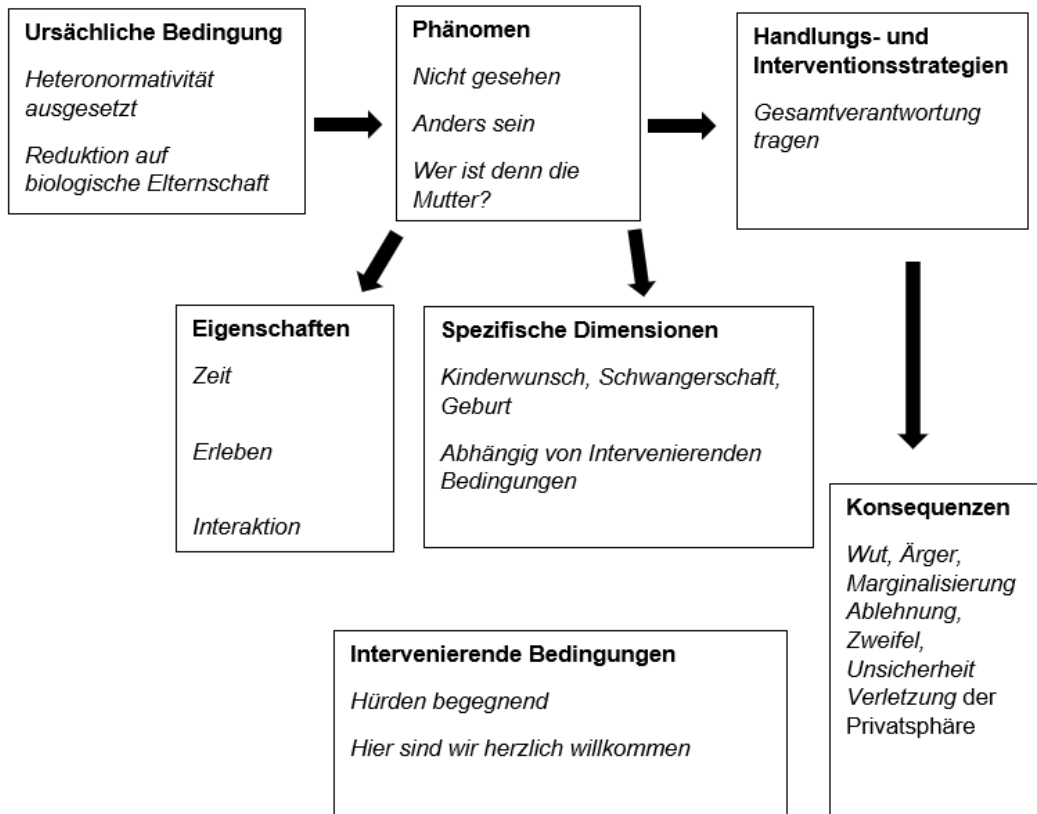


Abbildung 3: Kodierparadigma der Kernkategorie „Interaktions- und Erlebensprozesse von Regenbogenfamilien in einem Heteronormativen Gesundheitssystem“

6.2 Nicht gesehen werden (In Vivo Code)

Ein nicht gesehen Werden als Paar erfahren die meisten Befragten, sie werden oft als Schwestern, Brüder, Freundinnen oder Kumpels wahrgenommen und kommen so in die Verantwortung, sich zu outen. Einige Paare erzählen von einer Abwehrhaltung des pflegerischen Personals, welches das Paar nicht als das was es ist sehen möchte, trotz der Offensichtlichkeit der Situation und Zugehörigkeit. Diese Erfahrungen Begleiten die Paare auch oft Alltag und zeigen die heteronormativen Denkweisen, welche ihnen stets begegnen.

B2: willst Dich halt auch nicht ständig immer wieder erklären, ne, (2BR_fertig: 202 - 202)

B1: Also ich glaube, das ist immer so, dass alle denken wir wären Freundinnen oder Schwestern, das kam auch schonmal. (3EA fertig: 92 - 92)

B1: und die waren halt völlig irritiert, weil ich halt mit den Männern mitgegangen bin, weil die erst gedacht haben, wir sind zwei alleine (1BO_fertig: 69 - 69)

B1: ich bin das Es, das mitkommt (1BO_fertig: 82 - 82)

B: [...] wenn wir in Deutschland einkaufen gehen oder sonstirgendwas, dann kommt eher mal die Frage - Ach ist die Mama zu Hause? Die Leute denken eher, dass einer von uns der Vater ist, der mit einem Kumpel unterwegs ist. (8BO fertig: 17 - 17)

Darstellung der Ergebnisse

Das „nicht gesehen Werden“ wird auch in den Angeboten, Informationsmaterialien und Beratungen von den Paaren erlebt, diese Erfahrung zeigt sich auch in der Kategorie *Suche von interessenbasierten Angeboten* (siehe Kapitel 6.4.2).

B2: das ist nirgends - halt - das hab ich tatsächlich - das wär' mir aufgefallen, wenn ich's irgendwo gelesen hätte [unverständlich] eigentlich ist alles - wurde immer mit "Vater" und "Mutter" (2BR_fertig: 106 - 106)

B. Also, konsequent nein,. Überhaupt nicht. Überhaupt gar nicht! #00:18:51-3# (8BO fertig: 51 - 51)

6.2.1 Nicht gesehen als Familie

Die Befragten fühlen sich in verschiedenen Situationen und Settings nicht als Regenbogenfamilie gesehen. Dabei erleben sie, dass ihre Familienkonstellation nicht anerkannt und abgebildet ist. Dies wird auch in den Angeboten und notwendigen Beratungen und Informationen in der Zeit der Schwangerschaft und Geburt wahrgenommen

B1: Na, das war schon alles eher so anders. Das war nicht so dass man sich als Regenbogenfamilie gesehen gefühlt hat. (6FA fertig: 102 - 102)

B2: Ja immer wurde nur [Name der Geburtsmutter] angesprochen, und ich musste mich immer so dazwischendrängen, vielleicht ist es so, mein Gefühl war so, okay die werdende Mutter, die gebärende werdende Mutter steht voll im Fokus des Familiensystems? (7KO fertig: 64 - 64)

B2: Wir waren in [Ausland in dem die Entbindung stattfand], aber da gab es keine Begehung, da gab es so nen riesigen Vortrag in der Mensa mit so eine Video was gezeigt wurde. Das war sehr hetero lastig [Lachen] (7KO fertig: 110 - 110)

B2: Ich habe mich [Lachen] nicht als Regenbogenfamilie [Lachen] gesehen gefühlt. Wir waren im Krankenhaus, Kreißsaal Begehung, nee da sind wir halt mitgelaufen, wir wurden wir gar nicht gesehen und angesprochen (4KO fertig: 107 - 107)

B. Also, konsequent nein. Überhaupt nicht. Überhaupt gar nicht! #00:18:51-3# (8BO fertig: 51 - 51)

6.2.2 Nicht gesehen und anerkannt als Mutter/ Vater

Vor allem die nicht gebärenden Mütter und die nicht genetisch verwandten Väter werden als solche oft nicht anerkannt oder wahrgenommen und teilweise ignoriert. Alle Paare berichten von fehlender Ansprache, fehlenden Begrifflichkeiten und der heteronormativen Sprache und Behandlung, welche sie erleben. Diese erleben sie genauso wie Gesundheitswesen auch im alltäglichen gemeinsamen Leben.

B2: Ja, das war aber auch eine komische [...], wenn Du in so einem großen Raum mit so, mit , äh, 15 anderen Heteropärchen sitzt, und wenn dann darüber geredet wird, äh, so dass die Kinder nach der Geburt so auf die tiefe Stimme des Mannes so abgehen, da denke ich mir so ja, okay.. und ich? (2BR_fertig: 42 – 42)

Darstellung der Ergebnisse

B2: Also zum Geburtsvorbereitungskurs wollte ich noch sagen, der natürlich schon sehr ja hetero aufgebaut ist. Also da war es eben auch so. Also erstens mal die Sprache ist natürlich sehr auf Heterosexuelle Pärchen ausgelegt und ähm es war ebenso das die Partner nur eben dreimal dabei sein sollten und dann wurde dann immer von den Vätern und den Papas gesprochen ähm also so ab und an hat sie mich dann auch doch mal angesprochen. (6FA fertig: 52 - 52)

B2: Ja Unsicherheit nicht, es war eher so professionelle Distanz oder so. Also ich würde definitiv nicht so als zweite Mutter angesprochen, weil den Sprachgebräuchen haben die da jetzt so gar nicht ähm aber ich wurde jetzt auch nicht unfreundlich behandelt. (6FA fertig: 74 - 74)

B: Also, wir sind eben noch ganz jung Eltern, dadurch, ja, also mein Mann hat einen [Alter] Sohn aus einer früheren heterosexuellen Beziehung, da ist es so, also das ist ja mein Stiefsohn sozusagen. Aber da werde ich als Vater überhaupt nicht wahrgenommen. Er hat zwar eine biologische Mutter, aber da werde ich total ausgeklammert. Das finde ich total schade, weil ich eben auch ein sehr enges Verhältnis habe. Waren wir mal beim Arzt? Hm, aber ich stelle mir vor, das ist eben für eine. (8BO fertig: 63 - 63)

B1: aber im Krankenhaus auch nochmal, dass so eine Ansprache also die Leute hatten keinen Namen für [Name der nicht gebärenden Mutter] (4KO fertig: 73 - 73)

B: Ja oder kann man jetzt zweimal das gleiche sagen Mama und Mama? Also so ne. Manche haben auch gefragt ob wir schon wissen, wie wir das machen wollen. Aber für viele ist das erstmal so ein Schock und drüber stolpern. Im Geburtsvorbereitungskurs war das eigentlich auch so, ich weiß nicht hatte die noch nicht ein Frauenpaar (zur Ehefrau gewandt)? Ich glaube nicht, nee? (4KO fertig: 74 - 74)

B: Das ist ja mein Stiefsohn sozusagen. Aber da werde ich als Vater überhaupt nicht wahrgenommen. Er hat zwar eine biologische Mutter, aber da werde ich total ausgeklammert. Das finde ich total schade, weil ich eben auch ein sehr enges Verhältnis. Waren wir mal beim Arzt? (...) Das ist für mich aber auch manchmal verletzt, das so mein Verhältnis zu meinem Stiefsohn keine Rolle spielt. Sondern das ist der Sohn von [Name des Ehemannes] in der Formulierung anderer dann und das nehme ich nicht so wahr. Das ist eben auch mein Sohn. (8BO fertig: 63 - 63)

Zusätzlich wird davon berichtet, dass die nicht-genetischen Elternteile nicht integriert, aufgeklärt und nicht in die Behandlungen miteinbezogen werden. Teilweise erleben sie eine Ignoranz indem ihre Fragen nicht beantwortet werden oder sie sich selbst *hineindrängen* müssen, um wahrgenommen zu werden.

B1: Wurde mit dir überhaupt gesprochen? Werdende Mutter? [Lachen] Fragezeichen B2: Wenig... Ja, tatsächlich wenig. Ich habe das Gefühl, überall muss ich mich hindrängen. Mir war das sehr wichtig, man hat ja alles zusammen gemacht, ich war da, wenn die Hebamme da war, ich war immer da, eigentlich immer in der Frauenarzt Praxis bei den Untersuchungen, aber immer war das, hatte ich das Gefühl es war ungewöhnlich. Und dann kam immer so: Und hast du noch irgendwelche Fragen [Lachen] und dann Nee aber ICH hätte noch eine. (7KO fertig: 60 - 62)

B 2: Ich kann mir halt vorstellen, wenn man halt einen Ultraschall hat, dass der Arzt sagt: O da ist der Papa aber stolz oder so. Keine Ahnung, also ich wurde nie angesprochen. Ich war sozusagen der... ähm Begleitperson, aber das wäre auch so gewesen als ob die Schwester oder halt irgendeine Freundin mitkommt. Also ich wurde jetzt nicht als zweite Mutter oder so angesprochen. Bei dem Geburtsvorbereitungskurs war das anders, da war das ja ganz klar. (6FA fertig: 66 - 66)

B2: Ja zum Beispiel, also nach der Geburt an Name des Kindes 5 Lebenstag mussten wir nochmal nach [Ortsname in Deutschland] in die [Name der Klinik] stationär und da war ich eigentlich, ich kann das nicht beantworten wie das für ein Heteropaar wäre, also da musste ich auf jeden Fall, dass eigentlich nur die gebärende Mutter und das Kind so im Vordergrund standen, während so mit mir eigentlich gar nicht gesprochen wurde. Und obwohl auch

Darstellung der Ergebnisse

[Name der Geburtsmutter] total fertig war ich dann rausgeschmissen wurde abends. Aber das weiß ich wirklich nicht inwieweit mein Geschlecht da eine Rolle gespielt hat. (7KO fertig: 70 - 70)

B2: Naja, das ist vielleicht das einzige, dass du immer wieder kämpfen musst so als Partnerin neben mir zu stehen und nicht als Freundin oder Bekannte. Also das ist ja, wenn man zur HNO Klinik wieder geht und dann wieder, Ja wer darf jetzt das Formular jetzt ausfüllen für die Narkose oder sonst irgendwas. Dann werd auch ich halt angeguckt auch, nee., (3EA fertig: 136 - 136)

B1: Nein, das Kind hat an dem Tag sehr geschrien, und [Name] sagt irgendwann hat sie dann gesagt "weißt Du, vielleicht will der einfach mal zur Mama" ne und ich dachte so "blöde Kuh (1BO_fertig: 280 – 280)

6.3 Wer ist denn die Mutter/ der Vater? (In Vivo Code)

Die Familien erleben in verschiedenen Settings des Gesundheitswesens und unterschiedlichen Situationen die Fragen *Wer ist denn die Mutter?*

B2: Eigentlich wird immer noch gefragt: "Wer ist die Mutter?" also, ob da, also im Gesundheitssystem, also hör' ich ständig immer nur die Frage "Wer/ sind Sie die Mutter? ah ja, OK" ähm. (2BR_fertig: 28 – 28)

B1: Immer. Und es war immer die erste Frage wer denn das Kind bekommen hat. Immer (7KO fertig: 72 - 72)

B2: Ja also eine Sache, die ich dazu noch in Erinnerung habe, weil wir ähm wir waren danach nochmal mit [Name des Kindes] im Krankenhaus und da habe ich das auch noch gemacht und waren wir bei wurden wir so durchs Krankenhausgeschickt, so um geirrt, daran erinnere ich mich irgendwie und dann hatte ich zum Beispiel irgendwann so einen Kommentar bekommen von Ja wer ist denn jetzt eigentlich die Mutter? Ich weiß gar nicht ob das relevant war, aber da wars so dass Jemand, dass ich, ich habe im Wartezimmer versucht zu stillen (7KO fertig: 33 - 33)

B2: Ich nehme es auch oft in die Hand, aber das muss ja auch nicht heißen, dass ich ihn bekommen habe, also auch da ist mal wieder Irritation: Wer hat denn das Kind jetzt bekommen? Und nicht immer klären wir das auf. Aber die Fragen die sieht man halt in den Augen [Lachen] (3EA fertig: 138 - 138)

Die Befragten erleben die Frage nach der zugehörigen Mutter oft als unverständlich und *doof* und wissen nicht worauf diese abzielt, da diese in der gegenwärtigen Situation irrelevant scheint.

B1: ja, da wird man dann vielleicht gefragt, ne, und das wäre dann wieder so die Situation so wie "na wer ist denn die Mutter" so das krieg ich halt ganz oft mit, da wird diese Frage gestellt, und das find' ich total doof, weil wir sind beide Mutter, aber die wollen natürlich wissen, wer ist die leibliche Mutter, wobei ich manchmal nicht weiß, warum die das wissen müssen, also, wofür ist das wichtig? (2BR_fertig: 210 - 210)

6.3.1 Unangenehme Fragen erfahren

Den gleichgeschlechtlichen Paaren werden in unterschiedlichen Situationen oft persönliche und intime Frage gestellt. Die Frage nach dem leiblichen Vater/ Erzeuger oder der leiblichen Mutter sowie dem genauen Entstehungsprozess der Schwangerschaft werden als übergriffig empfunden oder die Fragen wirken

Darstellung der Ergebnisse

irritierend. Einige der Befragten fühlen sich durch diese Fragen zur Rechtfertigung gezwungen.

B: Wir hören immer wieder, ja und was macht denn die Mutter. Und dann erkläre ich immer, es gibt eine Eizellspenderin, das ist eine Frau und es gibt eine andere Frau, die das Kind ausgetragen hat, das ist die Leihmutter. Und beide, also in [Name des Auslands] würden es beide als sehr übergriffig empfinden, wenn wir sie als Mutter bezeichnen würden. Weil das ist nicht das Rollenverständnis was wir haben und da würde auch keiner auf die Idee kommen. Weil das, ich weiß nicht ob klar definiert ist, aber es ist eben auch etabliert da. Viele kriegen das nicht hin hier, also weil das auch durch Erläuterung und erklären, wir gemerkt haben das ist so fremd. Man dringt da nicht so richtig durch. Und das ist schon das mit unter uns suggeriert wird, so da fehlt eine Mutter. In dem Sinne, das, gerade bei Älteren, die haben so die Sorge: Könnt ihr das denn überhaupt? (8BO fertig: 29 - 29)

B2: Und in der Klinik war das eher so, das die offiziell immer sehr neutral waren und ähm aber irgendwann ähm haben wir nicht noch irgendwas gesagt? Ja sie sind ja schon total neugierig, sie haben schon irgendwie darüber gesprochen, wer denn jetzt der Vater ist oder irgendwie keine Ahnung es war plötzlich so.. (6FA fertig: 48 - 48)

B1: Ja also diese Standard Frage fällt mir noch ein, die finde ich auch schon bisschen unangenehm, nach den Vorerkrankungen des Vaters und ähm immer wieder erklären zu müssen, dass es keinen Vater gibt finde ich schon auch eine lästige und unangenehme Frage. (7KO fertig: 80 – 80)

B2: Klar vielen sind da schon irritiert und gucken erstmal, entweder wir klären das dann auf in dem Moment, wenn wir merken das ist jetzt notwendig oder wir lassen das auch teilweise so stehen. Weil ähm das geht ja auch nicht immer jeden was an, nee. In dem Kontext schon, also ich erinnere mich an ein Situation, da gings glaube ich um die Dammschnitt Versorgung nachher und da ähm und musste auch irgendein Dokument ausgefüllt werden mit ähm mit ähm Angehörigen, da hatte ich mal einen Arzt, das weiß ich noch, der war so ein, ja, bisschen unfreundlich, aber der war die ganze Zeit unfreundlich. Und dann kam das so als Tropfen auf den heißen Stein noch oben drauf ähm wer ist denn jetzt die oder wie heißt den der Vater ähm wer ist denn jetzt der Vater...keine Ahnung, Ich sage keine Ahnung, es war eine künstliche Befruchtung. Nee, da habe ich mich so ein bisschen rechtfertigen müssen, wie denn mein Kind zustande gekommen ist. das fand ich einmischen pampig halt, ne. (3EA fertig: 93 – 93)

B2: Weil wenn's jetzt gerade um die Versorgung dann ja auch ging, ähm das war glaube ich eine Nachuntersuchung, aber ja dann ist man dann immer so ein bisschen im Zwiespalt, ne. Beziehungsweise auch ein bisschen irritiert und das dann ähm wissen wollen und dann in der Form wissen wollen. (3EA fertig: 95 - 95)

B1: Also...wirklich bis auf den einen Arzt kann ich mich nur an positive Erfahrungen erinnern. Oder auch an Interesse, ne, das sie dann wirklich aus Neugierde und Interesse weiterfragen, gar nicht mal also ähm aber dann in dem Moment auch merken, oh eigentlich überschreite ich da eine Grenze, weil das ist privat. Ich frage ja auch nicht nach den Stellungen im Bett jetzt von irgendwelchen Paaren, wie sie ihr Kind gezeugt haben, aber ähm ... (3EA fertig: 104 – 104)

B1: nee, eigentlich nicht. Das einzige wo ich ganz kurz mal gestoppt habe, als der Arzt in der Kinderwunschklinik gefragt hat ob ich die Insemination vornehmen will, damit ich auch mein Teil dazu beigetragen haben. Das war erstmal so, wo ich gedacht haben ÄÄ, ja ich habe es dann gemacht, aber das war das einzige, das war so, so unverhofft. Ja das war so, man hätte es vorher kommunizieren können,, darauf war ich nicht vorbereitet. Das war das einzigsten was mir jetzt so spontan einfällt. (5KR fertig: 113 – 113)

Einige intime und persönliche Fragen werden dabei nicht als unangenehm empfunden und relativiert, da sie als ganz offen erlebt wurden.

B1: Also ich war dann vier Tage im Kreissaal und habe alle Hebammen kennengelernt, ich glaube wir waren ähm Gesprächs- Stoff. Und das war kurz vor der Geburt oder nach der Geburt. Genau (Zustimmendes Nicken der Ehefrau) Ja dürfen wir sie denn jetzt schonmal

Darstellung der Ergebnisse

fragen. Ja wie ist das denn jetzt zu Stande gekommen? Aber auf eine ganz süße Art, also das war nicht irgendwie blöd und so. (6FA fertig: 49 - 49)

B2: Der Arzt hat dann Manchmal dann noch gefragt wissen sie wer der Vater ist, oh hat sich dann auch immer so auf die Zunge gebissen. Das fand ich eigentlich einen offenen und direkten Umgang, das war cool. (7KO fertig: 79 - 79)

B1: aber alles was wir an weiblichem Personal kennengelernt haben danach hat auch ganz oft gefragt, also ich glaube jede von den Hebammen die wir hatten hat gefragt, nicht, wie ist er da reingekommen, aber so vom Prinzip her, schon so "es ist ja schon spannend, welchen Weg sind Sie denn gegangen und so" ne, die waren ganz interessiert alle (1BO_fertig: 301 - 301)

B1: also unsere Frauenärztin hat mich tatsächlich ganz am Schluss, bei der ersten Geburt, einmal, aber das hat sie sehr sehr vorsichtig, also wirklich, ganz süß, so, man hat gemerkt, das ist ihr sehr unangenehme, aber das hat sie einfach sehr interessiert, meinte sie, darf ich mal fragen, also wirklich ganz vorsichtig, nachgefragt wie wir das gemacht haben ähm, und, mir aber völlig freigelassen, ob ich darauf antworte oder nicht. also das hat sie wirklich, also das fand ich völlig in Ordnung. (2BR_fertig: 36 - 36)

6.4 Hürden belegend

Die Paare erleben unterschiedliche Hindernisse auf ihrem Weg zur Familienwerdung, dabei spielt die Zeit der Kinderwunschbehandlung und die damit einhergehenden Notwendigkeiten eine zentrale Rolle und werden als belastend und ungerecht erlebt.

B1: Also was mich ein bisschen geärgert hat war in dieser Kinderwunschklinik, dass wir unbedingt Rechtsberatung nehmen mussten ansonsten hätte uns die Kinderklinik nicht weiter behandelt. Nicht dass ich das von den Rechten, das ist wichtig und das gehört dazu, aber da haben wir fast genauso viel bezahlt wie für die Insemination an sich, nur für die Rechtsberatung. Nur um irgendeinen Stapel doppelseitig ausgedruckte Blätter ausgehändigt zu bekommen ähm ohne, dass wir halt nicht hätten weitermachen können, das hat mich so ein bisschen geärgert. Weil jeder Depp kann sich fortpflanzen und die kümmern sich nicht um die Kinder und [Räuspern] ähm einen werden Steine in den Weg gelegt [...] (5KR fertig: 88 – 88)

B1: Achso praktisch nach Dänemark oder Holland selber zu fahren zu den bestimmen Zeitpunkten, das ja dann zeitlich immer ein bisschen schwierig ist, war das jetzt hier am nächsten (4Ko fertig)

Die rechtliche Handhabe bei ungeklärter, sich stets wandelnder rechtlicher Situation in Deutschland fördert Frust und Diskriminierungserleben bei den Befragten sowie Abhängigkeiten von den behandelnden Ärztinnen, dabei kommen sich einige *halblegal* vor.

B2: Und das haben die schon, naja, man kam sich immer so halblegal vor, aber es war ja immer mit allen Unterschriften und hinterher kannten die mich auch schon. Also wir haben auf die Weise sieben Versuche gemacht und ab dem vierten Mal musste ich dann nicht mehr jedes Mal quasi 5 Unterschriften leisten und meinen Ausweis kopieren lassen. (4KO fertig: 20 - 20)

B2: [...] würde ich einfach nur sagen. ähm, weil es geht ja dann auch weiter was Kinderarzt, Gesundheitssystem betrifft, ähm das ich keine rechtliche Handhabe. Wenn [Name der Geburtsmutter] was bei der Geburt passiert wäre, wenn irgendwelche Eventualität passierte, man arbeitet selber im Krankenhaus, man weiß das jederzeit irgendwas sein kann, ich kein Anrecht auf dieses Kind habe, was ich als mein Eigenes definiere. Sie trägt meinen

Darstellung der Ergebnisse

Nachnamen, da nee, also das fühlt sich schon wo ich denke so, ok. Wir haben das jetzt mit dem Kinderarzt gut geregelt, wir haben die Vollmacht abgegeben und die haben mich kennengelernt und dann ist das auch für die in Ordnung, aber das ärgert mich einfach (5KR fertig: 88 – 88)

B2: Ja. Ja, man ist zusammen, man zieht die Kleine zusammen groß, aber wenn es um irgendwelche Fragen geht hat man gar keine Handhabe, gerade was medizinische, Gesundheit und so angeht. Ne, und das finde ich einfach irgendwie daneben (5KR fertig: 90 - 90)

Die Hindernisse werden auch emotional verarbeitet und zeigen eine Komplexität der Abhängigkeiten mit Nachwirkungen in der Erlebensdimension.

B1: jaja, definitiv, aber da waren ebenso Sachen, wo Du gedacht hast, ja das ist irgendwie nicht gerecht im System. Diese finanziellen Nummern da, was das mit ner Familie macht, wenn Du halt wirklich alle Wege gehen willst, ne (1BO_fertig: 236 - 236)

B2: Ja, es war, boa, eine sehr anstrengende Zeit. Habe ich so in Erinnerung. Also ne weil ich dachte so ja ähm, es war halt ähm sowie so schon schwierig für uns. # (4KO fertig: 13 - 13)

B2: Ja das war halt in der Zeit wo man sowieso unsicher ist, was man überhaupt machen will, man muss dann die Entscheidung auch selber treffen und die hat man dann vorher auch noch nie selber getroffen [Lachen] und wenn dann ein Arzt kommt, der einem da reinredet und ähm das irgendwie kritisiert für was man sich eigentlich entschieden hat, dann ist man halt sehr verunsichert. (6FA fertig: 10 – 10)

B 1: Also beim zweiten Mal hatte ich so richtig keinen Bock dahinzugehen, da war ich. I: Vorbereitungskurs jetzt? B 1: ja, da dachte ich so: nee, jetzt schon wieder da so- (2BR_fertig: 88 – 90)

6.4.1 Ausgeschlossen sein

Die Familien sind von vielen Möglichkeiten der Kinderwunschbehandlung ausgeschlossen und haben damit keinen Zugang zu Ressourcen, welche theoretisch zur Verfügung stehen. Der Ausschluss ist auf die rechtlichen Lage zurückzuführen, also auf die Tatsache, dass gleichgeschlechtliche Paare Behandlungen selbst zahlen müssen und Kliniken keine Handhabe sehen, und er bedeutet für die Paare einem Zwang zum radikalen Umdenken und Hinterfragen von Lebensperspektiven. Die Paare erleben Abhängigkeit und ein Hoffen auf das Wohlwollen der Behandelnden.

B1: Nee, bei uns nicht. Nein. Die haben die Labortest und die ganzen Voruntersuchungen übernommen, aber die Insemination an sich, wir hatten ja keine in vitro sondern eine Insemination ähm die mussten wir dann halt selber bezahlen. (5KR fertig: 20 - 20)

B2: Also ihn haben wir auch dann auch speziell auf die Insemination angesprochen, B1: Genau, bevor alles stattgefunden hat, haben wir ihn auch erstmals eingeweiht. Klar. Und ihn darum gebeten quasi, aber hat ja dann gesagt nee, B2: Er hat sich dann erkundigt, weil es rechtlich in [Bundesland] ist und hat dann halt festgestellt, B2: Festgestellt, dass er sich da in eine prekäre Situation bringen könnte, sprich es ist eine Grauzone in [Bundesland] (3EA fertig: 20 - 24)

B2: und das fanden die selber auch tatsächlich blöd, ja. das sagte sie, das kann sie rechtlich nicht machen, weil das so ne Geschichte ist, dass die nur in Kombination mit diesen Samenbanken diese Insemination machen dürfen, obwohl sie es total bescheuert fanden, weil der Spender ja auch der Vater unseres ersten Kindes ist, und auch der Vater unseres zweiten gewesen wäre. (1BO_fertig: 224 - 224)

Darstellung der Ergebnisse

B2: Ja, ja wir waren ja im Prinzip davon abhängig, also es war auch schon, es war mehrere male so, dass die Frau von der Samenbank dann meinte, ich kann ihnen das nicht 100% zusagen, weil ich zuerst quasi die Großkunden bediene, das sind die Kinderwunschzentren, aber zu den hatten wir ja keinen Zugang. (4KO fertig: 24 - 24)

Den Männerpaaren bleibt der Zugang zum leiblichen Kind in Deutschland gänzlich verschlossen. Damit müssen die Paare Informationen und Behandlungen im Ausland suchen und damit sehr weite, kostspielige und emotional anstrengende Reisen auf sich nehmen.

B: Ich muss aber auch dazu sagen, das meiste an Informationen haben wir uns im privaten Kreis eingeholt von Freunden, Bekannten oder Empfehlungen. Und dann, und dann haben wir viele Informationen eingeholt direkt in [Landname], also das ist eigentlich bei uns das wichtigste gewesen. Wir haben eine Veranstaltung in [Ortsname] besucht, wo sich eine Fruchtbarkeitsklinik aus [Ortsname- Ausland] vorgestellt hat. Und da war halt ein Ansprechpartner für Europa, den haben wir ständig kontaktiert. Der hat uns da ständig weitergeholfen, aber das war als wir uns schon entschieden haben das in [Ortsname-Ausland] zu machen. (8BO fertig: 7 - 7)

6.4.2 Ein langer Weg

Die Befragten müssen oft einen langen und umständlichen Weg gehen. Dies zeigt sich auf der Suche nach behandelnden Praxen, Kliniken, Ärztinnen, Hebammen und Informationen. Auf Grund der Ablehnungen und Ausschlüsse entstehen damit lange und umständliche Behandlungswege, welche auch auf mehrere Praxen und Behandelnde aufgeteilt werden. Teilweise werden Behandlungen im Prozess abgebrochen und der Weg beginnt vom Neuen für das Paar.

B2: Also der Lieferant für die Praxis und ich bin dann da immer hingefahren und habe den Container geholt morgens, wir haben die Insemination gemacht und danach haben wir den Container zurückgebracht. B2: Das hing damit zusammen, dass die Ärztin nicht wollte, dass der Samen zu ihr ähm geliefert wird. #00:04:11-2# (4KO fertig: 18 - 18)

B2: Nee, als ich mich da auch umgehört habe, da bin ich über [Ortsname] nach [Ortsname] gekommen, weil ähm ich einfach rumtelefoniert habe in [Ortsname des Wohnortes] in [Ortsname], also die Größten, die mir einfielen, aber die haben mich alle abgelehnt, aber der eine hatte mich nach [Ortsname] verwiesen und die haben mir dann gesagt sie machen das zwar auch nicht, aber die [Ortsname] würden es machen. Gut dann ist das für uns ein Katzensprung gewesen, weil die Eltern von meiner Frau leben in [Ortsname], da konnten wir auch schlafen (unv.) dann sind wir quasi auf einem Rutsch wieder zurückgefahren. (5KR fertig: 22 - 22)

B2: Und deshalb hat er das abgelehnt, hat aber gesagt, wenn es jetzt um uns und Vorbereitung und Medikamente geht, wäre er total offen und würde uns unterstützen wo er kann. Und das hat er auch getan, er hat so viel Ultraschalls gemacht, (Alle lachen), ich meine der liebte das eh so mit dem Ultraschall und das war für ihn kein Problem, das das zwei Frauen sind. (3EA fertig: 26 - 26)

Für die Paare entsteht oft eine zeitintensive Suche und lange Wege, welche sie in Kauf nehmen müssen.

B1: Also ähm und ähm das wir so dass wir entschieden haben nicht über eine ausländische Samenbank zu gehen und wir haben entschieden nicht in Holland den Kinderwunsch zu realisieren und damit war es nicht so leicht. Wir dachten eigentlich, dass es hier in [Ortsname des Wohnortes] nicht so problematisch ist, aber die Kinderwunsch Praxen haben, also die

Darstellung der Ergebnisse

wir angefragt haben und schon einfach abgelehnt ähm und ähm wir haben dann über ja über ja [Name einer politischen Selbstorganisation], sagt dir wahrscheinlich auch etwas, der Krabbelgruppe und haben dann da gefragt, (4KO fertig: 9 - 9)

Es entsteht Wut und Enttäuschung bei den Befragten über lange Wege durch Ablehnungen

B1: Dann hat sie sich ja verweigert. Die Samenbank hat dann gesagt, ich habe denen geschrieben, weil wir echt ähm wütend waren und enttäuscht und gar nicht wussten wie es weitergehen soll haben wir halt der Samenbank geschrieben, wenn sie mal eine diskriminierungsfreie Praxis kennen ähm dann sagen sie uns Bescheid. (4KO fertig: 50 - 50)

6.4.3 Suche nach interessenbasierten Angeboten

Die meisten Paare vermissen ein spezielles Angebot, in welchem sie sich als Regenbogenfamilie gesehen fühlen und damit ein Angebot für ihre speziellen Bedürfnisse.

B1: Na, das war schon alles eher so anders. Das war nicht so dass man sich als Regenbogenfamilie gesehen gefühlt hat. Ich bin zum Beispiel total neidisch, dass es zum Beispiel in [Ortsname] total das geile Regenbogenfamilienzentrum gibt. Dass es bei uns noch nicht gibt, wo ich mich auch für einsetzten, dass es das irgendwann mal gibt. Aber sowas gibt es in der ganzen Region nicht. Finde ich sehr schade, dass es das eben nicht gibt. Aber es gibt halt andere Sachen, wir sind ja in dieser Regenbogengruppe. Also so selbstorganisierte Sache gibt es schon, aber so in diesem Bereich eigentlich nicht. (6FA fertig: 102 - 102)

B: Aber ich hätte mir das gewünscht. Das wäre toll gewesen, wenn es da was gegeben hätte (8BO fertig: 47 - 47)

B: Da habe ich danach geguckt. Da habe ich gesucht, aber ich habe kein Angebot gefunden. Da war das Angebot für lesbische Paare habe ich gefunden, die vor der Entbindung stehen. Aber das war nicht unsere Situation, damit wars für mich nicht attraktiv. (8BO fertig: 45 – 45)

Die Heteronormativität von Geburtsvorbereitungskursen oder Babymassagen sowie anderen Kursen im Kontext von Schwangerschaft und Babypflege wird retrospektiv erkannt, sodass sich der Wunsch bei den Eltern entwickelt, eine Wahl im Vorhinein gehabt zu haben.

B1: Ich ähm die Wahl zu haben wäre gut gewesen, mir wurde das erst wirklich bewusst als wir dahingegangen sind und ich da saß und dachte so: Hmm und jetzt sitze ich mit den ganzen Männern. War okaaaay ähm eher finde ich das noch ähm ich wollte unbedingt einen Babymassagekurs machen und es gab dann halt einen Babymassagekurs für Väter und Babymassage und dachte ich so, ja okay, wenn da die Mütter auch hingehen, die das Baby auch geboren haben, dann bin ich da irgendwie ...ja habe ich nicht und Babymassage nur für Väter, das fand ich dann komisch (4KO fertig: 114 – 114)

B1: Weil jetzt in der Familienregenbogengruppe kommt es jetzt, dass wir das so nachgelagert machen. Also da gibt es noch eine Mutter, die in der gleichen Kinderwunschpraxis halt war und wir uns so austauschen können. Und da merke ich dann schon, wenn wir das halt schon im Vorfeld gehabt hätten, das wäre schon toll gewesen, sich da mehr auszutauschen. Wir waren eigentlich die ersten bei uns im Freundeskreis. (6FA fertig: 106 - 106)

Die meisten Angebote und Informationen erhalten die Paare aus der eigenen Community, in politischer Selbstorganisation, oder durch Zufall.

Darstellung der Ergebnisse

B1: Also wir haben uns schon nach der ganzen Sache eine Anwältin gebraucht, zum Sichten was wir letztlich brauche. Nicht dass wir 20 Tausend Sachen bezahlen müssen sondern das gebündelt nur einmal. Die hat uns sowas gesagt, das war die einzigste die uns darauf hingewiesen hat, dass es solche Angebote gibt, weil sie ganz ganz viele gleichgeschlechtliche Paare Unterstützung und Regenbogenfamilien vertritt, aber ähm auf Grund dessen, dass ich nicht so dieser Typ bin mit Babyschwimmen und Massage und Haitaitai, ähm kam das für uns nie groß irgendwie in Frage. Auch Babyschwimmen war ich jetzt auch nicht einmal mit. (5KR fertig: 140 - 140)

B: Ja. Es ist eine sehr weit gefasste Frage. Also Unterstützung und Beratung. Das ist, wenn das die Frage ist, wir waren einmal, es gibt in [Ortsname] den [Name einer politischen Selbstorganisation] das haben wir besucht. Da ging es darum, auf welche Art und Weise wir ein Kind bekommen. Also, Coparenting oder Adoption oder Dauerpflege oder halt Leihmutterchaft. Da haben wir eine Beratung bekommen, dann waren wir hinsichtlich Adoption und Dauerpflege bei ein paar Veranstaltungen, genau. Also die bereiten quasi darauf vor, wenn man sich entscheidet ein Kind aufzunehmen, als Dauerpflege oder als Adoptivkind, genau das haben wir auch genutzt. Das hieß Familien für [Ortsname], ich weiß nicht genau, aber offensichtlich steckt die Stadt [Ortsname] dahinter. Das war eine Beratung. (8BO fertig: 5 - 5)

B1: Ja also ich habe das gegoogelt und ich war ähm es war gar nicht so einfach das zu finden und letztlich habe ich es glaube ich nur gefunden, weil ich wusste, dass es das Regenbogenfamilienzentrum gibt. Also wenn man einfach nur nach Geburtsvorbereitungskurse sucht, wird man in diesem Fall nicht fündig. I: Gab es das wirklich nur einmal in Deutschland? B1: Ja B2: Es gab das Regenbogenfamilien Zentrum in [Ortsname], mittlerweile gibt es noch eins in München, aber das gabs damals noch nicht. Und dass es das in [Ortsname] gibt wussten wir auch über einen Kontakt und auch weil ich in der Nähe gewohnt habe. Also in der Nebenstraße, deswegen wusste ich dass es dieses Zentrum gibt. (7KO fertig)

B2: Also wir haben ja in [Ortsname] einen Stammtisch gehabt ähm Kinderwunschstammtisch von lesbischen und ähm schwulen Personen und da waren wir aber schon relativ weit in unserer ähm ähm Planung fortgeschritten, so dass wir da eher von unseren Erfahrungen schon berichten konnten ähm und nicht fragen mussten wie gehen wir jetzt vor oder was gehen wir für Wege ähm So das da waren wir da zweimal oder so, aber das fanden wir schon ganz gut dass man sich halt mal austauschen konnte ähm Ja was machen die anderen, wie gehen die vor, was sind die Vor und Nachteile. Einfach zu diskutieren, da waren auch ganz andere Konstellationen natürlich vertreten, mit ähm mit ähm zwei Männern und einer Frau, die dann ein Kind geplant haben und und und. Und da wurde uns auch immer mehr klar das ist unser Weg, andere Wege kommen für uns nicht in Frage und und und, wenn dann auch schon welche von der Erfahrung mit den ähm Spendern gesprochen haben, die dann jedes Wochenende auf der Matte stehen und dann die Beziehung gefährden und dann da zwischenfunken und ähm Vatergefühle entwickelt und da wurde uns dann auch klar: Nee ok das auf keinen Fall. Also wir wissen wer der Vater ist, deswegen haben wir einen Yes Spender, aber ähm alles andre kam für uns nicht in Frage. Weil wir haben das Kind. Und nicht Jemand... (3EA fertig: 114 – 114)

Spezielle Angebote und Ratgeber, welche die Bedürfnisse von Regenbogenfamilien aufgreifen, werden teilweise von den Paaren gesucht. Die Suche zeigt die Unsichtbarkeit von Regenbogenfamilien in Deutschland in pflegerischer, wissenschaftlicher und medizinischer Literatur und Angeboten des Gesundheitswesens.

B2: Ganz viel für starke Mädchen und Frauen und Gewaltprävention, aber es gibt ganz sicher nix für Regenbogenfamilien. (7KO fertig: 115 - 115)

B1: Ja, das meinte ich auch. Und was ich auch noch sagen wollte zu, das war glaube ich eine andere Frage, die du gestellt hast zu Informationsmöglichkeiten, dass wir viel Gebrauch gemacht haben von englischsprachiger Literatur in Bezug auf zum Beispiel Schwangerschaftsratgeber für Regenbogenfamilien in deutscher Sprache waren vor vier Jahren zumindest in deutscher Sprache nicht erhältlich. Zum Thema Co Stille gab es nicht was auf Deutsch erhältlich war, also wir haben uns dann viel aus den USA bestellt. Weil die

Darstellung der Ergebnisse

deutsche Publikationslage war, ich weiß nicht ob sie das noch ist. Aber zumindest vor vier Jahren. (7KO fertig: 171 - 171)

B1: Das ist hier einfach nicht so verbreitet, man hätte dann irgendwie ewig fahren müssen. [Räuspern] (3EA fertig: 113 - 113)

B2: Ja oder das man das zumindest miterwähnt in den Beschreibungen, man könnte ja zum Beispiel schreiben Babymassage für Partner und Partnerinnen. Also so dass ja das wäre ja schon. Das würde ja schon ausreichen um das so ein bisschen zu öffnen. So ne, vom Blickwinkel her. (4KO fertig: 118 - 118)

B2: da würde ich mir das schon anders wünschen, und ich glaube auch, dass das sich vielleicht auch diese Broschüre an sich verändern würde, wenn die Partner*Innen mitdenken, denn ich glaube, dass die Menschen, die sowas schreiben, immer von dem unbeholfenen Typen ausgehen, der da dann [unverständlich, überlappend] erstens sind die das gar nicht immer, aber zweitens würden wir vielleicht nochmal alles - auch ne Frau - äm, also vielleicht würde das auch inhaltlich sogar irgendwie was ändern. (2BR_fertig: 134 - 134)

6.5 Anderes sein

Einige Paare erleben die Behandlung, Beratung und Versorgung im Setting des Gesundheitswesens als „normal“ und können keinen Unterschied beschreiben.

B2: Also ich muss sagen, ich hatte gar kein Gefühl, dass es irgendwie anders beurteilt wurde durch unsere Gynäkologin, die war mit diesem Thema vertraut. Wir haben auch im Vorfeld mit ihr gesprochen, ob sie uns vielleicht weiterhelfen könnte (seufzt) auch die Kliniken wo wir jetzt waren zur Vorstellung oder so, die hatten auch überhaupt keine Probleme mit gehabt mit dem Thema, das war eigentlich nie ein Problem für uns gewesen. Weder in der Schwangerschaft noch während der Geburt noch, nee gar keinen negativen Erfahrungen (5KR fertig: 38 - 38)

B1: Nee, eigentlich nicht. Also wir wurde, wir wurde, eigentlich immer genau behandelt als wenn das normal wäre (5KR fertig: 46 - 46)

Die Mehrheit der Regenbogenfamilien werden im ganzen Prozess rund um das Thema Kinderwunsch, Schwangerschaft und Geburt „anders“ behandelt oder als „nicht normal“ wahrgenommen und benannt. Dabei erleben die Regenbogenfamilien irritierte Reaktion, Neugier und auch Ablehnung vom Personal des Gesundheitswesens.

B2: Noch ein Unterschied den wir hatten war, dass ähm wir die Männer die Samen gespendet haben mussten aktiv ankreuzen dass sie ihren Samen auch für ein lesbisches Paar zu Verfügung stellen und wurden meiner Meinung nach auch Aufgeklärt, dass es eben dies Gesetztes Lage und diese Unsicherheit gibt. genau und deswegen. Wir hatten eine konkrete Auswirkung, also was total toll war bei der Praxis, ist das wir den Samen selber aussuchen durften. Wir haben dann eben ein Blatt bekommen mit ähm den potentiellen Spendern, die das angekreuzt haben, dass sie auch für Lesben spenden, aber das war eine überschaubare Zahl und dann konnte man eben an so ja diese anonymisierten Daten auswählen. (6FA fertig: 25 - 25)

B2: Also ich habe so das Gefühl, das das nicht aktiv ausgesprochen wurde, also ich das das, ich fühle mich jetzt nicht richtig diskriminiert oder so, also in dem Sinne was machen die denn hier, ähm aber (6FA fertig)

B1: man merkt schon, dass die Ärzte da nicht so oft im Kontakt sind. Wir haben jetzt aber auch keinen Vergleich, ne? (6FA fertig: 64 - 65)

B2: Ich habe jetzt gerade eine Erfahrung gemacht vor ein paar Monaten, die in der gleichen Praxis arbeitet wo wir damals schon mal waren, aber eine andere, nee auch die gleiche

Darstellung der Ergebnisse

Ärztin, die [Name der Geburtsmutter] betreut hat und ich unsicher war mit wie lange und mit was muss man eigentlich rechnen, wie viele Versuche soll man machen ist es normal? Und dann hat sie den Satz gesagt [Lachen] ähm ja selbst bei ganz normalen Leuten ist ein Jahr ganz normal. Das war eine Erfahrung, die mir sehr nah gegangen ist, weil so ok wir sind nicht normal. (7KO fertig: 43 – 43)

B2: Gut als wir angefangen haben, andere Paare, die gucken dann natürlich erstmal und sind irritiert, manche aber fragen auch nicht, weil sie davon ausgehen meistens, dass die Freundinnen sind, die da sitzen nicht immer haben wir das Bedürfnis das zu klären, manchmal dann aber schon. Also, wenns um die, um die Hebamme jetzt natürlich ging, dann mussten wir das klären, wollten wir das klären, aber auch da haben wir das Gefühl gehabt, dass sie das positiv aufgenommen hat, dass sie da kein Problem mit hatte. Sie hat das offen kommuniziert, (3EA fertig: 16 - 16)

B: Wir mussten dann aber auch zum Ultraschall für die Hüfte und zum Ohrenarzt. Und Ohrenarzt, da war das auch gar kein Problem, beim Ultraschall der Hüfte, da hatte ich den Eindruck die sind damit überfordert. Die fanden das komisch. Also die waren sehr skeptisch, die haben das so hingenommen, aber das war jetzt keine. Ich habe das als etwas ablehnend empfunden. (8BO fertig: 25 - 25)

Die Erfahrung „Anders zu sein“ erfahren viele der Paare auf der Ebene der umgekehrten Diskriminierung. Sie berichten von einer Sonderbehandlung und einem besonderem Mitfiebern des Personals.

B2: Ich fands sogar teilweise, dass in unsere Gynäkologen Praxen eigentlich sogar die Sprechstundenhilfe eher mit uns gefiebert haben, als als irgendetwas gegenteiliges zu sagen. Auch wo ich zu dem letzten Ultraschall musste und [Name der nicht gebärenden Mutter] auf der Arbeit war und ich sagte die kommt später, na klar dann schicken wir sie nochmal herein. Also ich fands eher, dass sie mehr interessiert an uns waren als dass sie uns doof gekommen wären. (5KR fertig: 47 - 47)

B2: Ja mit fällt noch ein, das war witzig, bei unserem ersten Kinderarzt, da hatten wir immer so digital die Akte offen [Lachen] und da stand rot und fett Eltern sind gleichgeschlechtlich drei Ausrufezeichen. So das egal wer reinkam direkt wusste, weil das fand ich irgendwie cool. Wenn das ihre Art war damit umzugehen, dass aufzuschreiben. (7KO fertig: 77 - 77)

B1: weil wir wahrscheinlich auch was Besonderes waren, ne, das war halt ne besondere Geschichte, ähm manchmal hat man sich im Nachgang, also auf Grund der Situation besonders, also wir zum Beispiel immer super schnell dran, und wir konnten ganz oft, also der hat so einen Zwischenwartestuhl, und wir konnten ganz oft dahin, und wenn wir zum CTG hinterher gegangen sind, dann saßen wir nie im Wartezimmer. Nee, die haben uns immer direkt durchgewunken (1BO_fertig: 113 - 113)

B1: nee, wir hatten ein bisschen das Gegenteil das Gefühl, dass wir immer so eine gewissen Sonderrolle haben, so ein bisschen als was Besonderes behandelt, das ist ja auch eine Form von Diskriminierung, oder von anders- ähm, anders-bewertung, anders-behandlung ist. äm.. (2BR_fertig: 59 - 59)

6.6 Gesamtverantwortung tragen

Die Paare sehen es oft als ihre Verantwortung das Personal im Gesundheitswesen aufzuklären, ihm Sicherheit zu geben und die offenen Fragen und sich daraus ergebenden unangenehmen Situationen zu erahnen und diesen vorzugreifen.

B2: Nee, nee. Also ich bin eigentlich eher eine Person, die lieber dann darüber reden (Baby weint im Hintergrund) und dass dann klarstellt, bevor man dann über fünf sechs sieben Ecken in den Kopf gesetzt bekommt, was nicht stimmt. Da bin ich eher jemand, der sagt also frontal und direkt zu. Und dann sollte die Sache auch geklärt sein und so war es dann auch letzten Endes, sobald man gesagt ... natürlich auch im welchem Rahmen dessen was man muss ja auch preisgeben möchte, man muss ja auch nicht jeden x-beliebigen alles mitteilen was man nicht will, aber die groben Sachen wo man, wie es gemacht wurde sind

Darstellung der Ergebnisse

ja jetzt auch Geheimnis. Da konnte man auch offen mit den Leuten reden. (5KR fertig: 68 - 68)

B2: Also ich muss ihnen ganz ehrlich sagen, dadurch dass unsere Rollenverteilung in Führungsstrichen schon von Anfang an klar war, war für mich nie ein Thema, dass man das auch anders wahrgenommen hätte und ich glaube mit dieser Grundeinstellung habe ich auch glaube ich gar keine Verunsicherung anderen Leuten gegenüber geboten, so dass ich da überhaupt nicht darüber nachgedacht habe, wie sie uns wahrnehmen würden (5KR fertig: 137 - 137)

B1: Nö, also ich sage von Anfang an schon immer was Sache ist. Ich bin ja jetzt nicht so still. Und ich sage das dann schon immer davor, dass es da keine Sachen gibt. Weil mich hat auch eine Hebamme gefragt, als du da noch nicht ganz zur Geburt wieder da warst, ob mein Mann denn jetzt kommt. Nee, ich habe keinen Mann, aber meine Frau kommt, die andere Mutter. Das habe ich schon gesagt, das weiß ich noch. Ach so, ach so ja ok, Überraschung, weil das erwartet man ja auch nicht immer. Weiß nicht so viele lesbische Geburten gab es ja nicht. (6FA fertig: 77 - 77)

B2:Nee, wir sind da aber auch sehr sehr offen. Uns ist schon klar, dass ähm Leute, wenn sie uns sehen im Hinterkopf haben Oh wie haben die das denn gemacht! Und also und wir erlauben das, dass die Fragen kommen und greifen dem auch schon manchmal von und erzählen einfach. So ja Samenspende, einfach um das Thema aufzumachen und nicht so ein hmmm ja hmmm hatten sie vielleicht doch mit einem Mann Sex, also halt das ganze Kopfkino halt einfach nicht aufkommen zu lassen, sondern direkt zu sagen wie es ist. Und da auch möglichst offen ähm und offen einfach halt mit umzugehen. (4KO fertig: 88 - 88)

Viele der Paare denken in einer breiteren Perspektive, sind engagiert, versuchen auf die rechtliche und gesellschaftliche Situation der LGBT* Personen hinzuweisen und äußern auch ihren Unmut darüber. Sie erfüllen einen gesellschaftspolitischen Auftrag indem sie das oft unwissende Personal aufklären. Damit sind auch zusätzliche Ängste verbunden, welche auf Grund rechtlicher Ungerechtigkeiten erlebt werden.

B2: Weil jeder Depp kann sich fortpflanzen und die kümmern sich nicht um die Kinder und [Räuspfern] ähm einen werden Steine in den Weg gelegt, würde ich einfach nur sagen. ähm, weil es geht ja dann auch weiter was Kinderarzt, Gesundheitssystem betrifft, ähm das ich keine Rechtliche Handhabe. Wenn [Name der Geburtsmutter] was bei der Geburt passiert wäre, wenn irgendwelche Eventualität passierte, man arbeitet selber im Krankenhaus, man weiß das jederzeit irgendwas sein kann, ich kein Anrecht auf dieses Kind habe, was ich als mein Eigenes definiere. Sie trägt meinen Nachnamen, da nee, also das fühlt sich schon wo ich denke so, ok. Wir haben das jetzt mit dem Kinderarzt gut geregelt, wir haben die Vollmacht abgegeben und die haben mich kennengelernt und dann ist das auch für die in Ordnung, aber das Ärgert mich einfach. (5KR fertig: 88 - 88)

Die Regenbogenfamilien stehen auch unter einem besonderen Druck. Sie sind sich oft bewusst, dass sie stellvertretend in einer Situation für die LGBT* Community sprechen oder diese repräsentieren und damit sich damit zu einem gewissen Verhalten verantwortlich fühlen. Das *Anders sein* zeigt sich auch in dem Umgang von Hebammen und Pflegenden mit den Regenbogenfamilien. Dabei werden die Familien mit der besonderen Verantwortung konfrontiert an andere Paare vermittelt zu werden, oder als beratende Person für andere Fälle zu dienen.

B1: ja, schon ein paar Mal, und dann haben wir auch gesagt, kannst denen unsere Nummer geben, oder willst Du nicht mal die Nummer weitergeben "nee die sind nicht so sympathisch für Euch" sag ich "ach so, danke" (1BO_fertig: 290 - 290)

Darstellung der Ergebnisse

B2: Es war von Anfang an auch klar, dass sie adoptieren möchte und ähm das dauerte ja auch ein Jahr, dann waren Menschen von Jugendamt hier. Und auch die waren freundlich und zuvorkommend, auch da haben wir keine schlechten Erfahrungen gemacht, im Gegenteil, nee ähm. Wir wurden dann auch noch vermittelt zu anderen lesbischen Pärchen, ob wir da Kontakt haben wollen, weil so viele Regenbogenfamilien gibt es ja nun mal nicht. Dann haben wir das auch gemacht und so. (3EA fertig: 104 - 104)

Einige Paare erleben Solidarität bei den behandelnden Personen, welche trotz der Gesetzeslage Unterstützungswege finden und sich mit den Paaren solidarisieren. Die Regenbogenfamilien empfinden hier oft eine besondere Dankbarkeit.

B: aber sie haben auch gesagt, sie fänden es selber doof, dass sie nicht inseminieren dürften B1: und ich muss sagen, ich hatte da eine Ärztin, die sich tierisch darüber aufgeregt hat, dass wir alles selber zahlen mussten, und mir dann, ich habe damals (unv.) gespritzt, umm, zur Stimulation, die mir dann einen KH-Pen mitgegeben hat, im Wert von 800Euro, weil sie gesagt hat, den darf sie eh nicht mehr verwenden, der läuft hier ab, das ist ihr Probe-Pen und sie hat diese Woche keinen mehr, sie kann mir den einfach mitgeben, der ist verloren gegangen. (1BO_fertig: 222 - 223)

6.6.1 Strategien der Vermeidung

Um Diskriminierungen oder negativen Erlebnissen vorzubeugen versuchen die gleichgeschlechtlichen Paare zeitintensive Vorkehrungen zu treffen, indem sie sich Behandelnde aussuchen, welche von der LGBT* Community empfohlen werden oder durch werbende Homosexuellenfreundlichkeit auffallen und sich Wege suchen, von denen sie ausgehen, dass diese weniger Widerstände bieten.

B1: Ich meine jetzt nicht von der Ausstattung, sondern von ihrer persönlichen Ausstattung. Also sie war jetzt durchaus nicht immer empathisch, nicht immer besonders toll. Ich weiß ja dass sie selber, sie hat halt auf ihrer Homepage geschrieben, dass sie irgendwie ähm lesbische Paare willkommen heißt, das war ausschlaggebend dass ich mich nicht unwohl gefühlt habe, aber jetzt rein Zwischenmenschlich fand ich sie nicht der Burner oder so. #00:02:12-6# (7KO fertig: 14 - 14)

B1: Ich würde sagen, dass die [Name der Klinik] Situation, in die wir ja unfreiwillig innerhalb von Minuten reinkatapultiert wurden, die einzig wirkliche ähm Erfahrung ist wo wir nicht vorher durch Engagement auch haben ausschließen können, dass etwas unbequemes und ablehnendes entgegen schlägt. weil alles andere haben wir halt immer auch schon so angelegt und vorgefühlt, damit nach Möglichkeit uns das auch nicht passiert. Also nicht, dass man es dadurch ausschließen könnten, aber da spielt auch bei jedem Schritt auch schon Energie drin um das zu verhindern. Und das war eigentlich nur in dieser [Name der Klinik] so, dass wir so jetzt in einer Situation ausgeliefert waren, einfach so (7KO fertig: 93 - 93)

B2: Ja ich denke auch nach, weil ich finde, dass das persönlich für mich ist das ein schwieriges Thema, weil ich immer zu ähm ich versuche oft dass es nicht passiert, dass ich komisch behandelt werde. Ich kann das nicht genau sagen, aber da ist irgendeine quasi so eine Angst vor einer Verletzung, dass ich versuche alles dafür zu tun, dass das nicht passiert, deswegen ist es für mich schwer die Frage zu beantworten. Weil ich habe wahrscheinlich alles dafür getan, dass es nicht passiert. (7KO fertig: 143 - 143)

B2: Ähm, das haben wir eigentlich überhaupt nicht genutzt, also (..) dass alles auf privatem Wege gemacht, von vornherein, weil der Vater ja präsent sein sollte, und unterstützt gefühlt - ja, also, mir war eigentlich klar, dass man da keine große Unterstützung kriegt, deswegen B 2: genau, deswegen haben wir es auch eigentlich gar nicht genutzt, nee, also. (2BR_fertig: 22 - 24)

Darstellung der Ergebnisse

Viele Paare geben an Fragen zu beantworten, welche sie teilweise als zu direkt oder unnötig empfinden, weil sie einerseits eine Abhängigkeit erleben von den Behandelnden Personen, andererseits die Personen nicht *stehen lassen* wollen.

B2: Ja. Gut wir hätten auch sagen können geht sie nix an. B1: Aber wir brauchten ja seine Hilfe, da konnten wir ja nicht sagen, B2: Ja natürlich brauchten wir seine Hilfe, aber es gibt ja auch andere Begegnungen, jetzt zum Beispiel beim HNO..., (3EA fertig: 28 - 31)

B2: Klar vielen sind da schon irritiert und gucken erstmal, entweder wir klären das dann auf in dem Moment, wenn wir merken das ist jetzt notwendig oder wir lassen das auch teilweise so stehen. Weil ähm das geht ja auch nicht immer jeden was an, nee. (3EA fertig: 93 - 93)

Einige Paare empfinden es auch als Entlastung sich nicht erklären zu müssen, auch wenn sie dabei nicht als gleichgeschlechtliches Paar erkannt werden.

B2: Wenn man jetzt uns als Paar sieht, würde man auch im ersten Blick die [Name der nicht gebärenden Mutter] nicht als Frau einordnen, was natürlich die Sache manchmal auch einfacher macht, weil man gar nicht so auf das Thema einsteigt. Dann kommt dann auch gar nicht viel zurück von den Leuten. Was finde ich, was sehr angenehm ist, was so ähm abgesehen davon das vielleicht auch so nichts gesagt hätten, ist es für uns schon einfach. (5KR fertig: 41 - 42)

6.6.2 Wegbereiterin/ Wegbereiter sein

Einige der Befragten denken im Erleben und Agieren auch an die Regenbogenfamilien und gleichgeschlechtlichen Paare, welche nach ihnen behandelt werden. Sie engagieren sich damit für Aufklärung und Sichtbarkeit und denken an Alternativen.

B2: Das einzige, was mir noch einfällt, ähm es gibt ja auch durchaus Ärzte, das ist so uns gegangen im Kreissaal direkt, die nicht aus unserer Kultur stammen und die ihr ihr Pj hier machen oder was auch immer, und das halt aus Ländern kommen, wo das nicht so der Fall ist, das das vielleicht auch nochmal an der Universitäten wo die dann auch herkommen ein Thema ist, weil wir hatten einen Menschen der kam aus irgendwo aus Afrika würde ich sagen, der hatte es mit der Kommunikation nicht so auch uns nicht gegenüber, kann sein dass das seine Art war, aber ..B1: Das ist ein Ausbildungsproblem B2: Ja ist es aber letzten Endes gehört das mit zum Gesundheitswesen. Letztendlich wird man nicht nur von einem betreut, sondern es gibt ja durchaus Schichtdienste, die nicht andere Ansichten und gleicher Meinung sind, aber das müsste dann aber auch schon bei allen irgendwo auch gesagt werden, dass es das auch gibt. Dass man nicht in Situationen kommt, wo man da nicht mehr umsteuert kann. Mir ist es egal, ich sage meine Meinung, oder [Name der nicht gebärenden Mutter] hat ihn unsere Meinung gesagt und das ist für uns erledigt, aber wenn man halt nicht so gefestigt ist kann das schon zu Problemen führen, weil man sich rechtfertigen muss. (5KR fertig: 176 - 176)

B: Genau, wir freuen uns immer, wenn wir Aufklärungsarbeit leisten können, aber ja ne. Und nicht aber. Und es ist für viele auch schon spannend, ist halt exotisch. (8BO fertig: 33 - 33)

B2: Ja es war halt es war halt von den Kinderwunsch Praxen, wobei die Samenbank aber von Anfang an sehr offen und kooperativ war. Und auch sehr interessiert daran war mit welcher Praxis wir zusammengearbeitet haben, weil die schon auch scheinbar auch mehrere Frauenpaare hatten und die Information auch dann gerne weitergeben wollten. (4KO fertig: 15 - 15)

Als Wegbereiter*innen erleben die Befragten auch direkte Konfrontationen und Drohungen, welche zeigen, dass sie die LGBTQI* Community auch ihrer persönlichen Behandlung repräsentieren.

Darstellung der Ergebnisse

B2: Nein, weil die ganz große Problematik, die damals noch war, war dass das Samenspendegesetz noch so sehr offen formuliert war und da dieses Gerücht oder mache Leute haben ja behauptet, dass man eventuell den Arzt auch auf Unterhalt verklagen könnte. Es war sozusagen eine Rechtslücke, weswegen es ja viele Ärzte nicht gemacht haben und er hat es ja gemacht und er wollte halt, hat uns ins Gewissen geredet, dass wir das es schon ein große Verantwortung ist, die auch auf uns liegt, dass wir uns schon bewusst sein müssen, dass es schon ein großer Schritt ist und ähm das halt finanziell abgesichert sein muss ähm und das das schon eine ernste Sache ist. Und vor allem, er hat dann auch nochmal gesagt, dass uns schon sehr bewusst sein muss, wenn wir diese Gesetzes Lücke dann irgendwann ähm mal ausnutzten, nicht ausnutzten aber, wenn wir in irgendeiner Form vor Gericht gehen und den Samenspender oder den Arzt versuchen Unterhalte einzuklagen, dass dann ähm das dann kein Arzt mehr in ganz Deutschland mehr machen wird und das wir das auf keinen Fall machen sollen. (6FA fertig: 21 - 21)

B1: und sie kann das auch, also ich glaube wir waren ihr erstes Frauenpaar, und jetzt ruft sie uns immer an, wenns sie Frauenpaare hat, und fragt dann immer wenn sie irgendwelche Fragen hat oder so , oder sagt dann nochmal wie läuft das nochmal oder wie war das nochmal bei Euch, und äm, kann ich denen noch den und den Tipp geben, und da ist sie immer so (1BO_fertig: 288 - 288)

B1: ja, ich hoffe auch. Auch die Frauenärztin, die da wirklich sehr interessiert ist und sehr zugewandt ist, dass die vielleicht durch uns da auch ein bisschen sensibler wird, und das vielleicht auch mal aufnimmt (2BR_fertig: 112 - 112)

B2: Ja es war halt es war halt von den Kinderwunsch Praxen, wobei die Samenbank aber von Anfang an sehr offen und kooperativ war. Und auch sehr interessiert daran war mit welcher Praxis wir zusammengearbeitet haben, weil die schon auch scheinbar auch mehrere Frauenpaare hatten und die Information auch dann gerne weitergeben wollten. (4KO fertig: 15 - 15)

6.6.3 Personal entschuldigend

In vielen Situation finden die Paare entschuldigende Worte für die fehlende oder falsche Ansprache durch Pflegende und Hebammen. Dabei hängt die Bereitschaft darüber hinweg zusehen von der Sympathie der Person ab und des sich Bemühens.

B1: Ich hatte eine Hebamme in dieser Praxis, die dann später auch zur Nachsorge kam, aber die die den Kurs gemacht hat war eine andere und ähm de war auch sehr cool und die hat sich auch sehr bemüht finde ich, wenn dann auch du dabei warst halt immer so die Papas und die anderen Mamas, hat sie nicht immer geschafft, hat sich jedes Mal danach entschuldigt, das es für sie jetzt auch neu ist, das aber richtig machen will und also da fand ich echt für einen Geburtsvorbereitungskurs war das sehr offen. Voll. Man muss aber auch dazu sagen, wir wohnen auch nicht in so einer großen Stadt wie du, aber wir wohnen ja schon für [Bundesland] Verhältnisse in einer Großstadt und wir waren auch Mitten in der Stadt. (6FA fertig: 31 - 31)

B1: Nee, also nee sicher waren die nicht, Also ähm denen ist halt immer selber bewusst geworden, wie ich eben bei der Hebamme erzählt habe, dass sie halt ähm ja da eben nicht sicher sind, gerade sprachlich ja ähm und das hat sie halt verunsichert. Ja aber sie waren halt nett dabei. (4KO fertig: 124 - 124)

B1: Nee, das fand ich nicht unangenehm, das hat sie sehr einfühlsam, und also am Schluss, man merkte, sie hatte sich das die ganze Zeit verkniffen, und wollte dann aber doch vielleicht am Ende der Schwangerschaft nochmal nachfragen (..) fand ich aber - finde ich angemessen, muss ich sagen. (2BR_fertig: 38 - 38)

Darstellung der Ergebnisse

Die entschuldigenden Worte sind auch teilweise durch Dankbarkeit an die Situation entstanden und dem Bewusstsein, dass es auch einen anderen Verlauf nehmen könnte.

B1: Man muss aber auch sagen, dass die [Name der nicht gebärenden Mutter] halt so Moralpredigten nicht so geil findet [Lachen] ich fand das jetzt nicht so schlimm muss ich sagen, weil ich wusste, dass es auch noch sein könnte, dass die ein psychologisches Gutachten machen müssen. Das mussten wir eben nicht und dann habe ich mir gedacht lieber so eine Moralpredigt und wir sagen: Ja ja Alter, es passt als das wir jetzt noch so eine psychologische Runde gehen mussten. Aber das stimmt schon, er hätte das Heterosexuelle nicht gefragt, aber da gibt es ja auch diese Schwierigkeit nicht. (6FA fertig: 23 - 23)

6.7 Hier sind wir herzlich willkommen (In Vivo Code)

Alle Paare erleben auf ihrem Weg auch immer wieder sehr positive Situationen, in welchen sie sich willkommen und gesehen fühlen als Familie mit speziellen Bedürfnissen.

B2: Also wir haben, ich finde die Geburtssituation selber waren sehr positive Erfahrungen. Die war in [Ausland] und haben wir einfach eine ganz tolle Hebamme, [...] also ich habe diese ganze Situation in dem Kreissaal als sehr herzlich in Erinnerung, obwohl wir da eigentlich das normale Krankenhaus genutzt haben ähm und gar nicht dann eigentlich angebunden waren, hat auch die Hebamme die dort gearbeitet hat auch total ähm gut behandelt und wir waren so richtig willkommen geheißen. Was ich noch so doll in Erinnerung habe, dass da gabs so eine Tafel in dem Kreissaal wo immer der Geburtsverlauf dokumentiert wird, dann stand da Herzlich Willkommen [Name der Geburtsmutter] und [Name der nicht gebärenden Mutter] mit unseren Vornamen, das war total für mich, das war zwar falsch geschrieben, aber das war auch voll egal, aber das war halt dass wir so als Personen und Individuen mit unseren Namen schon erwartet wurden. Das fand ich total besonders. Und das hat für mich sich die ganze Zeit der Geburt die ganze Zeit durchgezogen, weil ich wusste wir sind hier herzlich willkommen. (7KO fertig: 25 - 25)

B1: ähm nee überhaupt nicht. Also ich war ja sozusagen immer sozusagen die Begleitperson und wurde auch immer mit Frau [Name] angesprochen, also nie irgendwie eine transgender oder männlich oder irgendeine Form. Das passiert mir zwar öfters, aber da ist mir das überhaupt nicht aufgefallen (5KR fertig: 44 - 44)

B1: und konnte ich nicht mitkommen hatte sie das so ausgedrückt, dass ich den Verlauf sehen konnte. Also, das war also. Ich habe mich da super aufgehoben gefühlt. (5KR fertig: 54 - 54)

B1: Nein, die Kinderwunschklinik, an die wir uns gewendet haben in [Bundesland], die hat sich auf die Fahne geschrieben Jeder hat ein Recht auf ein Kind, egal ob alleinerziehend, lesbisch oder sonst irgendwas. Dementsprechend war natürlich auch die Begegnung. Also auch völlig offen. (3EA fertig: 35 - 35)

B: der hat das super gemacht, genau, also der hat auch ganz klar gesagt, es gibt unterschiedliche Möglichkeiten, hat die eben uns also auch nochmal so aufgezählt, und dann er halt er glaubt, einfach dass ein privater Spender tatsächlich diese nächste Methode ist. Wie man's dann letztendlich macht, bleibt einem ja selber überlassen, aber, dass das wahrscheinlich am besten funktionieren würde. Dann hat er ein Check-Up gemacht, und hat gesagt, go, los geht's. (1BO_fertig: 50 - 50)

Alle Paare betonen beim Angeben ihrer Wünsche an das Gesundheitssystem, dass das Wichtigste eine empathische und individuelle Behandlung ist, in der sich

Darstellung der Ergebnisse

die Person *Zeit nimmt*. Von Situationen, in welchen sich die Familien individuell gesehen und behandelte fühlte wird besonders positiv berichtet.

B1: Ja also, um das noch zu ergänzen in [Ausland] hatten wir dann auch eine Hebamme, die hat dann sozusagen den letzten Teil der Vorsorge und die Entbindung mit uns gemacht und ähm genau. Ich würde schon sagen, dass es ein Unterschied gemacht hat, weil mein Eindruck war, dass man irgendwie in Deutschland so verwaltet wird und alles so nach Vorschrift macht, da gibt es diesen Mutterpass, der ist ja heilig und da wird alles genau nach Plan gemacht und nicht Individuelle geguckt. Ich erinnere mich zum Schluss zum Beispiel, dass ich am Ende mich mit der Arzthelferin in der Praxis, schon darüber gestritten habe, ob es jetzt nötig ist ein CTG zu schreiben oder nicht ähm und das waren Sachen, die waren in [Ausland] individuell geguckt und da war klar, dass das irgendwie ja das das so individuelle ist. Und wir hatten eine Hebamme, die sich da sehr auf uns eingestellt hat und irgendwie ähm war das so auch im ganzen System anerkannt. Ich musste dann tatsächlich auch wegen einigen Werten, die nicht stimmten ins Krankenhaus, aber auch da ich habe mich nicht so verwaltet gefühlt irgendwie. Es war ja, es war eine andere Atmosphäre, es war irgendwie individueller. (7KO fertig: 18 - 18)

B2: Also was ich noch ergänzen würde, ich weiß nicht ob das noch zur Geburt gehört, aber danach ähm waren wir noch eine Nacht auf der Wöchnerinnen Station und da fand ich auch total positiv, dass wir so Mega versorgt umsorgt wurden. Also es war nicht so, wie wir sind Patienten sondern es war mehr so als hätten wir Ferienaufenthalt da gebucht. Also, die haben sich das ganze Personal, alle Schwestern, die sich um uns kümmerten auf der Agenda und einen richtig schönen Aufenthalt halt zu bereitet. Und das fand ich auch überraschend, also damit habe ich nicht gerechnet, dass so jemand so freue daran hat uns zu umsorgen. Das war eigentlich auch sehr schön. (7KO fertig: 27 - 27)

B 1: die hat sich wirklich sehr viel Zeit genommen, gerade auch für [Name], hat sich sehr viel Zeit genommen, und hat uns da echt - also die erste Geburt war eine Hebamme aus dem Geburtshaus, die echt toll war, die war super, die war ganz toll (2BR_fertig, Pos. 19)

Die Paare erleben positive Überraschung auf Grund von Solidität und Verständnis seitens des Personals des Gesundheitswesens.

B1: Für uns war die Situation ja auch neu und weil uns eben keiner komisch kam war das auch ok, fühlte man sich eben halt auch als Familie wahrgenommen, ne,

B2: Also wir haben zum Beispiel in dem katholischen Haus jetzt auch ein Familienzimmer gekriegt. ich weiß nicht ob das selbstverständlich ist. Ich finde es nicht. (3EA fertig: 65 - 66)

B1: Wenn wir jetzt mal von [Name des Sohnes] weggehen, und dazu gehen, ein zweites Mal schwanger zu werden, dann könnte ich Dir wahrscheinlich Millionen Dinge aufzählen. Also dann sind wir ja in ganz vielen Systemen gewesen, und dann hieß es ja dass die Kinderwunsch-Situation, die uns ja total häufig, also da war auch unsere Frauenarztpraxis super, der hat alles gemacht was in seiner Macht stand und hat auch da versucht mir alles möglich zu machen, und hat halt irgendwann gesagt er kann es nicht. und er weiß aber auch nicht, was er machen kann, wo er uns hinschicken kann, wo es halt gut für uns laufen kann, und hat dann ein bisschen rumtelefoniert, und hat ein bisschen was versucht, und da war es tatsächlich so, also ja, die [Name einer Klinik] hat uns dann ja auch genommen als Frauenpaar, Selbstzahler, logisch (1BO_fertig: 218 - 218)

B 2: Und das war also ähm gut, ich kann da jetzt nix herausstechendes, wobei das ist ja dann auch schon herausstechend, dass es so gut und normal war. (4KO fertig: 70 - 70)

Eine positive Überraschung erleben zwei Paare, welche zwei Gesundheitssystem kennenlernen und einen Vergleich ziehen können. Im Ausland werden die ganz konkreten Bedürfnisse auch angesprochen und zeigen dem Paar, dass sich die Behandelnde mit dem Thema auskennt und dies für sie zu ihrem Beruf dazugehört. Wie beispielsweise das Co- Stillen. Dies wird als besonders positiv erlebt, da es die Regenbogenfamilie tatsächlich wahrnimmt und die individuelle Ebene mit

Darstellung der Ergebnisse

Wissen vereint. Zusätzlich werden eine Herzlichkeit, Mitfreude und die individuelle Behandlung besonders positiv erwähnt.

B2: Nee also die eine da, die gefragt hat wie wir das mit dem Stillen machen möchten, ob sie uns da irgendwie unterstützen kann, das ist mir halt besonders positiv aufgestoßen. Das ist wo ich dachte, ja noch mehr von so [Lachen] Also nee so einfach, dass wir halt auch so als Regenbogenfamilie wahrgenommen und behandelt werden. So genau. (4KO fertig: 130 - 130)

B2: Und mir fällt jetzt noch ein, eine positive Überraschung war auch das ähm ich habe ja auch versucht zu stillen, obwohl ich nicht schwanger war und hatte ein bisschen Probleme damit das öffentlich zu machen und dann gab es aber eine Situation, dass [Name der Geburtsmutter] direkt nach der Geburt direkt in ähm ähm in OP musste und Und ich habe mich ja nicht getraut, das mit dem Co stillen anzusprechen. Und [Name der Geburtsmutter] hat dann während sie weggebracht wurde den Hebammen Bescheid gesagt, dass ich auch stille. Und die haben sich richtig gefreut, dass es auch diese Möglichkeit gibt und mich unterstützt. (7KO fertig: 28 - 29)

B: Und ansonsten in [Ortsname- Ausland] das Klinikpersonal, das war traumhaft. Da sind wird als gleichgeschlechtliches Paar auch wirklich gesehen und wahrgenommen worden. Das war selbstverständlich. Und wir hatten den Eindruck, die sind da ganz geübt im Umgang damit. Und in Deutschland ist eben das Gegenteil. Die kennen das nicht, die rechnen nicht damit und ja. Aber in [Ortsname- Ausland] immer und wenn es nicht so klar war, bei der ersten Untersuchungen, wir waren bei zwei verschiedenen Kinderärzten, der eine waren der Nähe der Leihmutter, der andere bei uns in der Nähe, dadurch ergab sich das. Und dann immer eher so Begeisterung, wenn sie mitbekommen haben wie ist ie Konstellation und Mitfreude. (8BO fertig: 53 - 53)

B: Wir hätten es auch nicht gedacht und wir hätten auch nicht gedacht, dass das mit der Leihmutter so ganz selbstverständlich ist und das alle einem so die guten Wünsche mit auf den Weg geben und so eine Mitfreude, diese Mitfreude war so deutlich auch. (8BO fertig: 23 - 23)

6.8 Ursächliche Bedingung

Alle gefundenen Phänomene innerhalb der Interviews führen immer wieder zur gleichen grundlegenden ursächlichen Bedingung. Ursächliche Bedingungen verweisen auf Vorfälle oder Ereignisse, welche das Phänomen bedingen, also zu diesem führen. Tatsächlich verursacht eine Bedingung allein selten ein Phänomen und ist meist komplexer. (vgl. Strauss et al. 1996: S. 79) Die identifizierte allgemeine Ursache aller Phänomene, die Heteronormativität, ist an sich sehr komplex und zieht sich durch unterschiedliche Ebenen. Sie ist politisch, gesellschaftlich, strukturell und individuell bedingt. Zusätzlich wird *Die Reduktion auf biologische Elternschaft* zu den ursächlichen Bedingungen gezählt, welche größtenteils mit einer heteronormativen Gesellschaft zusammenhängen (vgl. Rich 2003; Wegener). Diese Reduktion führt bei den Regenbogenfamilien zum Hinterfragen und Zweifeln an den eigenen Rollen, zum Ablehnungserleben und zum Ausgeschlossen sein. Damit sind beide Kategorien *Reduktion auf biologische Elternschaft* und *Heteronormativität ausgesetzt sein* auch als verstärkende Dimension auf den Bewältigungsprozess zu sehen. Im Systemischen Ansatz würde diese Bedingung *der Heteronormativität ausgesetzt sein* sowie *Die Reduktion auf biologische Elternschaft* auf der Gesellschafts- und Werteebene

Darstellung der Ergebnisse

verortet werden und damit alle weiteren Merkmale beeinflussen, vor allem aber die institutionelle Ebene, welche für die Forschungsfrage vom zentralen Interesse ist. Nachfolgend werden beide ursächlichen Kategorien vorgestellt.

6.8.1 Heteronormativität ausgesetzt sein

Die Situationen, die den Regenbogenfamilien begegnen, sind in allen Fällen von einer fehlenden Ansprache, einem verkannt Werden als Paar, einem nicht gesehen Werden oder einer anderen Behandlung als sie heterosexuelle Paare erfahren gekennzeichnet. Die Paare finden sich immer wieder in stereotypen Situationen wieder und werden mit Zuschreibungen oder Rollenzuschreibungen konfrontiert.

B2: Also zum Geburtsvorbereitungskurs wollte ich noch sagen, der der natürlich schon sehr ja hetero aufgebaut ist. Also da war es eben auch so. Also erstens mal die Sprache ist natürlich sehr auf Heterosexuelle Pärchen ausgelegt und ähm es war ebenso das die Partner nur eben dreimal dabei sein sollten und dann wurde dann immer von den Vätern und den Papas gesprochen ähm also so ab und an hat sie mich dann auch doch mal angesprochen. (6FA fertig: 52 - 52)

B2: Also das fand ich schon mit am schlimmsten und stereotypischsten. Da habe ich mich dann auch nicht wohl gefühlt, weil das war dann eben, dann sollten die Partner so eine Gruppenarbeit machen und irgendwie erarbeiten, was sie sich jetzt, also zusammen überlegen ähm was sie für die Frau so nach der Geburt alles machen können, das sie sich schon ein Konzept überlegen, was man da so machen kann. Achja, und das war dann auch sehr stereotyp. (6FA fertig: 57 - 57)

B1: und die Kerle waren halt etwas irritiert, weil die [Name] hat den Kurs immer so gestartet, dass sie gesagt hat, die Männer gehen zusammen in einen Raum, und die Frauen gehen zu- also die Schwangeren gehen in einen Raum (1BO_fertig: 67 - 67)

B2: Also es wurde dann auch immer aufgeteilt zwischen den ganzen Männern und Frauen und ähm es war dann auch so dass dann die Leitung meinte so, du kannst ja halt überlegen halt bei manchen Themen, wo du dann hingehst. Ich habe gesagt, also für ist es ja, für mich ist es ja eher eine Rolle, die ich habe, nee. Das ist egal ob das Mann oder Frau ist. Ich bin die die nicht gebärt und damit habe ich eine bestimmte Rolle in unsere Familie und ähm dann habe ich ihr gesagt, nutzt mir nix mit den schwangeren zusammensitzen. Ich beschäftige mich ja mit den Themen, mit denen sich die Männer beschäftigen. Gut, dann war ich halt die einzige Frau, aber die Partner und Partnerin und ähm (unv.) (4KO fertig: 78 - 78)

Die heteronormativen Strukturen erleben die Regenbogenfamilien dabei im persönlichen Umgang mit dem Personal des Gesundheitswesens, welches nicht situationsangemessen reagiert. Das Personal verhält sich dabei nicht situationsgerecht, sondern standardisiert, unsicher oder überfordert.

B1: Da gab es ja wirklich damals mit den Samenspendern, das war noch ne Ausnahme das es Leute gemacht haben, die Ärztekammer, ich weiß nicht wie das jetzt ist, aber zu dem Zeitpunkt hat die Kammer empfohlen Lesben nicht zu beliefern mir Samen und er hat sich halt praktisch oder die Klinik, die Praxis hat sich halt ähm dagegen gestellt und gesagt wir machen es gegen Empfehlung und von daher, klar dass es mal blöde Sachen gab. Das wir unsere ganzen, unser ganzes Finanzielles offenlegen mussten, aber ich war einfach viel dankbarer, dass es überhaupt klappt und deswegen. (6FA fertig: 23 - 23)

B1: Es gab eine, ich weiß nicht ob das die Frage beantwortet, es gab auf jeden Fall ein Diskussion in der [Name der Klinik] mit einer Schwester, die halt gemeint hat dass, es gab irgendwie ein Doppelzimmer mit einer anderen Familie und dann gab es zu diesem

Darstellung der Ergebnisse

Doppelzimmer halt ein Badezimmer und dann hat sie sozusagen, dass [Name der nicht gebärenden Mutter] nicht drauf gehen dürfte, weil die Väter dürfen da ja nicht drauf gehen, weil das ja eben nur die Frauen dürften, damit sozusagen nur Frauen dieses Bad benutzen. Das fand ich irgendwie sehr absurd in der Argumentation. (7KO fertig: 135 - 135)

B 2: Also, ich glaube, wenn ich gerade an die Hebammen denke, dass da schon so ein Unterschied gemacht wurde, weil ich einfach nicht die biologische Elternschaft hatte, (2BR_fertig: 16 - 16)

B2: Ja aufhören zu sagen die Frau, der Mann. Sondern sagen, meinetwegen die Frau, also aus meiner Perspektive könnte ich mir das vorstellen, das könnten bestimmt andere anders beantworten und weiß ich nicht oder die Eltern oder die Person die das Kind zur Welt bringt und das andere Elternteil. Also ich habe die Vermutung, dass das die Betonung mit Worten auf dem Vater oder auf dem Mann das Problem ist, das dazu führt, dass sich dann solche Sachen einschleichen, wie das hier mit der Schwester, die das über die Toilette gesagt hat. Das ist gar nicht so eine Reflexion, wer bist du jetzt eigentlich und wer bist du, sondern ist halt Mann und Frau. (7KO fertig: 147 - 147)

B2: Also ne, es ist halt immer Mama und Papa und dann kamen die halt immer so, Mama war ich für die und im zweiten Überlegungsschritt haben sie [Name der nicht gebärenden Mutter] auch Mama genannt. Aber erstmal fehlte den irgendwie eine Begrifflichkeit. Wenn wir beide gemeint waren, dann ging das irgendwann auch gut, dass sie auf die Idee gekommen sind uns einfach Eltern zu nennen. Wo ich dachte ja genau! [Lachen] Oder dann halt auch Mamas, aber so allein für [Name der nicht gebärenden Mutter] hatte ich das Gefühl haben sie sich schwergetan. Das war holprig. Aber so eine Unbeholfenheit dabei. Ja so also das sie selber gemerkt haben. Uppala, ich habe gar keine Begrifflichkeit, (4KO fertig: 73 - 73)

Die Heteronormativität spiegelt sich ganz besonders auch im Informationsmaterial, Angeboten, Beratungen und Dokumenten wider.

B2: ähm ja also die Beamtin war eigentlich sehr nett und professionell, allerdings stand auf der Urkunde, die war noch nicht genderneutral. Da stand da nicht zweiter Partner oder so, sondern es war auf jeden Fall mit Vater und Mutter. (6FA fertig: 90 - 90)

I: Doch doch, aber habt ihr so ein Krankenhaus oder Kreißsaal Begehung gemacht?

B2: Wir waren in [Ausland], aber da gab es keine Begehung, da gab es so nen riesigen Vortrag in der Mensa mit so eine Video was gezeigt wurde. Das war sehr hetero lastig [Lachen] (7KO fertig: 109 - 110)

6.8.2 Reduktion auf biologische Elternschaft

Reduktion auf biologische Elternschaft erleben die Paare, indem die nicht genetisch verwandten Elternteile nicht voll akzeptiert oder wahrgenommen werden. Damit wird die gesamte Familie nicht akzeptiert und nicht als solche bezeichnet. Die Fragen nach dem Vater oder der Mutter verdeutlichen diese Strukturen, welche wenig reflektiert werden im Umgang mit Regenbogenfamilien.

B1: was ich richtig doof fand, bei dem zweiten Kurs, das war für mich sehr aussagekräftig, da hat sie so rumgefragt, ob es ihre erste oder zweite Geburt ist, dir sowas, und da hat sie immer gesagt, so, haben die Frauen irgendwas gesagt, so, ist das Euer zweites Kind, oder erstes Kind, zu [Name] hat sie dann gesagt, aber es ist Dein erstes Kind. so, und da hat sie so, ääähm, das ist auch unser Kind. und da hat sie bei uns als einzige den Unterschied gemacht und das nur auf Dich bezogen. (2BR_fertig: 49 - 49)

B1: kann man sich ja auch irgendwann mal ein bisschen umstellen, und, naja, und auch so mit diesem "ach, das ist EUER zweites Kind, EUER zweites Kind, und DEIN zweites Kind" da denke ich mir auch so, naja, weißt DU denn ob diese ganzen Typen die da sitzen die leiblichen Väter sind? So, also, da wird dann einfach von ausgegangen (2BR_fertig: 94 - 94)

Darstellung der Ergebnisse

B1: Das sind so Formulierungs- Spitzfindigkeiten, aber es war auf jeden Fall so, dass kann ich sagen bis heute, das sich das in allen Unmöglichen Situationen immer überall wo man auftaucht und gerade im medizinischen sowieso, also am Anfang nach diesem ganzen U Untersuchen habe ich so gemerkt, die checken so drei Sachen. Wer hat Kind zur Welt gebracht, wurde es gestillt und ist es reif geboren. Diese drei Sachen waren immer das wichtigste und die habe ich x mal beantworten müssen, diese Frage (7KO fertig: 75 - 75)

B1: Ja das war ja im Krankenhaus, in der [Klinikname und Ortsname], Da ging es darum, die Mutter kommt jetzt bitte mit zum Hörtest, dann sind wir natürlich beide aufgestanden (lachen) und dann hieß es eigentlich nur eine, dann hat sie aber schnell umgeschwenkt, das war ja dann im Prinzip egal wer mitkam, Hauptsache nur einer halt. (3EA fertig: 52 - 52)

B: Ja (...) Wir hören immer wieder, ja und was macht denn die Mutter. Und dann erkläre ich immer, es gibt eine Eizellspenderin, das ist eine Frau und es gibt eine andere Frau, die das Kind ausgetragen hat, das ist die Leihmutter. Und beide, also in [Name des Auslands] würden es beide als sehr übergreifig empfinden, wenn wir sie als Mutter bezeichnen würden. Weil das ist nicht das Rollenverständnis was wir haben und da würde auch keiner auf die Idee kommen. Weil das, ich weiß nicht ob klar definiert ist, aber es ist eben auch etabliert da. Viele kriegen das nicht hin hier, also weil das auch durch Erläuterung und erklären, wir gemerkt haben das ist so fremd. Man dringt da nicht so richtig durch. Und das ist schon das mit unter uns suggeriert wird, so da fehlt eine Mutter. In dem Sinne, das, gerade bei Älteren, die haben so die Sorge: Könnt ihr das denn überhaupt? Ich wage zu behaupten, dass wir genauso gut ein Kind liebevoll wickeln und füttern können und uns kümmern können, dass wir da gar nicht schlechter sind. Im Gegenteil, ich glaube, dass wir gute Eltern sind, aber bei manchen ist es so dass sie finden da fehlt was. (8BO fertig: 29 - 29)

Auf Grund der Reduktion auf die biologische Elternschaft durch das Personal und die gegebenen institutionellen Strukturen, entsteht Verunsicherung der eigenen Rolle, aber auch eine Chance zur Reflexion.

B 1: Ja, also ähm das es gar nicht so sehr um Mann und Frau ging. Sondern um die Rolle, ob man die schwangere ist oder die nicht schwangere. Also und klar bei einem Männer- und Frauen Paar ist es ziemlich klar wer schwanger ist. Aber bei uns. Ja das fand ich für echt eine Erkenntnis. Und ich habe auch zum ersten Mal in diesem Kurs auch gemerkt, dass es wirklich eine Rolle ist, die man dann hat. Ich habe halt einfach mit den Freundinnen mit denen ich Kontakt habe, die sind fast alle Mütter, fast alle und die erzählen aus einer ganz anderen Perspektive und ich habe mich immer gefragt warum mache ich mir über Dinge Gedanken, über die sie sich gar keine Gedanken machen. Und dann ist es mir aufgegangen als ich die anderen Männer getroffen habe. Und das habe ich auch der Leiterin gesagt, dass das eigentlich das wichtige ist. (4KO fertig: 80 - 80)

B. Ne, also da bin ich schon unsicher erstmal. Es ist schon die Frage, wie reagieren die darauf. Da ist eine Unsicherheit und ich bemühe mich das recht schnell zur Sprache zu bringen und das zu erläutern, aber das ist schon eine Unsicherheit. Weil wir es auch einfach nicht so einschätzen können, wie das gegenüber reagiert. Wir haben auch, muss ich sagen in zwei Fällen eine starke Ablehnung erfahren. Da rechnen wir mit allem. (8BO fertig: 39 - 39)

B2: Also es wurde dann auch immer aufgeteilt zwischen den ganzen Männern und Frauen und ähm es war dann auch so dass dann die Leitung meinte so, du kannst ja halt überlegen halt bei manchen Themen, wo du dann hingehst. Ich habe gesagt, also für ist es ja, für mich ist es ja eher eine Rolle, die ich habe, nee. Das ist egal ob das Mann oder Frau ist. Ich bin die die nicht gebärt und damit habe ich eine bestimmte Rolle in unserer Familie und ähm dann habe ich ihr gesagt, nutzt mir nix mit den schwangeren zusammensitzen. Ich beschäftige mich ja mit den Themen, mit denen sich die Männer beschäftigen. Gut, dann war ich halt die einzige Frau, aber die Partner und Partnerin und ähm (unv (4KO fertig: 78 - 78)

B2: kann ich überhaupt Mutter sein (2BR_fertig: 16 - 16)

B2: Das ist eine Frage der Rollendefinition, wahrscheinlich muss ich mich jetzt irgendwie behaupten in der Rolle, . (2BR_fertig: 119 - 119)

6.9 Wünsche von Regenbogenfamilien

Die Fragestellung der vorliegenden Arbeit bezieht sich auf Wünsche und spezielle Bedürfnisse von Regenbogenfamilien im Gesundheitswesen. Für die Ermittlung von diesen ist das Erleben und Verarbeiten der Befragten ausschlaggebend. Die Paare geben innerhalb der Befragung bereits direkte Wünsche und Ideen zur Umsetzung an. Zusätzlich können die Wünsche anhand des Erzählens von persönlichen Erfahrungen und des Wahrnehmens der Situationen der Familien abgeleitet werden.

Der durchgehende Wunsch, welcher sich bei allen 15 befragten Personen wiederholt bezieht sich auf die Kommunikation und Sprache in Wort und Schrift im Gesundheitswesen. Diese wird als nicht gendersensibel, nicht individuell und nicht situationsgerecht erlebt. Gesehen und angesprochen werden als Familie und als zwei Mütter oder zwei Väter wird als zentraler Wunsch angegeben.

B1: Einfach mal verstehen, dass es andere Familien gibt, ne. Also konkret, dass sie vielleicht die zweite Mutter oder zwei Väter auch als solche ansprechen, Das wäre schon schön. Ja mehr Fragen auch. (Anmerkung einer Freundin, die das Kind gerade reinbringt und selber in der Kinderwunschbehandlung gerade ist: Bei der Krise geht es jetzt immer darum, dass Krankenhausbesuche nicht gestattet sind und so, aber Väter dürfen zur Geburt mitgehen. Also da wird immer nur von Vätern gesprochen, die zur Geburt gehen dürfen. (6FA fertig: 126 - 126)

B2: Sprache auf jeden Fall, auch Ansprache in solchen Flyern, Materialien, äh, gerade was, hier, Du hast mir mal diese Broschüre gegeben, ähm, was kann Dad bei der Geburt so tun, welche Phasen gibt es da, und welche Aufgaben kann da der Partner übernehmen, so, umm, (2BR_fertig: 132 - 132)

B2: Also geht es auch um eine Haltung, es geht nicht nur um Kommunikation, sondern auch um eine Haltung, dass man, vielleicht dass man mehr anerkennt, dass es andere Familienformen auch gibt (2BR_fertig: 153 - 153)

B2: Also, ja das ist vielleicht das einzige. Dass die Leute sich trauen zu fragen und sie nicht als Freundinnen, sondern als Partnerin sehen und genauso behandeln wie den Papa. (3EA fertig: 145 - 145)

Die Paare geben konkrete Vorschläge an, wie ein Umdenken innerhalb der Ausbildung gefördert werden kann und zu mehr Sichtbarkeit von Regenbogenfamilien führen kann. Einige der Befragten betonen, dass es um einen alltäglichen Umgang gehen sollte. Die Abbildung von Diversität in Unterrichtsmaterialien und im Sprachgebrauch soll das Thema LGBTQI*, Regenbogenfamilien und andere Lebensentwürfe aufgreifen. Als Vorschlag wird Fallarbeit mit vielfältigen Beispielen genannt. Damit soll die Thematik als „normal“ und ein Teil der Lebens- und Arbeitsrealität abgebildet werden. Die Befragten

Darstellung der Ergebnisse

denken auch an andere Lebensentwürfe und Lebensereignisse mit, welche im Gesundheitssystem zu wenig Beachtung finden.

B1: Ich weiß jetzt nicht ob es in Ausbildungsmaterial, so Lehrbüchern oder Fallbeispiele, auch wenn ich tatsächlich abbilde also bildlich abbilde in so Ausbildungsmaterial macht es ja einen Unterschied, aber auch wie setzten sich die Fallbeispiel zusammen. Das macht einen Unterschied, ich glaube auch, dass die zugegebener Masen sind es ja nicht so viele. Obwohl das stimmt ja auch nicht, also nicht viele die jetzt Geburtsvorbereitungskurse machen, nicht viele die Hebammen brauchen. Aber welche, die Erfahrungen gesammelt haben zum Beispiel mit Regenbogenfamilien ähm einfach auch sozusagen auch davon erzählen und damit zeigen, dass es für sie auch ein Stück Normalität ist. (7KO fertig: 154 - 154)

B1: Ich finde wenn es wieder gesondert aufgezoogen abgebildet wird, wird es wieder rausgehoben und dann wird es nicht alltäglich, wenn das wie jetzt neuen neue Krankenpflegegesetz, was die Theorie angeht ein Fallbeispiel verwendet werden soll, dann soll es auch als komplette Sache behandelt werden, Mann Frau Diverses, Frau Frau, Mann Mann oder ABC Sexuell keine Ahnung, weil dann wenn das überall eingebaut wird, wird es nicht mehr besonders und das wird dann eher akzeptiert als wenn wieder etwas gesondert daraufhin eingeführt wird, also das ist meine Meinung. (5KR fertig: 167 - 167)

B2: Also ich glaube, dass es in der Ausbildung immer mitgesprochen werden muss. Dass bis sich diese Worte einschleichen dürfen von der Vater, der Mann, an einer Stelle wo es jemand anderes sein könnte ähm und ich glaube es muss erstmals ganz viel aufgeklärt werden, dass es nicht selbstverständlich ist, dass es ein Mann und eine Frau ist. Ich glaube es muss sozusagen die Vielfalt der Formen muss gelehrt werden. (7KO fertig: 153 - 153)

B2: Mir fällt da auch noch ein zu der Sache, als wir in der [Name der Klinik] waren, waren in dem Zimmer neben uns, da war ein Paar, die haben ein Kind in dem Moment bekommen und zwar ihr Adoptivkind und das wurde geboren und die haben das zum ersten mal da bekommen. Auch da wurde die Frau so in den Fokus genommen, ob wohl sie ja genau also biologisch so dastand wie der Mann und trotzdem war es so, setzten sie sich doch erstmal auf das Bett und dann können sie ja das Kind nehmen. Das war ein total irrer Moment, der überhaupt nicht der Situation entsprach. Aber da konnte man auch gut sehen, dass das so drin ist. #00:28:54-6# (7KO fertig: 149 - 149)

B1: Aber es geht nicht irgendwie, also das wäre irgendwie das Ziel eine Kompetenz und Haltung im Umgang mit ähm verschiedener Situation, Lebenssituationen aus den Menschen herauskommen und mit denen sie dann umgehen müssen und eben auch verschiedene Familiensituationen. B2: Ja oder wie geht man um mit einer Frau, von der man weiß, dass das Kind zur Adoption gegeben wird sobald das Kind dann da ist. Also das (7KO fertig: 167 - 167)

B1: Das ist ja sehr wahrscheinlich ähm vielleicht manchmal komplizierter, wenn man jetzt ein muslimisches Paar hat, wo die Frau eben nicht alles zeigen, machen und tun darf [Räuspern] ihrem Mann gegenüber man sich irgendwie anders verhalten muss, da ist vielleicht noch komplizierter als bei uns, weil #00:23:22-2# (3EA fertig: 126 - 126)

B. Also, was wir uns wünschen würden ist das auch andere Familienformen auch ne gewisse Berücksichtigung finden, vielleicht in der Ausbildung, das einfach klar ist, es gibt ganz verschiedene Familienformen. Es gibt Alleinerziehende, es gibt zwei Mütter, zwei Väter, es gibt auch beim Co- Parenting auch mehrere Eltern, das da ja das das einfach eine Berücksichtigung findet und sein darf. Auch wenn es nicht häufig ist vielleicht, rein statistisch betrachtet, gerade unsere Form zwei Männer und ein Baby ist nicht häufig, aber das trotzdem das irgendwie klar ist. Und wenn wir da irgendwo hinkommen, dass diejenigen das schonmal gehört haben und wissen mit wem sie es zu tun haben. (8BO fertig: 57 - 57)

Ein großer Teil der Befragten bemängelt die Aufklärungslagen beim Personal des Gesundheitswesens. Dabei fallen den Familien Wissenslücken und damit

Darstellung der Ergebnisse

einhergehende Unsicherheit auf. Der Wunsch nach einer höheren Aufklärung und Wissen um Themen des LGBT* Bereichs wird geäußert.

B1: Ich ähm für mich war total gut so. Aber wie gesagt halt so, nicht von allen Männern, aber Paar waren so ein bisschen verhalten und ich glaube halt weil sie nicht wussten wie sich halt mit gegenüber verhalten sollen, so ne. Weil ich ja nun mal kein Mann aber auf der anderen Seite ja auch zu denen gehörte, das war son glaube ich, ja da würde ich mir wünschen, dass es da so ein bisschen mehr Aufklärung gibt oder dass es so ein bisschen offener ist. Ich weiß nicht wo die ganzen anderen Frauenpaare hingehen, weil unsere Kursleiterin war ja auch nicht mehr die jüngste und hatte noch nie ein Frauenpaar in Ihren Kursen [Lachen] #00:33:03-2# (4KO fertig: 112 - 112)

B: Also konkret dadurch, dass bei gleichgeschlechtlichen Paaren, ob das lesbische oder schwule Paare ist, da ist der Weg zum eigenen Kind nicht der wie bei heterosexuellen Paaren, das vielleicht diese Wege auch mal konkret besprochen werden, welche Möglichkeiten gibt es. Auf welche Art und Weise entstehen Kinder in Partnerschaften, damit einfach das Wissen da ist. Ja das wäre es. (8BO fertig: 59 - 59)

B2: Das einzige, was mir noch einfällt, ähm es gibt ja auch durchaus Ärzte, das ist so uns gegangen im Kreissaal direkt, die nicht aus unserer Kultur stammen und die ihr ihr Pj hier machen oder was auch immer, und das halt aus Ländern kommen, wo das nicht so der Fall ist, das das vielleicht auch nochmal an der Universitäten wo die dann auch herkommen ein Thema ist, weil wir hatten einen Menschen der kam aus irgendwo aus Afrika würde ich sagen, der hatte es mit der Kommunikation nicht so auch uns nicht gegenüber, kann sein dass das seine Art war, aber ..B1: Das ist ein Ausbildungsproblem B2: Ja ist es aber letzten Endes gehört das mit zum Gesundheitswesen. Letztendlich wird man nicht nur von einem betreut, sondern es gibt ja durchaus Schichtdienste, die nicht andere Ansichten und gleicher Meinung sind, aber das müsste dann aber auch schon bei allen irgendwo auch gesagt werden, dass es das auch gibt. Dass man nicht in Situationen kommt, wo man da nicht mehr umsteuern kann. Mir ist es egal, ich sage meine Meinung, oder [Name der nicht gebärenden Mutter] hat ihn unsere Meinung gesagt und das ist für uns erledigt, aber wenn man halt nicht so gefestigt ist kann das schon zu Problemen führen, weil man sich rechtfertigen muss. (5KR fertig: 176 - 176)

B: Die Leute wissen das oft nicht, dass das so ist. ähm und was das auch so bedeutet und diese Adoption so nach sich zieht und finden das eher ähm befremdlich auch, dass das so ist. [Räuspern]

B2: Ganz vielen sagen dann auch noch, aber ihr dürft doch jetzt auch heiraten. Dann ist doch alles gleich oder nicht. Also es ist ja einfach so ein Unverständnis, warum ist denn immer noch nicht alles gleich? #00:45:11-6# (4KO fertig: 147 - 148)

B2: Es gibt Menschen die das gar nicht auf dem Schirm haben, das man da eben sagt, das gibt es auch und das gibt es gar nicht mal so selten und so und so viele Regenbogenfamilien gibt es mittlerweile. Das man da einfach mal so eine Sensibilität schafft, dass man da doch mal das Thema aufmacht. (3EA fertig: 129 - 129)

Ein zentraler Punkt wird in der strukturellen Diskriminierung gesehen, welche aus der mangelnden rechtlichen und gesellschaftlichen Gleichstellung entsteht und sich im Gesundheitswesen spiegelt. Der Wunsch nach Gleichstellung, Gleichbehandlung und dadurch finanzieller und emotionaler Entlastung wird von allen Personen geäußert.

B2: ja, und dass das System einfach ein bisschen mehr gleichgestellt ist, ne, also Hetero Paaren angeglichen wird, das ist einfach nicht, das ist einfach unfair, ne, so vom finanziellen her (1BO_fertig: 319 - 319)

B2: ok, also, Menschen aus bildungsferneren - oder, prekären sozialen Lagen, äm, oder Menschen mit Rassismus Erfahrungen, also, die werden nochmal, als, also, nochmal, im, also jetzt nochmal im Stichpunkt Intersexualität, ne, also, wenn Du da noch eine

Darstellung der Ergebnisse

Behinderung hats, und nicht weiß bist, und dann noch lesbisches Paar, ne, viel Spaß, so (2BR_fertig: 190 - 190)

Viele Paare wünschen sich ein spezielles Angebot für Regenbogenfamilien, welches die Bedürfnisse, die Geschlechterkonstellation und die Ansprache und Kommunikation berücksichtigt. Einige hätten retrospektiv gerne eine Wahl des Angebotes gehabt, auch wenn sie mit ihrer Betretung zufrieden waren.

B2: Wo wir waren, aber das war eigentlich total der Glückszufall. Wir waren ähm bevor wir damit begonnen haben, waren wir auf einem Regenbogenfamilienseminar Wochenende vom LSVD. ähm das war damals bei [Ortsname] und das hat uns total gut gefallen. Das war total der Zufall, dass wir das irgendwie im Newsletter gesehen haben. Wenn wir das nicht zufällig reingeguckt hätten in diese E-Mail rein, dann wären wir da gar nicht drauf gestoßen. Wir würden da eigentlich total gerne nochmal hingehen, aber irgendwie organisieren die das, das Angebot ist halt sehr gering und ähm ich glaube das das sehr sehr vielen Paare gefallen würde, wenn es da mehr Angebot gäbe. UNs hat das total viel gebracht, weil wir da das erste Mal aktiv auf Regenbogenfamilien gestoßen sind uns ähm und uns das einfach sehr gut gefallen hat (6FA fertig: 109 - 109)

B2: Und ähm da finde ich, die haben sehr darauf geachtet, dass man mit Respekt miteinander umgehen sollte und dass es nicht die richtige Methode gibt. Und das sind hlt schon so spezielle ähm Themen ähm die man so als Regenbogenfamilie oder in Planung braucht. Deswegen ist das schon wichtig so ein Angebot. (6FA fertig: 114 - 114)

Die Familien denke bereits auch an die Zukunft für ihr Kind und das Leben als Familie und erkennen die Probleme der strukturellen Diskriminierung.

B2: Bisher ja, ich bin gespannt was passiert, wenn wir einen Kindergartenplatz oder eine Tageseltern suchen sollten. Da bin ich gespannt drauf, was da noch mit uns passiert. Aber jetzt im Moment läuft es halt einfach. #00:43:47-5# (4KO fertig: 143 - 143)

B2: Nein, mmm einerseits ist es die Sprache und andererseits das Verständnis dafür, dass die Geburt eines Kindes in den meisten Fällen es nicht darum geht, eine Mutter und ein Kind sondern, dass ein Kind in ein System reingeboren wird in ein irgendwie geartetes Familiensystem. Das man sagt ein Kind wird geboren in ein System und lass uns gucken welches System ist das in diesem Fall. So eine Herangehensweise zu kreieren und die müssen, dass erstmal erkennen und wir müssen das nicht vorgeben. (7KO fertig: 164 - 164)

B2: Ja genau, wir sind ja beim Kinderarzt und die nehmen und halt ähm die haben zum Beispiel noch nicht auf dem Schirm dass ich ja noch gar keine Rechte habe formal, also die wollte nie eine Unterschrift von mir haben. Wo ich auch sagen musste rein formal darf ich das nicht unterschreiben. Also ich könnte das und das wäre den auch egal, aber da beharre ich auch immer so ein Stück drauf, um nochmal klarzumachen, weil dieses Rechtssystem in Deutschland mir das noch nicht erlaubt. Also mehr oder weniger sage ich das auch so. Weil ich das auch da nochmal wichtig finde auf diese Situation drauf aufmerksam zu machen, was für ein Rattenschwanz da jetzt noch kommt. # (4KO fertig: 145 - 145)

B2: Dass, also, es gibt nun mal, äh äh, Menschen, die sich nicht als Frau identifizieren, aber Kind kriegen, und für die ist es schwierig, zu einer Gynäkologin zu gehen. Ich glaube sogar, dass die im System nicht erfasst werden können, wenn sie einen männlichen Personenstand mittlerweile haben (2BR_fertig: 168 - 168)

Insgesamt ziehen sich die Kategorien *Nicht gesehen werden* sowie *Anders sein und Hürden belegend* durch allzu alle Erfahrungen der Regenbogenfamilien durch und begleitet sie im gesamten Prozess unterschiedlich intensiv ausgeprägt. Aus diesem Erfahrungen erwachsen die meisten Wünsche und Vorschläge zur Umsetzung. In den zahlreichen Interaktionen, welchen die Familien im

Darstellung der Ergebnisse

Gesundheitswesen auf ihrem Weg ausgesetzt sind, manifestieren sich diese Phänomene und werden vor allem durch Sprache und in Wörtern deutlich. Der Wunsch eine Adressatinnen gerechte Ansprache und Sprache zu erfahren sowie in Beratung, Informationsmaterial und Kursangeboten abgebildet zu werden und damit sichtbar zu werden, erwächst oft aus diesen Erlebnissen und Interaktionen. Der Wunsch nach einer selbstverständlichen Behandlung und danach anerkannt und wahrgenommen zu werden als Paar mit besonderen Bedürfnissen, zeigt sich ganz deutlich in zwei Interviews. In diesen haben die Paare neben dem deutschen Gesundheitssysteme noch ein weiteres erlebt und haben damit einen direkten Vergleich. Die Befragten berichten davon, dass es „ganz normal“ und „selbstverständlich“ war, sie sich nicht outen oder erklären mussten, da das Personal von sich aus in Erwägung gezogen hat, dass sie ein Paar sein konnten. Sie erlebten das Personal des Gesundheitswesens situationsgerecht und individuell auf die Bedürfnisse der Regenbogenfamilie reagierend. Es wird von einer gelebten Diversität und Offenheit berichtet, welche den Befragten im deutschen Gesundheitssystem sehr selten begegnet ist.

Einige der Paare beschreiben ihre Erfahrungen als positiv und geben an, dass sich die Personen des Gesundheitswesens „Mühe gegeben“ haben oder „nett“ und „Interessiert“ waren. Auch wenn das Erleben an sich als positiv gewertet wurde und in Erinnerung bleibt, sind sich fast alle bewusst, dass *Anders sein* ein zentraler Bestandteil der Situationen im Gesundheitswesen war. Zu diesen zählen ausgrenzende Erfahrungen genauso wie umgekehrte Diskriminierung, welche sich im Übervorteilen und besonderem Zugewandt sein zeigen. Die strukturelle Diskriminierung ist damit spürbar und der Wunsch nach „Normalität“ „Gleichstellung“ und dass es „endlich mal in den Köpfen der Leute ankommt“ erwächst.

B2: ja, anerkennt, oder, Leute es ist, umm, langsam Zeit, dass nicht mehr als Ausnahme zu behandeln (2BR_fertig: 155 - 155)

B1: NEE!! Wir hatten, wie lange haben wir denn jetzt schon Übergangszeit? (5KR fertig: 169 - 169)

6.10 Dimensionen

In den *Erlebens- und Interaktionsprozessen von Regenbogenfamilien in einem heteronormativen Gesundheitssystem* zeichnen sich vier Bereiche ab. Eine Zeitdimension (D), Erlebensprozesse (C) und Interaktionsprozesse und Strategien (B), welche die Bewältigungsdimension (A) formen. Diese vier Bereiche beeinflussen sich gegenseitig. Eine zentrale Aufgabe der Grounded Theory ist es,

Darstellung der Ergebnisse

die Handlungs- und Interaktionalen Strategien zu erkennen. Ihre Eigenschaften sind dabei prozessual, zweckgerichtet und zielorientiert und sind die Antwort auf Phänomene, welche auf eine bestimmte Art bewältigt werden. (vgl. Strauss et al. 1996: S. 83)

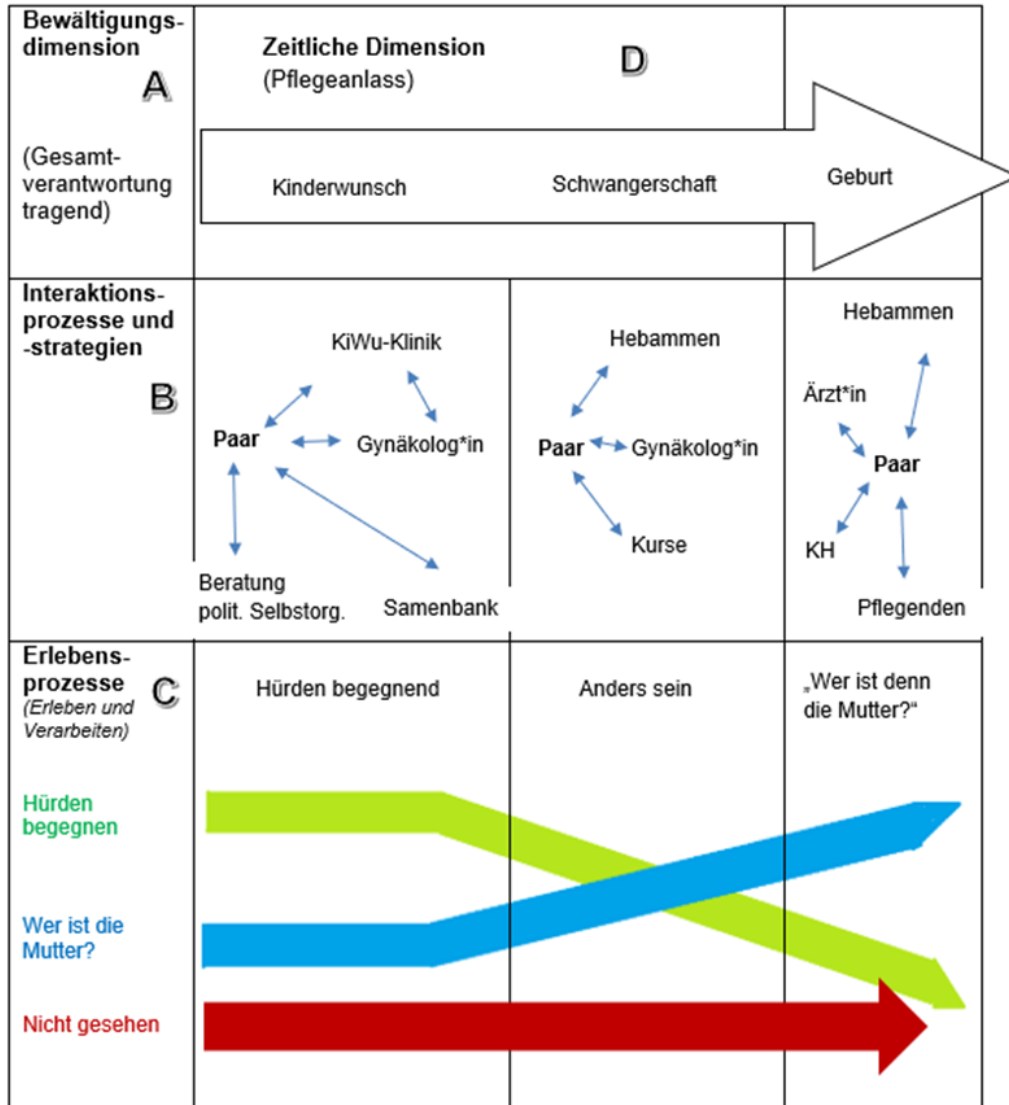


Abb. 4: Dimensionen, Erlebens- und Interaktionsprozesse von Regenbogenfamilien in einem heteronormativen Gesundheitssystem.

Die Bewältigungsdimension (A) zeigt die Bewältigungsstrategien und den Umgang der gleichgeschlechtlichen Paare mit den Erlebnissen in Kontext von Geburt und Schwangerschaft. Diese Bewältigungsstrategien werden durch die Erlebensprozesse (C), welche individuell sind und zu unterschiedlichem Umgang mit den Herausforderungen führen, verstärkt. Ein großer Teil des individuellen Erlebens wird von den zahlreichen Interaktionen und damit den Interaktionsprozessen und Strategien (B) geformt. Die Erlebnisse sowie die

Darstellung der Ergebnisse

Interaktionen verändern sich auf Grund des Pflegeanlasses und damit der Zeitdimension (D).

Die Zeitdimension ergibt sich aus den Abschnitten, welche den jeweiligen Pflegeanlass darstellen. Den Kinderwunsch, die Schwangerschaft sowie die Geburt und Wochenbett. Diese sind aufeinanderfolgend und können als Zeitstrahl gesehen werden. Dabei entstehen auch zeitliche Abschnitte in den Erinnerungen der Paare.

B1: Diesen ersten Schritt den fand ich persönlich so ähm man hat den Wunsch, man will das machen und mit diesem ersten Schritt war dann dann plötzlich so real, das fand ich an dieser Zeit was mir in Erinnerung geblieben ist. (5KR fertig: 36 - 36)

B2: Von da an, ging es für mich ziemlich reibungslos weiter. Das war, ne die vorher in der Praxis bei der Ärztin in [Ortsname des Wohnortes], fand ich holperig und das war sehr aufwendig und als wir dort eingebunden waren in der Kinderwunschpraxis, dachte ich Ok, jetzt, also ich habe dann auch irgendwann auch als wir da rausgegangen sind, habe ich geheult und dann, also die haben uns so normal behandelt. So ne, ja ähm als wären wir normales ähm Paar mit Kinderwunsch, so ähm und dafür sind die dann halt auch zuständig uns dabei zu helfen ähm Kinderwunsch zu realisieren. Also und dann von da an ging es für mich ganz glatt weiter. B: Ja (4KO fertig: 57 - 57)

Die Bewältigungsdimension wird in der Kategorie *Gesamtverantwortung tragen* mit ihren Subkategorien *Strategien der Vermeidung*, *Wegbereiterin sein* und *Suche nach Interessenbasiertem Angebot* sichtbar. Hier zeigt sich der Umgang der Regenbogenfamilien mit den erlebten Herausforderungen und trägt zur gesamten Pflegesituation bei. Durch bestimmtes Auslassen oder Umgehen von Situationen oder der Zuwendung zu speziellen Angeboten bis hin zur Meidung von institutioneller Hilfe, versuchen die Befragten diskriminierende Erfahrungen zu vermeiden. Einige bewältigen unangenehme oder herausfordernde Situationen, indem sie als Wegbereiterinnen agieren. Dabei handeln sie als Teil der Community und wirken aufklärend und als Vorbild.

Die Erlebensprozesse zeigt sich zwar in allen Kategorien, da das Erleben und Verarbeiten der Befragten untersucht wurde, ist jedoch in den Kategorien *Nicht gesehen werden*, *Hürden belegend* und *Wer ist denn die Mutter?* mit ihren jeweiligen Subkategorien zentral. Die Erlebensprozesse sind zentral für die Verarbeitung und den daraus folgenden Umgang mit den jeweiligen Situationen. Hier zeigt sich die Kategorie *Nicht gesehen werden* als zentraler Erlebensaspekt während der gesamten Zeit. Die gleichgeschlechtlichen Paare erleben eine konstante Marginalisierung im Gesundheitswesen während der Zeit des Kinderwunsches, der Schwangerschaft und der Geburt. Dies zeigt sich durch fehlende Abbildung, fehlende Akzeptanz der Familienform und mangelndes

Darstellung der Ergebnisse

bedürfnisgerechtes Angebot. Die Erlebensprozesse werden auch in der Kategorie *Wer ist denn die Mutter?* sichtbar. Die Familien erleben hier unangemessen und intime Fragen, welche oft nicht als situationsgerecht erlebt werden. Dabei erleben die Paare, dass die Fragenfrequenz mit der Zeit zunimmt und sich viele Angehörige des Gesundheitswesens erst nach einer gewissen Zeit im Verlauf der Schwangerschaft oder erst nach der Geburt trauen zu fragen. Die gesamte Kategorie *Hürden begegnend* erleben alle Paare. Besonders stark sind die Hürden jedoch in der Zeit des Kinderwunsches, welcher mit Hilfe von Institutionen (Kinderwunschkliniken, Samenbanken) erfüllt wird, ausgeprägt. Diese werden auf Grund *der langen Wege* am Anfang im Verlauf der Zeit milder erlebt. Bei Paaren, welche einen privaten Samenspender wählen oder eine Mehrelternschaft begründen und damit nicht von Institutionen abhängen, sind die Hürden anfangs auf Grund von Information, der rechtlichen Ungewissheit und Zugang erhöht - allerdings nicht so intensiv wie bei den Paaren, welche Kinderwunsch-Kliniken wählen. Es zeigt sich, dass die Erlebensprozesse stark von dem konsekutiven Element Institution zusammenhängen.

Die Interaktionsprozesse und Strategien ergeben sich aus den jeweiligen zeitlichen Anforderungen, welche unterschiedliche Personen fordern. In der Zeit des Kinderwunsches zeichnen sich vor allem Interaktionen mit Fertilitäts-Kliniken und Reproduktionsmedizin, Samenbanken, Hausärztinnen und Gynäkologinnen sowie Beratungsstellen ab. Die Zeit der Schwangerschaft ist von Interaktionen mit Hebammen, Vorbereitungskursen, Krankenhäusern oder gynäkologischen Praxen begleitet. Zur Zeit der Geburt und des Wochenbetts sind das Krankenhaus, Geburtshaus, die Hebamme und medizinisches Personal als Interaktionspartnerinnen zentral. Pflegende spielen in der gesamten Zeitdimension eine Rolle. Ausgeprägt und bedeutend ist diese vor allem in der Begleitung der Paare bei der Kinderwunschbehandlung, der Geburt und dem Wochenbett. Die Interaktionsprozesse und Strategien verändern sich somit im Verlauf durch den Pflegeanlass und zeigen spezifische Interaktionsprozesse zwischen den Regenbogenfamilien und Personen des Gesundheitswesens. Die vielfältigen und oft parallel ablaufenden Interaktionen beeinflussen das Erleben der Regenbogenfamilien umfangreich. Sie bestimmen zu einem großen Teil, ob sich Regenbogenfamilien willkommen, akzeptiert und gesehen fühlen. Damit beeinflussen sie auch den Geburtsprozess, welcher durch Atmosphäre und Sicherheit getragen wird. Die Interaktionsprozesse und Strategien entsprechen

Diskussion

dem konsekutivem Merkmal Interaktion im Systemischen Ansatz nach Hundenborn et al. (2007).

Aus diesen Prozessen und Dimensionen ergibt sich die Komplexität der (Pflege-) Situation.

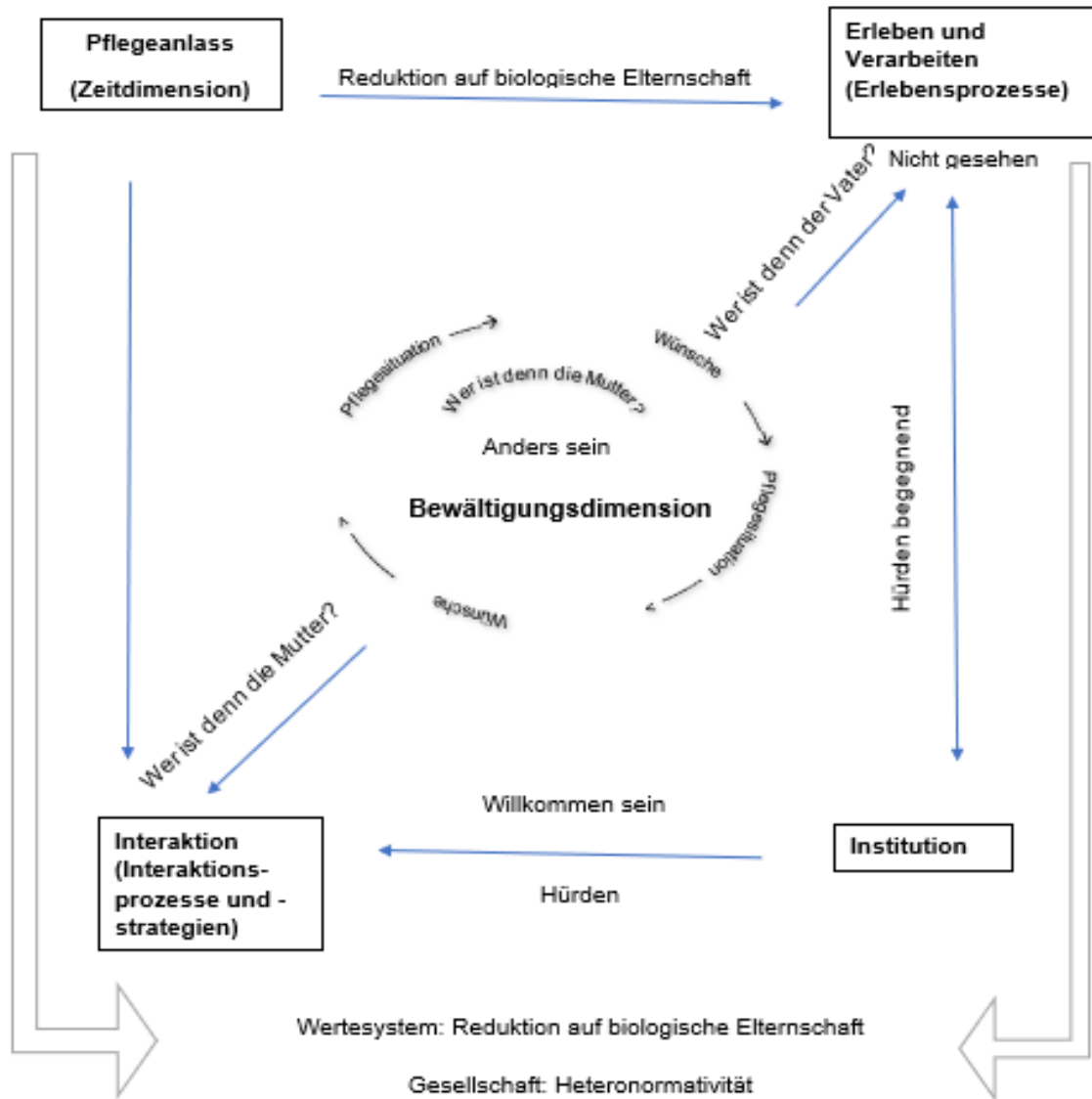


Abb. 5: Bezug der Kategorien, Dimensionen und Prozesse zum Systemischen Ansatz von Hundenborn/Kreienbaum. Modifiziert nach Hundenborn et al. 2007.

7 Diskussion

Die Ergebnisse werden im Folgenden anhand des theoretischen Rahmens und vor den Ergebnissen relevanter Literatur diskutiert. Dabei werden die Erlebnisse und Erfahrungen der Regenbogenfamilien und die sich daraus ergebenden Wünsche

in Bezug gesetzt und reflektieren die in Kapitel 4.2 aufgestellten Hypothesen und Fragestellungen, welche dieser Arbeit zugrunde liegen. Die Darstellung anhand des Systemischen Ansatzes soll die Bezüge, Verbindungen und Abhängigkeiten verdeutlichen, allerdings nicht als trennscharf gelesen werden. Die Ebenen und Merkmale sind voneinander abhängig, beeinflussen und überschneiden sich.

Pflegeanlass

Den Pflegeanlass, als vergleichsweise objektives Merkmal wird von den zeitlichen Anforderungen ergeben durch den Kinderwunsch, die Schwangerschaft und die Geburt mit dem Wochenbett geformt. Die vorgestellten Ergebnisse zeigen, dass Regenbogenfamilien selten objektiven Situationen begegnen und somit jeder Pflegeanlass zu etwas Besonderem oder einer Hürde werden kann. Ein Pflegeanlass erfordert professionelles, wissenschaftlich fundiertes, bedürfnisorientiertes und oft schnelles Handeln. Ein besonderer Pflegeanlass kann bei Regenbogenfamilien in der Thematik des Stillen gesehen eröffnet werden. Zwei Paare der vorliegenden Befragung äußern, dass das Erkennen der besonderen Situation, welche sich durch zwei Frauen ergibt als sehr positiv und überraschend erlebt wurde. Die Paare fühlten sich in der Situation „gesehen“ und als Regenbogenfamilie anerkannt. Mit diesem Erleben stellt sich bei den Regenbogenfamilien Sicherheit ein und die Erinnerungen werden besonders positiv abgespeichert. Das Erkennen einer besonderen Möglichkeit des Co-Stillens, also des Stillens (zusätzlich) durch eine andere Person als die Gebärende, als Chance zu erkennen erfordert Wissen und Aufklärung seitens der Pflegenden und Hebammen. Die Beratung und Anleitung zur Laktation von nicht gebärenden Müttern könnte als neue Herausforderung der professionellen Pflege aufgenommen werden. Juntereal et al. beschreiben den nachweislich positiven Einfluss durchs Stillen auf die Gesundheit von Säuglingen und die Empfehlung mehrere US-amerikanischer Gesundheitsinstitutionen das Stillen zu fördern. Die wichtige Rolle von Pflegenden, welche den Müttern Motivation und Techniken zum Erreichen einer individuellen Stillzeit durch ihre Begleitung und Anleitung geben können, wird betont. Dabei können die Mütter in ihrer Rolle unterstützt werden und einen sicheren Start in die Wochenbett-Zeit erfahren. Juntereal et al. kritisieren eine mangelnde Forschungslage der Thematik trotz eines zunehmenden Aufkommens von Regenbogenfamilien mit dem Wunsch des gemeinsamen Stillens. (vgl. Juntereal et al. 2019) in der vorliegenden Forschungsarbeit gibt ein Paar Bedenken an, das Pflegepersonal nach Beratung und Anleitung zum Co-Stillen zu fragen. Diese entsteht auf Grund der Befürchtungen in einem

Diskussion

heteronormativen System keine Erfüllung des Wunsches zu erfahren. Diese Ergebnisse zeigen sich auch in Veröffentlichung von Juntereal et al., welche als Implikation Schulung von Pflegepersonal hinsichtlich LGBTQI* Themen und vor allem Geburt, Schwangerschaft und Stillen vorschlägt. Dabei sollen Pflegende eine neue Expertise ausbauen und zu einer optimalen Versorgung von Regenbogenfamilien beitragen. Das Auslegen von speziellen Materialien, Flyern und Informationsblättern, welche Regenbogenfamilien und vor allem lesbische Mütter abbilden gehört dabei zu dieser optimalen Versorgung dazu. (ebd.) Denkbar wäre eine zusätzliche Erweiterung des Themengebietes. Das Stillen ist im heteronormativen Gesundheitssystem ein ausschließliches Privileg von gebärenden Frauen. Auf Grund von zahlreichen Stillproblemen bei gebärenden Frauen und der Empfehlung zum Stillen auf Grund der zahlreichen Vorteile für das Kind, können weitere Optionen neu gedacht werden. Die Studie von Wilson et al. zeigt zwar die mangelnde Forschungslage zum Thema auf und besagt, dass keine ausreichenden Aussagen zur Langzeitwirkung bei den stimulierten, also nicht-gebärenden, Müttern getroffen werden können, stellt aber Alternativen vor. Sie zeigen Möglichkeiten zur Laktation bei Adoptiveltern und damit nicht gebärenden Müttern auf. Diese Möglichkeiten werden von einigen Paaren als besondere Möglichkeit gesehen, welche zur Gesundheit des Kindes beiträgt und die Elternrolle und Bindung fördert. (vgl. Wilson et al. 2015) Auch für Männerpaare könnten sich hier neue Wege und Beratungssituationen ergeben, welche mehr beforscht werden müssten. Kreative Ideen und neue Forschung kann die pflegerische Expertise erweitern und Wünschen von Regenbogenfamilien entsprechen.

Institution

Die aktuellen Forschungslage zeigt immer wieder den Wunsch von Regenbogenfamilien nach speziellen Angeboten, wie Beratungsstellen, Informationsmaterialien, Geburts- und Babyvorbereitungskursen sowie LGBTQI* freundlichen Institutionen. (vgl. BMFSFJ 2014; Appelgren-Engström et al. 2018; Holland 2019; Bushe et al. 2017)

Diese Ergebnisse decken sich mit den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung. Alle Befragten geben an, dass sie in keiner Form in Informationsmaterialien, Flyern, Büchern und Kursangeboten abgebildet werden. Sie fühlen sich nicht repräsentiert und angesprochen im Material. Zwei Paare entscheiden sich bereits sehr früh im Prozess dafür, Ärzt*innen und Hebammen aufzusuchen, welche ihnen als LGBTQI* freundlich empfohlen wurden oder diese

sich auf Internetseite so vorstellen. Die Paare berichten von einer mühsamen und sehr zeitauswendigen Suche, welche letztendlich nur über politische Selbstorganisationen zu Ergebnissen führte. Ein Geburtsvorbereitungskurs für Frauenpaare wurde nur einmalig in Deutschland angeboten und bedeutet für die gleichgeschlechtlichen Paare einen großen zeitlichen Aufwand auf Grund der Entfernung und Organisation. Babyvorbereitungskurse, welche auf die Bedürfnisse von schwulen Vätern ausgerichtet sind, wurden in Deutschland nicht gefunden. Vier Paare besuchten einen allgemeinen Geburtsvorbereitungskurs, welcher von den Begleithebammen oder den Krankenhäusern angeboten wurde. Die meisten sind mit den gesammelten Erfahrungen zufrieden und konnten den Rahmen auch zur Reflexion der eigenen Rolle nutzen. Die Kursleitungen werden von allen als sympathisch und bemüht beschrieben. Trotz der positiven Erlebnisse, wird auch von einer „Sonderrolle“ berichtet oder dem „Es“ das mitkommt. Die Paare erleben besonders im Kontext der Geburtsvorbereitungskurse ausgeprägte heteronormative Strukturen, welche sich im Angebot oder mangelndem Angebot, der Sprache und Ansprache und der Gruppendynamik zeigen. Dabei werden die angehenden Eltern mit Stereotypisierungen, intimen Fragen, Überforderung, Irritation und Unsicherheit seitens der Kursleitungen und der Teilnehmenden konfrontiert. Diese Ergebnisse werden auch in dem Review von Wells et al. bestätigt. (vgl. Wells et al. 2016) Erst aus diesen Erfahrungen erwächst bei den Befragten retrospektiv der Wunsch nach speziellen Kursen und Angeboten, in denen sie wahrgenommen werden und ihre Bedürfnisse zur Geltung kommen. In der vorliegenden Untersuchung wird von drei Paaren zusätzlich der Wunsch nach LGBTQI* freundlichen Krankenhäusern und damit einem Erkennungsmerkmal gewünscht, um Diskriminierungserfahrungen vorzubeugen und langwieriges Suchen von Praxen, Kursen und Materialien zu minimieren.

Auf institutioneller Ebene ergibt sich aus diesen Erkenntnissen Handlungsbedarf. Das Überdenken von Strukturen könnte breiter aufgestellt werden und im Allgemeinen LGBTQI* Personen und unterschiedliche Familienkonstellationen willkommen heißen. Das gewünschte Gender- und Regenbogenfamiliensensible Informationsmaterial, Kursangebot und Beratung muss dabei von den Institutionen erstellt werden. Denkbar wäre eine offenere Kursgestaltung, welche alle Familienformen willkommen heißt und unterschiedliche Bedürfnisse ansprechen. Dies würde Abbildungen von unterschiedlichen Familienkonstellationen beinhalten, eine gendersensible Sprache und die Achtung der jeweiligen Rollen ohne biologische Reduktion. Politische Selbstorganisationen, aber auch das

Diskussion

BMFSFJ und einige kommunale Organisationen könnten hier als Partner*innen gewonnen werden. Sie bieten diverse Materialien, Aufklärungs- und Beratungsangebote, Plakate und Veranstaltung an, welche zur Sichtbarkeit und Aufklärung auch im Gesundheitswesen führen könnten. In den USA ist die Bestrebung nach Gleichstellung von LGBTQI* Personen und die Umsetzung auch im Gesundheitswesen bereits umgesetzt. Der Healthcare Equality Index (HEI) ist in den USA vor 12 Jahren von der Human Rights Campaign (HRC) gegründet worden. Die Intention der HRC ist eine grundlegende Gleichstellung von LGBTQ Personen im privaten und beruflichen Bereich sowie in der Gemeinschaft. Die Richtlinie, welche zur Bewertung der LGBTQ* Freundlichkeit in Krankenhäusern verwendet werden, könnten auch im deutschen Gesundheitssystem Beachtung finden. In diesem ist die Implementierung von Schulungen, Öffentlichkeitsarbeit und Engagement für die LGBTQ* Gemeinde, Fortschritte bei der Patient*innen Versorgung und Unterstützung von Mitarbeitenden aus dem LGBTQ* Personenkreis inbegriffen. (Ausführlicher Score befindet sich in C5)

„The HEI 2020 implements four core objectives: Ensure foundational protection for patients, visitors and staff in patient and staff policies and provide cultural competency training on LGBTQ inclusion. Demonstrate progress toward inclusion on LGBTQ patient care and support. Cultivate an inclusive workforce by providing LGBTQ-inclusive employee support and benefits. Demonstrate public commitment to the LGBTQ community.“ (HRC 2019)

Ebenfalls institutionell bedingt erleben Regenbogenfamilien teilweise massive Diskriminierungen in Themenbereich Kinderwunsch. Für die Paare, welche institutionelle Hilfe für die Erfüllung des Kinderwunsches wählen ergeben sich oft sehr lange und umständliche Wege, welche mit Ablehnung, Ausschluss Erfahrungen und Abhängigkeiten einhergehen. Ein Paar berichtet über halblegale Vereinbarungen mit Kliniken und Ärztinnen, einige berichten über die Anhängigkeit vom Wohlwollen der Behandelnden und nehmen dafür Diskriminierungen, Abwertungen, Drohungen und finanzielle Zusatzhürden in Kauf. Appelgren et al. kommen zu ähnlichen Ergebnissen und beschreiben die Diskriminierungserfahrungen von Frauenpaaren im Rahmen des Kinderwunsches. (vgl. Appelgren-Engström et al. 2018) In der groß angelegten deutschen Studie vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend in Baden-Württemberg zeigt sich bei den Befragten eine signifikante Unzufriedenheit und Diskriminierungserfahrung im Bereich Kinderwunsch und zu dessen Realisierung. Das Themengebiet sticht dabei in der gesamten Befragung zum Gesundheitssystem besonders heraus. (vgl. BMFSFJ 2014) Der Zugang zu

Diskussion

Fertilitätsbehandlungen und Reproduktionsmedizin sind für gleichgeschlechtliche Paare in Deutschland nicht klar rechtlich geregelt. Es ergeben sich Grauzonen, welche bei den meisten Kliniken und privaten Praxen für Unsicherheit sorgen und nur wenige Kliniken die Kinderwunschbehandlungen von Frauenpaaren unterstützen. (vgl. Lenz 2012) Für Männer bleibt der Weg innerhalb einer Zweierbeziehung in Deutschland gänzlich verschlossen. Die Erfahrungen im Rahmen des Kinderwunsches prägen die gleichgeschlechtlichen Paare nachhaltig. Viele der Befragten wiederholen immer wieder, dass sie „das nicht so schnell vergessen werden“ oder sie wütend und belastet durch diese Erlebnisse sind. Die Institutionen des Gesundheitswesens können die rechtliche Situation zwar nicht bestimmen, aber das dort arbeitende Personal für die besondere Lage der Patientinnen sensibilisieren. Lesbische Frauen unterscheiden sich nicht in ihrem Wunsch Mutter zu werden von anderen Frauen. (vgl. Gartell et al. 1999; Borneskog et al. 2014) Sie können Trauer und Verlust erleben auf Grund der Tatsache, dass sie selbst keine Kinder zeugen können und ihnen einige Wege verschlossen bleiben. Dieses Erleben fördert eine Offenheit bei den lesbischen Müttern gegenüber Beleidigungen, Diskriminierungen und Ablehnungen. (vgl. Black et al. 2014) Pennings stellt in einer Studie möglich Wege und deren Auswirkung auf gleichgeschlechtliche Paare dar. Dabei stellt er heraus, dass eine möglichst schnelle Kinderwunscherfüllung auch bei invasivem Einsatz sich positiv auf die Frauenpaare auswirkt. Lange Wege und Hürden beim Zugang zur Reproduktion wirken sich negativ auf das emotionale Erleben der Paare aus. (vgl. Pennings 2016) Die Interviewpartnerinnen dieser Untersuchung berichten über die Marginalisierung ihrer Wünsche. Sie fühlen sich oft nicht ernst genommen und immer wieder nicht gesehen in ihrem Wunsch Eltern zu werden und den damit verbundenen Hürden. Die Paare benötigen eine besonders sensible Begleitung und einen Raum akzeptiert zu werden, in dem diese Themen Beachtung und ein sensibler Umgang finden. Dieser Wunsch wird auch im Rahmen dieser Arbeit beobachtet. Die Befragten bemängelt sehr oft die „schroffe“ oder „unterkühlte“ Art der Pflegenden im Kontakt. Die langen und oft aussichtslosen Wege werden zu einer zunehmenden emotionalen als auch finanziellen Belastung, welche Prüfung der Lebensentwürfe und Loslassen von Plänen erfordert. Dieser besondere Beratungsbedarf wird auf Grund von fehlender Aufklärung, herrschenden Vorurteilen und der Marginalisierung der Existenz und der Bedürfnisse von gleichgeschlechtlichen Paaren verkannt. Auch hier ist der Abbau von ausschließlichen heteronormativen Strukturen zu überdenken. Besonders das binäre Denken, welches als Familienform nur Vater und Mutter kennt und keine

Diskussion

anderen Familienformen mitdenkt, muss abgebaut werden. Der Reduktion auf die biologische Elternschaft kann mit Schaffung von Diversität in Abbildung, der Aufstellung und Positionierung von Kliniken, Unterstützung von Kampagnen und Öffentlichkeitsarbeit begegnet werden. Die personelle Kompetenz bei den Pflegenden, Hebammen und dem medizinischen Personal muss grundlegend überdacht und ausgebaut werden. (siehe Kapitel 8)

Insgesamt wird strukturelle Diskriminierung, auf Grund der genannten Aspekte, von den Institutionen unterstützt und vorgelebt. Die Marginalisierung von Regenbogenfamilien in Darstellungen und Angeboten und eine fehlenden Fort- und Weiterbildungsstruktur in diesem Themenbereich, trägt zu zentralen Problemen auf der Interaktionsebene bei.

Interaktion

Interaktionen sind ein wesentlicher Bestandteil des Pflegeprozess. Im Zentrum steht die zu Pflegenden Person mit ihrem Erleben und Verarbeiten sowie die Pflegeperson mit ihrem Erleben und Verarbeiten. Diese formen die Art der Interaktionen und zeigen sich in Kommunikation, Haltung und Handlung. In der vorliegenden Untersuchung zeigt sich nicht adressatengerechte Kommunikation, fehlende Ansprache, Anders sein und Konfrontation mit intimen Fragen dominant. Diese Aspekte spiegeln eine gestörte Interaktion zwischen den Pflegenden, dem medizinischen Personal und den Hebammen. Diese Ergebnisse werden ebenfalls in internationalen Studien zum Thema gefunden. Hier berichten die Befragten über abfällige Bemerkungen, unsensible Fragen, mangelnde Ansprache und Homophobie. (vgl. Dahl et al. 2013; Wells et al. 2016; Appelgren-Engström et al. 2018; Andersen et al. 2017) Die gleichgeschlechtlichen Paare erfahren alle immer wieder ein Verkannt werden als Paar oder als Familie und werden als Schwester, Mutter und Tochter, Freunde oder Kumpels angesprochen. Auch nach dem Richtigstellen der Tatsache, dass es sich um ein Paar handelt, werden einige der Befragten weiter falsch angesprochen. Diesen Umstand erklären sich die Befragten damit, dass einige Pflegenden und Hebammen das nicht wahr haben wollen und beziehen dies teilweise auf die Konfession der Häuser. Alle Befragten erleben die fehlende Ansprache und das Fehlen von Begrifflichkeiten für die nicht gebärende Mutter oder den nicht genetischen Vater. Das Pflegepersonal und die Hebammen werden hier als unsicher, unaufgeklärt und unprofessionell erlebt. Dieses Verkannt werden als Mutter oder Vater führt dazu, dass sich die Elternteile unsichtbar fühlen und ihre Rollen hinterfragen und preisgeben müssen. Die Fragen und die Probleme werden nicht gesehen und gehört und auch ein Beratungs- und

Diskussion

Begleitungsangebot erleben die wenigsten Befragten. Oft führt diese Interaktion zu ungewollten umgekehrten Verhältnissen, in denen die Regenbogenfamilien zu Aufklärerinnen werden und das Personal als Wegbereiterinnen schulen. Dies beobachtet auch Dahl in seiner Arbeit. (vgl. Dahl et al. 2013) In einigen Fällen führt es zu Resignation und dem Verzicht sich zu Outen und zu Erklären. Die pflegerische Basis ist das Erheben des individuellen Bedarfs, für welchen eine Vertrauensbasis obligat ist. Nur durch diese können sich die Personen öffnen und ihre Wünsche mitteilen. Vertrauen und Beziehungsaufbau kann aber nur hergestellt werden, wenn sich die Regenbogenfamilien als diese erkannt fühlen oder die gebärenden Mütter die Sicherheit haben, dass ihre Situation gesehen und respektiert wird. In der betonen zwei Paare, dass sie sich auch erst entspannen konnte als diese Sicherheit gegeben war und die Familie akzeptiert wurde. Dieser Umstand ist für die Geburt von hoher Relevanz. Die befragten Regenbogenfamilien wünschen sich Akzeptanz und respektvollen Umgang mit beiden Elternteilen, in dem beide als Eltern angesprochen werden und in den Prozess integriert werden. Dazu sollen die Fragen beider Eltern gleichwertig beantwortet werden und die Familie als solche behandelt werden. Einige Befragte erleben, dass Hebammen und Pflegende eine Wertung und Hierarchie der Elternteile aufbauen. In Geburtsvorbereitungskursen wird zum Beispiel nicht von einem gemeinsamen Kind gesprochen, wie bei heterosexuellen Eltern, sondern vom Kind der schwangeren Mutter. Bei Männerpaaren wird stets nach der Mutter gefragt, während die Männer für Freunde gehalten werden. Solche Bewertungen und das Absprechen des Mutter- oder Vaterseins werden als verletzten und unverschämt erlebt und bleiben im Gedächtnis. Zusätzlich sind die Paare in den Interaktionen intimen und oft übergriffigen Fragen ausgesetzt. Die Frage *Wer ist denn die Mutter/ der Vater?* zeigt den Familien, dass sie als Familie nicht akzeptiert sind, aber sie zeigen auch das mangelnde Wissen der Pflegende und Hebammen. Weitere Fragen nach Entstehung des Kindes greifen tief in die Privatsphäre der Paare und zeigen mangelnden Respekt seitens der Fragenden. Auch wenn bei den Interaktionen mit den Hebammen die gleichen Kommunikationsprobleme beschrieben werden, entschuldigen die Paare dies und betonen den trotz dessen sympathischen und netten Kontakt, in dem sich die Hebammen Mühe geben. Dieser Umstand kann darauf basieren, dass die Beziehung zu den Hebammen über einen längeren Zeitraum besteht und diese sich so nach und nach auf die Regenbogenfamilien einstellen kann oder kommunikative Defizite durch eine gute Versorgung ausgeglichen werden. Auch intime und oft unsensible Fragen werden auf Grund der bestehenden Beziehung nicht immer übergriffig erlebt.

Diskussion

Es sollte nicht nur dem Wunsch der Regenbogenfamilien entsprechen, sondern auch gelebte Selbstverständlichkeit sein, dass Pflegende, Mediziner*innen und Hebammen sich auch gegenüber nicht heteronormativen Lebensformen professionell verhalten. Dazu gehört die Eigenreflexion von Vorurteilen und das Prüfen des Wissensbestandes in neuen Situationen. Ein würdiger und situationsgerechter Umgang, welcher durch Akzeptanz, adressatengerechte Ansprache und Vermittlung von Sicherheit geprägt ist.

Erleben und Verarbeiten

Das Erleben der Befragten dieser Untersuchung ist so individuell wie jede Person und Situation sowie jede Paarkonstellation und Dynamik. Alle Paare betonen immer wieder bei bestimmten Situationen, dass sie nicht wissen ob diese auf Grund von Gleichgeschlechtlichkeit so erlebt werden, da sie keinen Vergleich haben. Ein Vergleich des eigenen Erlebens mit dem einer anderen Person, einer heterosexuellen Person ist nicht möglich und somit kann diese Komponente nicht ausgeschlossen werden. Dennoch ist sie nicht relevant, denn im Rahmen dieser Arbeit zählen die subjektiven Erlebnisse und die tatsächlichen Ereignisse, so wie sie den Paaren wiederfahren sind. Besonders die negativen und als unangenehm und diskriminierend erlebten Ereignisse bedürfen keiner Rechtfertigung und Objektivierung. Denn sie sollten, egal ob sie auf Grund von Homophobie, Überarbeitung oder Unwissenheit entstanden, beachtet werden und zum Umdenken und Umstrukturieren anregen.

Das Erleben und Verarbeiten der Regenbogenfamilien spiegelt sich auch von der Motivationstheorie von Maslow wider.

Nichterfüllung eines physischen Bedürfnisses kann zur verminderten Motivation auf den folgenden Ebenen der Motivationspyramide führen und hat damit weitreichende Konsequenzen. Das physische Bedürfnis zeigt sich als Bedürfnis nach Schwangerschaft, Mutterschaft, Vaterschaft oder Elternschaft. Wie oben beschrieben wird dieses (bei Männerpaaren) nicht erfüllt oder geht mit starken Ausgrenzenden und Diskriminierenden Erfahrungen einher. Das existenzielle des Bedürfnisses zeigt sich auch im Hinterfragen von Lebensentwürfen und neuen Lebenshaltungen der Befragten. Das Sicherheitsbedürfnis während der vulnerablen Zeit adäquat gesundheitlich versorgt zu werden wird teilweise erfüllt. Alle Befragten haben Zugang zu Kliniken, Krankenhäusern und Praxen, in welchen sie teilweise große Unterstützung und Versorgung erhalten haben. Alle Paare haben gesunde Kinder zur Welt gebracht und die Schwangerschaft gesund

Notwendige Applikationen in den Ausbildungen des Gesundheitswesens

überstanden. Nicht erfüllt ist das Sicherheitsgefühl in der Hinsicht, dass die Familie als solche und damit die weiteren Elternteile nicht immer akzeptiert wurden. Daraus ergeben sich Störungen auf der Ebene der sozialen Bedürfnisse durch die beschriebene Interaktionsprozesse. Das soziale Bedürfnis nach Familie wird den Paaren teilweise abgesprochen oder zumindest nicht anerkannt. Die Regenbogenfamilien erhalten keine Anerkennung für die Hürden, welche sie meistern, sie werden nicht immer voll akzeptiert und respektiert, womit die Individualbedürfnisse auch nicht erfüllt werden können.

8 Notwendige Applikationen in den Ausbildungen des Gesundheitswesens

Notwendige Applikationen leiten sich aus der vorliegenden Forschung auf vielen Ebenen ab. Um die Forschungsfrage zu beantworten wird der Fokus auf die Ableitung in der Ausbildung von angehenden Pflegenden gelegt. Angehende Pflegende formen den zukünftigen Pflegealltag und beeinflussen ihn bereits während der Ausbildung, in dem sie in unterschiedliche Situationen gebracht werden. Damit können die Auszubildenden als Multiplikatoren wirken und ein neues Denken und Handeln aufbauen und alte Strukturen, welche Diskriminierung fördern, abbauen.

Pflegesituation

Die sich im Systemischen Ansatz zentral befindende Pflegesituation, welche aus allem umgebenden konsekutiven Merkmalen geformt wird, soll in diesem Kapitel Ausdruck finden. Die Pflegesituation ist hochindividuell und stellt zu jedem Zeitpunkt und bei jeder Person andere Anforderungen an das Pflegepersonal, welche sich aus den Wünschen und Bedürfnissen der zu Pflegenden und versorgenden Personen ergeben sowie aus den Anforderungen, welche der Pflegeanlass bringt. Das Situationsprinzip und die Kompetenzorientierung, welche die angehenden Pflegefachkräfte auf die unterschiedlichen hochindividuellen Situationen vorbereiten soll, ist den Rahmenlehrplänen für die generalistische Pflegeausbildung ein zentraler Bestandteil.

Die Ausbildung ist auf den Erwerb und die Entwicklung von Kompetenzen ausgerichtet, die für eine qualitätsgesicherte und an den individuellen Lebenssituationen orientierte Bearbeitung unterschiedlicher und komplexer Pflegesituationen erforderlich sind. Kompetenzorientierung ist demnach ein wesentliches Konstruktionsprinzip, das den Rahmenplänen zugrunde liegt. (Bundesgesundheitsministerium 2019: S. 9)

Notwendige Applikationen in den Ausbildungen des Gesundheitswesens

Um dieser Anforderung bezüglich des LGBT* Personenkreises und in der vorliegenden Arbeit besonders der Regenbogenfamilien zu begegnen, ist das Wissen um unterschiedliche Lebensformen, Lebensführungen sowie Familienkonstellationen obligat. In den Interviews wurde deutlich, dass sich die Paare vielen Fragen aussetzen müssen und selbst als *Wegbereiter*innen* agieren und damit zur Aufklärung beitragen und Wissenslücken bei den Pflegenden und Hebammen versuchen zu schließen. Die Paare selbst sind in einer sensiblen Situation des Kinderwunsches, der Schwangerschaft oder der Geburt, welche ein sicheres und souveränes Handeln seitens der Pflegenden und Hebammen verlangt. Durch intime und oft unangebrachte Fragen, welche nicht situationsgerecht gestellt werden oder Irritation und ablehnendes Verhalten, wie es von den Befragten beschrieben wird, entstehen Ängste, Ärger und Unsicherheit. Die Unsicherheit kann sich negativ auf den Geburtsprozess oder den weiteren Verlauf der Schwangerschaft auswirken. Vor allem aber kann das Vertrauen ins Gesundheitssystem und die damit einhergehenden Behandlungen und Beratungen verloren gehen. (vgl. Wells et al. 2016; Borneskog et al. 2014) Betrachtet mit der Motivationstheorie Maslows (siehe Kapitel 3) können auf Grund das nicht gestillten Sicherheitsbedürfnisses weitere Defizite im Bereich der sozialen Bedürfnisse entstehen. Durch die ständige Sorge und dem Bestreben nach Sicherheit, kann so der Fokus auf notwendige und hilfreiche soziale Kontakte dezimiert werden. Pflegende, Hebammen und andere Personen des Gesundheitswesens können eine wichtige Rolle bei der Bewältigung der Hindernisse und Herausforderungen, welche sich für Regenbogenfamilien oder für gleichgeschlechtliche Paare mit Kinderwunsch ergeben, spielen. Dabei können sie die Erinnerungen der Familien positiv und die Vertrauensbasis ins gesamte Gesundheitssystem fördern und damit zum Sicherheitsgefühl beitragen. (vgl. Webster et al. 2016) Dies zeigt sich auch eindeutig bei den Befragten der vorliegenden Studie, welche trotz mangelnden Wissens seitens der Pflegenden, Hebammen und Ärztinnen viele positive Erinnerungen haben, wenn diese ihnen respektvoll und freundlich begegnen und sich Mühe geben.

In der Ausbildung zukünftig Pflegenden und Hebammen muss somit neben der allgemeine Beratungskompetenz, Wissen vermittelt werden, welches diese Wissenslücken bei den Auszubildenden schließt. Die mangelhafte Aufklärungslage wird von den Befragten besonders bei rechtlichen Fragen, Wissen um Familienkonstellationen, dem Thema Kinderwunsch und den Möglichkeiten der Umsetzung beschrieben. Im Rahmen der Ausbildung wären diese Punkte zu

Notwendige Applikationen in den Ausbildungen des Gesundheitswesens

thematizieren. In der Curricularen Einheit 9 (CE 9) des Rahmenplanes 2019 heißt es:

Über die gesamte Lebensspanne sind Menschen zu einer individuellen und selbstbestimmten Gestaltung ihres Lebens aufgefordert. Die Individualität von Lebenswelten findet ihren Ausdruck in individuellen Lebensentwürfen und in einer individuellen Lebensgestaltung, die in einem hohen Maße von der persönlichen Lebensgeschichte bestimmt wird. Diese ist wiederum in historische, gesellschaftliche und kulturelle Gesamtzusammenhänge eingebunden und ohne diese nicht zu verstehen. (Bundesgesundheitsministerium 2019: S. 181)

Hier wird auch das Thema LGBTQI* verortet mit dem Bezug zu Möglichkeiten sozialer Vernetzung und besonderer Netzwerke der Community. In der CE 9 werden für das erste und zweite Ausbildungsjahr gesellschaftliche Entwicklung, welche auch das Gesundheitssystem beeinflussen verortet. An dieser Stelle könnte eine Auseinandersetzung mit der Thematik verortet werden, in dem relevante Gesellschaftliche Ereignisse und Rechtsprechungen, welche die LGBTQI* Community betreffen vermittelt werden. Es könnte ein Wissen aufgebaut werden, welches Vorurteile und falsche Fakten abbaut. Die Befragten berichten in diversen Situationen von einer Unsichtbarkeit ihrer Familienform und dem Verteidigen von Rollen. Mit dem Wissen um unterschiedliche Lebensentwürfe und den Möglichkeiten der Familiengründung, könnten die Auszubildenden in künftigen Situationen auch unterschiedliche Konstellationen in Erwägung ziehen. Besonders im Gesundheitswesen werden die angehenden Pflegenden und Hebammen mit Pathologisierungen von Homosexualität und Transgender konfrontiert. Im ICD- 10 F64 wird unter Störungen der Geschlechtsidentität Transsexualität bei Erwachsenen und Kinder nach wie vor aufgeführt. (vgl. BfArM 2020) Auch Reproduktionsmedizin zeigt sich hauptsächlich im Rahmen von Pathologien und wird mit Fertilitätsstörungen von heterosexuellen Paaren in Verbindung gebracht.

Die Diagnose ‚Homosexualität‘ wurde erst 1991 aus dem ICD-10 gestrichen. Mindestens bis zu diesem Zeitpunkt wurden Lesben und Schwule in der Psychiatrie und im Gesundheitssystem häufig pathologisiert und es wurde versucht, Homosexualität zu behandeln bzw. zu ‚heilen‘. Heutzutage soll Lesben und Schwulen in diesem Rahmen vorurteilsfrei begegnet werden. Für Beschäftigte im Sozial- und Gesundheitswesen ist es wichtig, dass sie im Rahmen von Fortbildungen die Möglichkeit haben, sich bezüglich gleichgeschlechtlicher Lebensweisen sowie dem respektvollen Umgang mit ihnen in der beruflichen Praxis zu informieren und auseinanderzusetzen. (Kläser 23. Juli 2010: S. 291)

In der Studie von Tzur-Peled (2019) werden die Vorurteile und Abneigungen seitens der befragten Pflegenden gegenüber Homosexuellen Patient*innen und besonders Regenbogenfamilien deutlich. Die Forschung zeigt auch hier eine signifikante Korrelation zwischen Wissen, Aufklärung und Vorurteilen und einer

Notwendige Applikationen in den Ausbildungen des Gesundheitswesens

abwertenden Haltung gegenüber Regenbogenfamilien. (vgl. Tzur-Peled et al. 2019) Dies deckt sich größtenteils mit den Ergebnissen der vorliegenden Studie, in welcher der Wunsch nach professioneller und aufgeklärter Betreuung durch Pflegende, medizinischem Personal und Hebammen mehrfach geäußert wird. Damit wird die Relevanz von Aufklärung innerhalb der Ausbildungen sowie im Verlauf der Arbeitszeit deutlich. Hier wären auf institutioneller Ebene Programme und Kooperationen mit politischen Selbstorganisationen denkbar. Diese könnte Informations- und Aufklärungsmaterial anfertigen oder bereitstellen, Kursleitungen vermitteln und unterstützend bei der Umsetzung von diskriminierungsfreien Strukturen beraten. In Anerkennungsverfahren von ausländischen Pflegenden und medizinischem Personal, sowie im praktischen Ausbildungsjahr von Ärzt*innen könnten entsprechende Fragen und Aufklärungen verankert werden. Diese würde gewährleisten, dass die Zukünftigen Mitarbeitenden im Gesundheitswesen um die Legalität und gesellschaftliche Akzeptanz wissen, aber auch die Hürden und Problematiken erkennen. Dies würde dem Wunsch der Befragten, nach Aufklärung und Sicherheit ein Stück entgegenkommen.

Auch wenn eine gezielte Aufklärung und Wissenserwerb zu der gesamten Thematik und ihren Teilgebieten die Basis darstellen, ist eine gelebte Diversität für die Ausbildung einer entsprechenden Haltung grundlegend. Diese Haltung als Kompetenz kann erst eine Pflegesituation entsprechend der Wünsche von Regenbogenfamilien schaffen in der sie sich aufgenommen, gesehen und sicher fühlen. Diese kann nicht durch eine selektive Veranstaltung, eine Einheit in Lehrplan oder das Aufsuchen einer Fortbildung aufgebaut werden. Vielmehr muss eine allgemeine Diversität systematisch gezeigt und gelebt werden. Abbildungen von diversen Familien- und Lebensformen innerhalb der gesamten Ausbildung und darüber hinaus können dies unterstützen.

Demnach sollen Regenbogenfamilien überall als eine mögliche und vor allem gleichwertige Lebensform sowie als vorurteilsfreie Möglichkeit der familiären Erziehung in allen Bereichen der Gesellschaft dargestellt werden, vor allem auch in politischen Maßnahmen und im Rahmen der Antidiskriminierungspolitik. (Kläser 23. Juli 2010: S. 287)

Das *Nicht gesehen werden und Anderes sein* welches ausschlaggebend für den Wunsch nach Akzeptanz, Gleichgestellt sein, Abgebildet und angesprochen werden ist, findet ihren Ursprung in der heteronormativen Gesellschaft, welche sich auch im Bildungssystem wiederfindet. Das binäre Denken in Mann und Frau, Mutter und Vater, die Reduktion von Elternschaft auf die Biologie und damit

Notwendige Applikationen in den Ausbildungen des Gesundheitswesens

genetische Abstammung zeigt sich eindeutig in Lernmaterialien, Büchern, Informationsmaterial und im gelebten Alltag. Um den großen Wunsch von Regenbogenfamilien nach Sichtbarkeit zu erfüllen, ist ein Umdenken auf Ausbildungsebene notwendig. Die generalistische Pflegeausbildung bietet hier eine einzigartige Gelegenheit neu zu denken und neue Strukturen zu integrieren.

Die generalistische Ausbildung, die auf die Pflege von Menschen aller Altersstufen ausgerichtet ist, und der Situationsbezug erfordern mehr denn je ein exemplarisches Lernen. Der Auswahl der Lerngegenstände kommt daher bereits auf der curricularen Ebene eine zentrale Bedeutung zu. Auch dieses didaktische Prinzip wird in den Ausführungen des Kapitels 4 erneut aufgegriffen. (Bundesgesundheitsministerium 2019: S. 8)

Das exemplarische Lernen kann mithilfe von kasuistischen Mitteln, zum Beispiel Fallarbeit aufgegriffen werden und somit eine breite Verknüpfung zwischen den Disziplinen und Anforderungen schaffen. Die Gelegenheit bei der Gestaltung von neuen Fällen, Ausbildungsbüchern und Materialien, kann für die Verankerung von Diversität genutzt werden. Das Abbilden von unterschiedlichen Familienformen und Konstellationen, den spezifischen Hürden und Problemen sowie Ausschluss- und Diskriminierungserfahrungen sollte so kontinuierlich in den drei Ausbildungsjahren eingebaut werden. Durch die Verwendung unterschiedlicher Persönlichkeiten, Probleme und Familienkonstellationen in allen Curricularen Einheiten kann eine gelebte Selbstverständlichkeit vermittelt werden. Die Diversität in der Fall- und Unterrichtsgestaltung kann so auch auf andere Themen ausgeweitet werden und Menschen unterschiedlicher Herkunft, Sozialer Status, sexueller Orientierungen und Identifizierungen, Namen und Kulturen ausgeweitet werden. Alle Befragten der vorliegenden Arbeit gaben an sich in keiner Form während ihrer Erfahrungen im Gesundheitswesen, abgebildet gefühlt zu haben. Sie sind in Informationsmaterialien, Flyern, Büchern, Krankenhausbegehungen und Kursangeboten nicht sichtbar. Dem Wunsch nach Sichtbarkeit könnte in diesem Schritt einen Anfang finden.

Ein weiterer Hauptwunsch der Interviewten bezieht sich auf die Kommunikation und die Sprache in Wort und Schrift. Die befragten berichten von fehlenden Begrifflichkeiten, fehlender Ansprache und fehlender adressatengerechter Beratung. Dies deckt sich ebenfalls mit der bisherigen Forschungslage, in welcher gerade bei lesbischen Müttern einen besonderen Beratungsbedarf identifizieren. Black beschreibt in diesem Rahmen ein „Unvollständig fühlen“, Zweifeln und Trauer bei den nicht gebärenden Müttern. Dies wird unter anderem durch die fehlende Kommunikation und Ansprache von pflegenden und Hebammen

Notwendige Applikationen in den Ausbildungen des Gesundheitswesens

begründet. Empfohlen wird eine sensible Begleitung. (vgl. Black et al. 2014) Auch Wojnar beschreibt einen Beratungsbedarf der gesamten Familie, aber auch der nicht gebärenden Mutter. Diese wird oft nicht gesehen und angesprochen und erfährt in der Phase der Schwangerschaft und Geburt Zurückweisung, da der Fokus ausschließlich auf der gebärenden Mutter liegt. (vgl. Wojnar et al. 2014) Die Relevanz des besonderen Beratungs- und Begleitungsbedarf muss vor allem vor dem Hintergrund der neuen Vorbehaltenden Tätigkeiten in die Ausbildung integriert werden. Die zukünftigen Pflegenden sind sollen den Pflegebedarf erheben, steuern, planen und evaluieren. Dieser Pflegeprozess setzt einen Beziehungsaufbau zwischen Pflegenden und zu Pflegenden und eine Erhebung von individuellen Bedürfnissen und Wünschen voraus. Besonders im Kontext von Geburt und Schwangerschaft sind den individuellen Wünschen, Vorerfahrungen und Gegebenheiten der gebärenden Personen von höchster Priorität. (vgl. Krahl et al. 2015) Um diese Beziehung und Vertrauensbasis aufzubauen und den besonderen Pflegebedarf zu ermitteln, welcher sich in der Zeit des Kinderwunsches, der Schwangerschaft und Geburt ergibt, ist die Akzeptanz der jeweiligen Familienform obligat.

Mit der Feststellung des Pflegebedarfs, der Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses sowie der Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege sind Aufgaben erfasst, die Pflegenden mit der Berufsbezeichnung Pflegefachfrau/Pflegefachmann vorbehalten sind. Sie beschreiben zugleich die berufsspezifische Arbeitsmethode des Pflegeprozesses. (Bundesgesundheitsministerium 2019: S. 7)

Im Ausbildungsprozess muss neben der Aufklärung, Wissensvermittlung, der Integration von Diversität in Arbeits- und Unterrichtsmaterialien auch eine gendersensible Komponente ausgebildet werden. Die Ausbildungsträger und die Lehrenden können Stereo Typisierungen und die heteronormative Weltsicht, welche die Auszubildenen mitbringen abbauen oder diese reflexiv behandeln und Gegenbilder aufbauen.

„Pädagogik, verstanden als Teil von Gesellschaft, reagiert auf die heteronormative Verfasstheit der Gesellschaft, weil sie ein Teil von ihr ist. Pädagogischen Räumen, allen voran der Schule, wird eine maßgebliche Rolle bei der Herstellung und Verfestigung von Vorstellungen über Geschlechter und Sexualität zugeschrieben.“ (Ketelhut et al. 2019: S. 2)

Der Abbau dieser Muster kann maßgeblich dazu beitragen, dass die zukünftigen Pflegenden und Hebammen neu denken und Diversität leben können. Nur so kann die von den Regenbogenfamilien gewünschte Offenheit im Denken entstehen, durch welche auch nicht heterosexuelle Paare und Familien in Pflegesituationen erkannt und akzeptiert werden. Die Auszubildenen sollte hierfür Termini zur

Methodische Reflexion

Ansprache lernen, welche angemessen sind und intime Fragen somit nicht unangemessen gestellt werden.

Gerlach beschreibt, dass immer mehr Regenbogenfamilien entstehen, diese aber nach wie vor gesellschaftlicher und rechtlicher Diskriminierung ausgesetzt sind. Eine Aufgabe der Hebammen sieht sie im Prüfen der eigenen Annahmen und dem Überprüfen der eigenen Wortwahl. (Gerlach 2018: S. 68)

Eine (vor-) gelebte Diversität und Offenheit an Ausbildungsstätten kann die Auszubildenden motivieren ihre Denkmuster zu überdenken und zu reflektieren oder abseits der heteronormativen Strukturen neue aufzubauen.

Aufklärung, Wissensvermittlung, Abbau von Vorurteilen und Zuschreibungen sowie Diversität und offene Haltung durch Vorleben und angepasste Lernmaterialien in der Ausbildung der zukünftig Pflegenden, können dazu beitragen, dass die Wünsche von Regenbogenfamilien erfüllt werden und damit zum Abbau struktureller Diskriminierung beitragen.

9 Methodische Reflexion

Die methodische Reflexion erfolgt anhand der Evaluationskriterien der Grounded Theory. In einem weiteren Schritt werden die allgemeinen Limitierungen der Masterthesis genannt.

Die Grounded Theory besteht aus drei Kodierabschnitten und hat das Ziel, eine Theorie zu generieren. Auf Grund des gegebenen Rahmens ist die tiefe Auseinandersetzung nur bis zum zweiten Kodierabschnitt, dem axialen Kodieren, erfolgt. Das selektive Kodieren ist bereits mitgedacht und während der anderen Kodierabschnitte erfolgt, jedoch nicht in seiner gänzlichen Tiefe. Die Dimensionen und die Suche nach Widersprüchen und Gegenteilen hätte hier weiter vertieft werden sollen, um mehr Sättigung und Tiefe zu erreichen. Ebenso sind die in den Daten stattfindenden Prozesse teilweise erkannt worden, wurden aber nicht weiter analysiert und belegt. Diese Einschränkungen ergeben sich auf Grund der zur Verfügung stehenden Zeit und daraus, dass es sich um eine Masterthesis handelt.

Sättigung

Sobald die Forschende überzeugt ist, dass die generierten Konzepte auch einen theoretischen Rahmen bilden, die Ergebnisse auch für andere Forschende von Relevanz sein könnten, und die Forschende einen festen Glauben an ihre Theorie hat aufgrund der langen und intensiven Analyse, ist die Forschung zum Abschluss

Methodische Reflexion

bereit. Bei weiterer Forschung kann mehr Tiefe gewonnen werden, die Kernkategorie ist allerdings bereits ausreichend gesättigt. Die weitere Analyse ergibt immer wieder die gleiche Kernkategorie. (vgl. Glaser et al. 2005: S. 229)

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde auf Grund des Rahmens einer Masterthesis und der beschränkten Zeit keine Sättigung im Sinne der Grounded Theory angestrebt. Die Forscherin entdeckt während des Kodierens immer wieder die gleichen Beziehungen und Ursprünge, so dass sich eine Kernkategorie abzeichnet. Diese wird anhand von Beispielen und Zusammenhängen des Materials dargestellt. Auch wenn diese in allen Interviews ersichtlich ist und belegt werden kann und sich damit eine Sättigung abzeichnet, müsste noch eine weitere gründlich Prüfung auf Gegenteile erfolgen.

Glaubwürdigkeit

Der „Moment echten Lebens“ also das Abbild der echten Realität gilt es besonders hervorzuheben. Viele Kritiker der Qualitativen Forschung und der Forschung mittels Grounded Theory halten diese für ein „Vorspielen“ der echten Realität für die wissenschaftliche Erhebung. Dabei soll der Forschende tief genug in die beforschte Welt eintauchen, um sie zu erleben, aber noch ausreichend Distanz zur Reflexion haben. (vgl. Glaser et al. 2005: S. 130)

Die Autorin verwendet einige In Vivo Codes, und fängt damit die originalen Aussagen der Befragten ein, wodurch sie lebendig wirken. Die Ergebnisdarstellung erfolgt anhand von ausgewählten Zitaten der Interviews, somit sprechen die Daten selbst und wirken durch die direkten Aussagen und Auszüge authentisch. Die beforschte Welt betritt die Forscherin durch direkte Kontaktaufnahme, das Studieren des Feldes durch Besuche offener Veranstaltungen der Gruppen sowie durch einen persönlichen Bezug und persönliche Erfahrungen im Feld. Um genügend Distanz zu bewahren und eine Reflexion zu gewährleisten, führt die Autorin ein Reflexions- und ein Forschungstagebuch. In diesen hält sie ihre Erlebnisse, Vorerfahrungen, vorgefertigte Meinungen und Vorannahmen fest und reflektiert diese. Zusätzlich wendet sie Techniken zum Erhöhen der theoretischen Sensibilität an, wie sie von Strauss und Corbin (1996) beschrieben werden. (vgl. Strauss et al. 1996: S. 56- 74)

Die erste Herausforderung der Forscherin besteht darin ihre Theorie und den theoretischen Rahmen glaubwürdig und nachvollziehbar darzustellen. Hierfür wird die Entstehung der Konzepte nach und nach dargestellt. (vgl. Glaser et al. 2005: S. 132) Strauss und Corbin (1996) erstellen hierfür sieben Kriterien zur Bewertung.

Methodische Reflexion

(vgl. Strauss et al. 1996: S: 217) Die Autorin legt die Auswahl der Untersuchungseinheit ausführlich dar, welche zusätzlich beschrieben wird. Hypothesen und Vorannahmen werden innerhalb der vorliegenden Arbeit sowie in den Memos im Anhang transparent dargestellt.

Eine Herausforderung bietet die lebendige Darstellung der Ergebnisse. Ein Standardansatz ist es mit Hilfe von Auszügen aus dem Material zu präsentieren, wie aus den Daten die Theorie entstand. Die Beziehungen zwischen den Kategorien und die oft monatelangen Auseinandersetzungen mittels ständiger Vergleiche plausibel darzustellen, stellt eine weitere Herausforderung dar. Hierfür wird die Darstellung mit Skizzen und Tabellen empfohlen. (ebd.: S. 132- 133) Der Gebrauch eines kodifizierten Verfahrens erhöht zusätzlich die Glaubwürdigkeit. (ebd.: S. 232- 243)

Die Autorin beschreibt den Prozess der Datenerhebung sowie der Datenanalyse kleinschrittig und nachvollziehbar. Die Darstellung beinhaltet Kategorienbeispiele der jeweiligen Kodierabschnitte und integrative Diagramme, welche als Vorstufe einer Theorie gesehen werden können sowie die Konzepte abbilden. Die Vernetzungen und Beziehungen, sowie die Entwicklung der Theoriegenerierung wird so nachvollziehbarer. Zusätzlich werden zahlreiche Memos angefertigt (siehe C2). Zu diesen gehören theoretische Notizen, Zusammenfassungen, das Aufbrechen der Daten und zahlreiche Skizzen, integrative Diagramme und Tabellen. Die Verwendung von Originalzitate und In Vivo Codes trägt zur Lebendigkeit in der Darstellung bei.

Theoretisches Sampling

Die Gewinnung der Untersuchungs-Einheit in der Grounded Theory unterscheidet sich von vielen anderen qualitativen und quantitativen Methoden. Auf Grund der ständig vergleichenden Analyse werden Hypothesen aufgestellt, welche sich als Konzepte präsentieren. Wenn ein Konzept als bedeutsamen eingestuft wird gilt es als Bestätigung theoretischer Relevanz. Auf Grund dieser werden neue Ereignisse gesucht, welche die Konzepte belegen oder widerlegen, also eine theoretische Relevanz zur Entwicklung der Theorie haben. Die Samplingeinheit wird somit nach und nach erstellt und ergibt sich aus der Relevanz der analysierten Daten. (vgl. Stauss et al. 1996: S. 149- 150)

Ein theoretisches Sampling im Sinne der Grounded Theory ist innerhalb der vorliegenden Arbeit nur angedeutet worden. Die ersten Interviewpartnerinnen wurden zufällig auf Grund ihres Interesses ausgewählt. Auf Grund des zeitlichen

und geforderten Rahmens eine Masterthesis wurde nur eine gezielte weitere Suche gestartet. Die Forschungsfrage bezieht sich auf Regenbogenfamilien, allerdings wurden bis April 2020 nur Frauenpaare für die Befragung gefunden. So entstand nochmal eine gezielte Suche nach Erfahrungen von Männerpaaren, welche die Perspektive erweitern und zusätzlich als kontrastierendes Mittel verwenden werden konnten. In einem größeren zeitlichen Umfang wären weitere Samplings denkbar, so könnte eine gezielte Suche nach Paaren mit Erfahrungen in der Reproduktionsmedizin stattfinden oder Paare mit Erfahrungen von privaten Samenspendern (diese haben sich in der vorliegenden Arbeit zufällig ergeben). Weiter wäre die Perspektive des Co-Parentings sowie die von transgender Personen in Familienkonstellationen wichtig gewesen, diese hat sich in dieser Arbeit nicht ergeben. Der Wechselprozess von Datenerhebung und Auswertung im Wechsel ist für die Grounded Theory Methodologie von großer Bedeutung. (vgl. Przyborski et al. 2010: S. 194) Dieser ist in der vorliegenden Arbeit nur einmal durchgeführt worden.

9.1 Limits der Arbeit

Forschungslage und Literaturrecherche

Die aktuelle Forschungslage der Thematik wurde angestrebt darzustellen und wird in Rechercheprotokollen gezeigt und mit einem Flussdiagramm untermauert. Trotz der Transparenz und einer langen gezielten Literaturrecherche kann die komplette Darlegung der aktuellen Forschungslage nicht garantiert werden. Es bestehen Limitierungen bei dem fremdsprachigen Suchen, da der Begriff Regenbogenfamilien und die damit zusammenhängenden Phänomene sich in verschiedenen Sprachen sehr unterschiedlich zeigen. Da es sich um keinen klar definierten Begriff handelt, welcher zudem unterschiedlich übersetzt wird, können Studien und Artikel übersehen worden sein, welche andere Begrifflichkeiten verwenden. Zusätzlich ist die Thematik besonders im Bereich Recht und Gesundheitswesen einem steten Wandel unterworfen, welcher zu sich ändernden Gesetzen, Auflagen und Forschungen führt. Auf Grund des zeitlichen Ablaufs der vorliegenden Arbeit, können somit Forschungsarbeiten, Studien und Artikel übersehen worden sein. Die Literaturrecherche wurde zudem ab März 2020 durch die herrschende Corona-Pandemie erschwert, da Beschaffung von Literatur und öffentlicher Zugang zu Bibliotheken und Archiven restringiert worden war.

Datenerhebung/ Interviews

Methodische Reflexion

Die Forscherin plante persönliche Paarinterviews mit allen Befragten. Auf Grund des Coronavirus und des damit verbundenen Lockdowns wurden nur die ersten beiden Interviews persönlich geführt, während alle weiteren Interviews als Skype-Interviews stattfanden. Der nicht persönliche Kontakt kann zu kleinen Einschränkungen in der Offenheit geführt haben. Um dem vorzubeugen und eine Beziehung aufzubauen, führt die Autorin regelmäßigen Email-Kontakt mit den Interviewteilnehmer*innen und auf Wunsch auch Telefonate mit einigen Paaren. Zusätzlich ergeben sich einige (wenige) Verständnisschwierigkeiten durch unterbrochene Verbindungen und eine andere Akustik als bei persönlichem Austausch. Die Zuordnung der Stimmen bei der Transkription waren dadurch eine Herausforderung, welche, trotz mehrfacher Prüfung, eventuelle Restfehler enthalten kann. Ein Interview, welches im Juni geführt wurde, konnte nur als Einzelinterview geführt werden und nicht als Paarinterview. Auf Grund der Zusicherung des Befragten, dass es sich um die gemeinsamen Erlebnisse handelt und der Relevanz der Perspektive für das vorliegende Forschungsprojekt, wird das Interview trotz dieser Einschränkung verwendet. Durch eine Paarbefragung wären hier noch mehr Erfahrungen und Erlebnisse denkbar, deren Erhebung möglich gewesen wäre. Für die Vergleichbarkeit wurden alle anderen Faktoren vor und innerhalb der Interviews bei allen Befragten gleich gehandelt.

Ein Demand-Effekt (Aufforderungsmerkmal) ist bei dieser Thematik denkbar. Dabei könnten die Befragten denken, dass die Interviewerin nur an negativen Erfahrungen interessiert ist und somit die Diskriminierungserfahrungen im Vordergrund stehen. Auch wenn dies nicht komplett ausgeschlossen werden kann, hat die Autorin versucht dem vorzubeugen, indem sie die Interviewfragen sehr offen gehalten hat. Zusätzlich hat sie im Verlauf der Interviews die Tatsache, dass auch positive Erfahrungen relevant sind, betont und explizit auch nach positiven Erlebnissen der Paare im Forschungskontext gefragt.

Untersuchungseinheit

Bei der Untersuchungseinheit wurde nicht das ganze Spektrum der Regenbogenfamilien erhoben und abgebildet. Es handelt sich um sieben Frauenpaare und ein Männerpaar, welche befragt wurden. Nicht befragt wurden Familien mit transgener Eltern, Co-Parenting-Familien und alle Konstellationen, welche sich daraus ergeben. Trotz mehrfacher Suche nach unterschiedlichen Konstellationen von Regenbogenfamilien wurden nur Frauenpaare gefunden,

Fazit

welche weitere Kontakte herstellten. Dieser Umstand deckt sich auch mit der oben aufgeführten Literatur (siehe Kapitel 2.2)

Einige der Befragten selbst bezeichnen sich trotz der langen Wege und Hürden als „privilegiert“, denn sie haben finanzielle Möglichkeiten, ein stabiles persönliches, soziales und berufliches Umfeld und können damit auf zahlreiche Ressourcen zugreifen. Dies trifft auf alle Befragten zu. Damit ist nur eine gewissen Schicht der Bevölkerung abgebildet worden, auch wenn diese zufällig gewählt ist. Ergebnisse mit einem anderen Sampling könnten sich anderes zeigen. Zu vermuten wäre, dass Menschen, welche keine finanziellen Ressourcen und keine persönliche Unterstützung erfahren, auf noch höhere und vielleicht andere Hürden und Erfahrungen stoßen.

Eine Verzerrung ist auf Grund der persönlichen Bekanntheit zu zwei Paaren denkbar. Um dem vorzubeugen dokumentiert die Autorin vor und nach den Interviews die Gegebenheiten, Vor- und Nachgespräche und Vorerfahrungen, welche relevant sein könnten. Innerhalb eines Reflexionstagebuches werden diese Themen aufgegriffen.

Inhalt

Die Paare selbst sagen oft, dass sie natürlich nicht wissen inwieweit die Erfahrungen auf ihre Homosexualität bezogen sind. Einige Erfahrungen können auch anderen Ursprung haben. Allerdings ist durch die Befragung von Paaren eine gewisse Validität vorhanden, denn die Paare bestätigen oder dementieren Erlebnisse gemeinsam.

Kritisch betrachtet werden muss auch die Eigenbetroffenheit der Autorin. Diese kann zu subjektiven Interpretationen und Wahrnehmungen führen, andererseits bringt sie damit eine Sensibilität für das Feld mit und kann gezielt Kontakte aufnehmen, um das Sampling aufzubauen.

10 Fazit

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit zeigen eine strukturelle Diskriminierung im deutschen Gesundheitswesen, welcher Regenbogenfamilien in unterschiedlichen Settings begegnen. Eine besonders starke Ausgrenzung zeigt sich im Bereich des Kinderwunsches und dessen Erfüllung sowie in dem systematischen Marginalisieren der Bedürfnisse gleichgeschlechtlicher Paare auf allen Ebenen. Als zentrale Hürde wird die fehlende Sichtbarkeit von Regenbogenfamilien in Sprache und Schrift identifiziert. Diese äußert sich in fehlenden Begrifflichkeiten

Fazit

für die nicht biologischen Eltern, in fehlenden Kursangeboten, fehlenden Abbildungen in Informationsmaterialien, Büchern und Beratungsangeboten. Als Ursprung aller Phänomene werden Heteronormativität und das ausschließliche Anerkennen biologischer Elternschaft identifiziert. Trotz negativer Erlebnisse und dem Bewusstsein „Anders zu sein“ erleben viele Regenbogenfamilien positive Überraschungen, zugewandte Behandlungen und Personal, welches bemüht ist, strukturelle Diskriminierung auf der personellen Ebene auszugleichen. Als Wunsch werden Gleichstellung, Abbau von Hürden, Zugang zu Reproduktionsmedizin mit finanzieller und emotionaler Entlastung sowie der Wunsch nach Sichtbarkeit in Angeboten, Materialien und Sprache genannt. Dieser Wunsch nach adressatengerechter Kommunikation in Sprache und Schrift und damit die Akzeptanz von LGBTQIA* Personen und den damit verbundenen Familienkonstellationen wird als zentral gesehen.

Ziel der Masterthesis war es die Forschungsfragen in Kapitel 4.2 zu beantworten. Diese Zielsetzung wurde teilweise erreicht, wenn auch weiterer Forschungsbedarf besteht. Regenbogenfamilien fühlen sich im deutschen Gesundheitssystem nicht wahrgenommen und abgebildet. In den unterschiedlichen Settings des Gesundheitswesens sammeln Regenbogenfamilien immer wieder Erfahrungen struktureller Diskriminierung. Die Interaktionen mit Pflegenden werden als unsicher und unaufgeklärt erlebt, während der Kontakt mit Hebammen, trotz fehlender sprachlicher Sensibilität, überwiegend sympathisch beschrieben wird. Der Wunsch nach speziellen Kurs-, Informations- und Beratungsangeboten besteht bei vielen Paaren bereits zu Beginn des Weges, während dieser bei anderen Paaren auf Grund von negativen Erlebnissen retrospektiv aufgebaut wird. Mit konkreten und direkten Vorurteilen werden Regenbogenfamilien selten konfrontiert, diese werden vielmehr auf einer subtileren Ebene vermittelt, in dem die Paare immer wieder anders behandelt werden. Selten werden gleichgeschlechtliche Paare als Paar erkannt und dementsprechend angesprochen, somit werden sie verbal nicht beide als Eltern erkannt und akzeptiert. Die Frage danach wie Regenbogenfamilien mit Diskriminierungserfahrungen umgehen ist nur teilweise beantwortet. Der Umgang zeigt sich in der Übernahme der Verantwortung, in der Aufklärung des Personals, in Vermeidungsstrategien und in einigen Fällen mit Rückzug aus dem System. Die Ergebnisse ergeben sich aus der Befragung von sieben lesbischen Regenbogenfamilien und der Perspektive einer schwulen Regenbogenfamilie durch die Befragung eines Vaters. Auf Grund dieser Zusammensetzung sind die Forschungsfragen nur teilweise beantwortet, denn die Befragten decken nicht das

Fazit

gesamte Spektrum an Regenbogenfamilien ab. Weitere Perspektiven von Vätern, Erfahrungen von Co-Parenting-Familien und Familien mit transgender Personen wären wünschenswert gewesen. Diese mangelnde Perspektive wird auch in zahlreicher Literatur bestätigt und wird auf einen erschwerten Feldzugang bezogen. Zusätzlich sind schwule Regenbogenfamilien mit in der Beziehung entstandenen leiblichen Kindern auf Grund des Ausschlusses zur Reproduktion und Leihmutterschaft derzeit noch selten. Die gewonnenen Ergebnisse bestätigen die Ergebnisse der gefundenen internationalen Literatur. Neue Erkenntnisse lassen sich zu den Ausschlusserfahrungen des Kinderwunsches herausstellen. Dies wird darauf zurückgeführt, dass Literatur zur Forschungsfrage und Thematik des Kinderwunsches aus Ländern stammt, in welchen Reproduktionsmedizin für homosexuelle Paare geregelt, erlaubt und anerkannt ist. Die in dieser Befragung erhobenen Erfahrungen von Ausschluss, Abhängigkeit und Hilflosigkeit in Zusammenhang mit Kinderwunschbehandlungen, der Finanzierung und emotionalen Begleitung bilden damit eine neue Ebene der Hürden von LGBTQIA* Personen im deutschen Gesundheitswesen ab. Die vorliegende Untersuchung kann zur Schließung der bestehenden Forschungslücke beitragen. Die Bestätigung der Ergebnisse der skandinavischen, australischen und US-amerikanischen Studien ist dennoch neu, da eine Forschungslage zum Thema in Deutschland bisher nicht besteht. Interessant ist die Überschneidung der Erfahrungen aus allen genannten Ländern, welche sich teilweise in wortgleichen Aussagen der Befragten spiegelt. Das Erleben von heteronormativen Hürden und des Mangels an speziellen Angeboten sowie die Ausgrenzung und fehlende Ansprache von nicht gebärenden Müttern wird in allen thematisch bezogenen Studien erhoben. Interessant ist diese Parallele, weil es sich um grundlegende Unterschiede in den Gesundheitssystemen, in der Politik und in der Rechtslage der jeweiligen Länder handelt.

Ob Anschlussfähigkeit der Arbeit an zukünftige Forschung gegeben ist, kann nicht letztendlich beantwortet werden.

Als zukünftige Forschung denkbar wären Befragungen von Paaren in anderen Regenbogenfamilienformen, aber auch Einzelbefragungen. In den vorliegenden Ergebnissen zeigt sich in Einklang mit anderen Studien, dass besonders in dem Bereich Rollen, Ansprache und Kommunikation gegenüber den Co-Elternteilen Unsicherheit und Ignoranz besteht. Durch Einzelinterviews könnte eine tiefere Befragung des besonders sensiblen Themenbereichs erfolgen und als Anlass zum Umdenken genommen werden. Die Ergebnisse zeigen, dass die strukturellen

Fazit

Bedingungen im Gesundheitswesen die Bedingungen für das Personal schaffen, welches letztendlich das Verhalten zeigt, welches Regenbogenfamilien erfahren. Forschung über die tatsächlichen Bedingungen und Zusammenhänge, welche strukturelle Diskriminierung von Regenbogenfamilien im Gesundheitswesen fördern, könnte Einsichten fördern und Anstöße zum Abbau dieser liefern. Um der Problematik auf der manageriellen Ebene zu begegnen, müssen institutionelle Rahmenbedingungen beleuchtet werden und Freiräume zum Neudenken identifiziert werden.

Auffällig ist der Kontrast in der Befragung zu gefundenen ausländischen Studien hinsichtlich der Erlebnisse beim Kinderwunsch. Um dies näher zu beleuchten und den Vergleich zwischen dem deutschen Gesundheitswesen und anderen herzustellen, wäre weitere Forschung notwendig. Diese könnte die Ausschluss-Erfahrungen von Regenbogenfamilien genauer erfassen und Vorschläge zur Verbesserung ableiten. Eine Erhebung über die tatsächliche Nachfrage von speziellen LGBTQIA* Angeboten im Gesundheitswesen und die Darstellung des vorhandenen Angebots, könnte Transparenz schaffen und die Frage nach dem genauen Bedarf beantworten. Um den Bedarf an Angeboten, Beratungen, Begleitungen und Materialien, welcher sich in den vorliegenden Ergebnissen abzeichnet zu begegnen, sind genauere Maßnahmen und Pläne notwendig. Hierfür müssten die Erhebung der genauen Kommunikationsstrukturen erfolgen und Störungen in den Interaktionsprozessen identifiziert werden. Aus diesen könnten Kommunikationsvorschläge und Ideen zu einem gelungenen respektvollen Beziehungsaufbau erwachsen.

Um die im Rahmen dieser Forschung aufgestellten Hypothese, dass Auszubildende in Gesundheitsberufen als Multiplikatoren fungieren können, zu prüfen ist Forschung notwendig und relevant. Ein Umdenken und Aufbau von neuen Strukturen können nur durch Bildung und durchs Vorleben erfolgen. Die Erstellung eines konkreten Konzeptes für die Aus- und Fortbildungen zur Umsetzung erfordert weitere Auseinandersetzung mit der Thematik und den Wünschen und Bedürfnissen von Regenbogenfamilien. Auch müssen institutionelle Rahmenbedingungen und personelle Ressourcen dabei beachtet und erhoben werden. Schließlich wäre eine Intervall-Evaluationen nach Einführung solcher Änderungen nötig, um die Konzepte zu prüfen und anzupassen. Die Sicht der im Gesundheitswesen arbeitenden Personen wäre für eine allumfassendere Sicht des Themengebietes zusätzlich zu erforschen. Hierbei könnten eventuelle Vorurteile, Zuschreibungen, Kommunikationsverhalten, persönliche Haltung und im Alltag gelebte Diskriminierungen sowie

Fazit

Gruppendynamik innerhalb von Teams herausgestellt werden. Aus diesen könnte ein spezifischer und bedürfnisorientierter Ansatz zu Umsetzung der Aufklärungsarbeit entstehen.

Die vorgestellten Ergebnisse zeigen, dass die erlebte strukturelle Diskriminierung von Regenbogenfamilien im Gesundheitswesen in einen größeren Kontext eingebettet ist. Die unklare Rechtslage hinsichtlich der Kinderwunschthematik sowie heteronormative gesellschaftliche, politische und rechtliche Strukturen bilden den Rahmen des Gesundheitssystems und ihrer Akteure. Aus diesen ergeben sich starre Strukturen, welche hierarchisch auf alle Ebenen übertragen werden. Auch wenn die Rechtslage und die politischen Systeme nicht von den Akteuren des Gesundheitswesens erschaffen werden, so können sie auf ihrer Ebene für einen signifikanten Unterschied sorgen. Mit dem Aufbau von Wissen, Reflexion der eigenen Muster und Vorurteile, Schaffung von Diversität in den Abbildungen in Informations- und Bildungsmaterialien, in Sprache und einer offenen Haltung können alle den Wünschen von Regenbogenfamilien begegnen und der alltäglich erlebten strukturelle Diskriminierung mit ihren Hürden entgegensetzen.

Versicherung selbstständiger Arbeit

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit zum Thema „Wünsche von Regenbogenfamilien im Kontext von Geburt und Schwangerschaft“ selbstständig und ohne unerlaubte Hilfe verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Die Stellen der Arbeit, die anderen Quellen im Wortlaut oder dem nach entnommen wurden, sind durch Angaben der Herkunft kenntlich gemacht.

Köln, den 30. Juli 2020

Joanna Maria Duda

11 Erläuterung zum Anhang

Die vorliegenden Masterthesis wird durch zwei Anhänge ergänzt. Anhang A befindet sich direkt im Anschluss. In diesem **Anhang A** werden Dokumente angefügt, welche für das erweiterte Verständnis dieser Arbeit relevant sind oder der Transparenz im Rahmen von wissenschaftlichen Anforderungen dienen. Angehängt werden diese, um den Lesefluss nicht zu stören. Anhang A teilt sich zur besseren inhaltlichen Übersichtlichkeit in A 2 und A 3.

Anhang A 2 beinhaltet Dokumente, welche sich auf das Interview und die Interviewpartner*innen beziehen. Im **Anhang A 3** befindet sich der Kodierleitfaden.

Auf der beigegefügt CD befindet sich **Anhang C**, der sich ebenfalls in mehrere Einheiten gliedert:

C 1

Unter C 1 Recherche befindet sich unter C1a das PRISMA Flow Diagramm, Rechercheauszüge und Protokolle sowie Suchstrategien anhand des Reff-Hunter Protokolls. C1b zeigt das ausführliche Protokoll aller eingeschlossenen Studien mit Kurzzusammenfassungen und Bewertungen

C 2

Unter C 2 Memos befindet sich ein Teil der Memos der Autorin, welche während der Erarbeitung entstanden. C2a greift die relevanten Memos zu Vorannahmen und zur Reflexion auf, welche im Rahmen der GT von Bedeutung sind. Die zusätzlichen Ordner: C2b Memo- Diagramme+ Integrative Diagramme, C2c Memos zum offenen kodieren. Kode Notizen, C2d Memos zum axialen Kodieren und C2e Theoretische Notizen, dienen der Transparenz bei der Gewinnung der Kategorien beim Aufbrechen der Daten und dem Umgang mit den Kodierabschnitten.

C 3

Im Abschnitt C 3 werden alle ergänzenden Materialien zum Interview, Interviewführung, Vor- und Nachbereitung sowie die Transkripte gespeichert. Dazu gehören die Ordner: C 3b Interview Dokumentationen des Interviewkontextes, C 3c Infos und Gesuch für Teilnehmende, C 3d Interview Transkripte, C3a Interview. Kompletter Leitfaden, Interview- Pre- Test- Vor- und Nachbereitung. Vorlage

C 4

Unter C 4 Kategorien befindet sich nochmal der ausführliche C 4a Kategorienleitfaden, die C 4b Kategorienstatistik und einige C 4c Skizze. Kodierparadigma und das Axiales Kodieren.

C 5

Im C 5 Relevante Studien und Literatur Ordner, befinden sich alle relevanten im Kapitel 2. 2 aufgeführten Studien als Volltexte. Zusätzlich werden weitere interessante und verwendete Studien eingefügt, sowie Material der HRC als Information. Die ausführlichen Studienbewertungen befinden sich ebenfalls im Ordner C 5.

In **C 6** ist nochmal die Studienauflistung mit Kurzzusammenfassungen zum schnelleren Zugreifen aufgeführt.

12 Literaturverzeichnis

Andersen, Anna-Eva et al. (2017): „Lesbian, gay and bisexual parents' experiences of nurses' attitudes in child health care-A qualitative study“. In: *Journal of clinical nursing* 26, H. 23-24, S. 5065–5071

Appelgren-Engström, Heléne et al. (2018): „Mothers in Same-Sex Relationships Describe the Process of Forming a Family as a Stressful Journey in a Heteronormative World. A Swedish Grounded Theory Study“. In: *Maternal and child health journal* 22, H. 10, S. 1444–1450

Bergold, Pia/Buschner, Andrea (2018): „Regenbogenfamilien in Deutschland“. Bundeszentrale für politische Bildung (Hg.). URL: <https://www.bpb.de/gesellschaft/gender/homosexualitaet/269064/regenbogenfamilien> [Stand: 21. Mai 2020]

Bergold, Pia/Rupp, Martina (2011): „Konzepte der Elternschaft in gleichgeschlechtlichen Lebensgemeinschaften“. In: Rupp, Marina (Hg.): *Partnerschaft und Elternschaft bei gleichgeschlechtlichen Paaren. Verbreitung, Institutionalisierung und Alltagsgestaltung*. Opladen, Farmington Hills, MI: Verlag Barbara Budrich (= Zeitschrift für Familienforschung. Sonderheft; 7), S. 120–146

BfArM (2020): „ICD-10-GM Version 2020. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision German Modification Version 2020“. Bundesministerium für Arzneimittel und Medizinprodukte (Hg.). URL: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2020/> [Stand: 06. Juli 2020]

Black, P./Wendy Smith Fields (2014): „Contexts of Reproductive Loss in Lesbian Couples May/June 2014 Contact Hours“ May/June

BMFSFJ (2013): Stief- und Patchworkfamilien in Deutschland. *Monitor Familienforschung* - Ausgabe 31. URL: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/service/publikationen/stief--und-patchworkfamilien-in-deutschland/96024?view=DEFAULT> [Stand: 16. Juli 2020]

BMFSFJ (2014): Aktionsplan für Akzeptanz und gleiche Rechte. Onlinebefragung zur Lebenssituation von LSBTTIQ- Menschen in Baden- Württemberg. Baden-

Erläuterung zum Anhang

Württemberg/FeFo Familien Forschung (Hg.). Stuttgart: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

BMFSFJ (2020a): „Kabinett beschließt Gesetzentwürfe zur Adoptionshilfe und Stiefkindadoption“. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.). URL:

<https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/presse/pressemitteilungen/kabinett-beschliesst-gesetzentwuerfe-zur-adoptionshilfe-und-stiefkindadoption/140710>

[Stand: 14. Juli 2020]

BMFSFJ (2020b): „Regenbogenfamilien - Rechtliche Rahmenbedingungen“. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.). URL: www.regenbogenportal.de/regenbogenfamilien-rechtliche-rahmenbedingungen

[Stand: 26. Juli 2020]

Borneskog, C. et al. (2014): „How do lesbian couples compare with heterosexual in vitro fertilization and spontaneously pregnant couples when it comes to parenting stress?“. In: *Acta paediatrica* (Oslo, Norway :1992) 103, H. 5, S. 537–545

Brandenburg, Hermann et al. (2016): *Pflegewissenschaft 2. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Methoden der Pflegeforschung*. 2., vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Verlag Hans Huber (= Pflegeforschung)

Bundesgesundheitsministerium (2019): „Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG. Rahmenlehrpläne für den theoretischen und praktischen Unterricht“. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hg.)

Büscher, Andreas/Sayn-Wittgenstein, Friederike (Hg.) (2015): *Expertinnenstandard Förderung der physiologischen Geburt. Entwicklung - Konsentierung - Implementierung*. Dezember 2014. Osnabrück: Hochschule Osnabrück (= Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege)

Bushe, Sierra/Romero, Iris (2017): „Lesbian Pregnancy: Care and Considerations“. In: *Seminars in reproductive medicine* 35, H. 5, S. 420–425

Carapacchio, Ina (2009): *Kinder in Regenbogenfamilien. Eine Studie zur Diskriminierung von Kindern Homosexueller und zum Vergleich von Regenbogenfamilien mit heterosexuellen Familien*. Dissertation Fakultät für Psychologie und Pädagogik.

Erläuterung zum Anhang

Dahl, Bente et al. (2013): „Lesbian women's experiences with healthcare providers in the birthing context: a meta-ethnography“. In: *Midwifery* 29, H. 6, S. 674–681

Dethloff, Nina (2015): Die gemeinschaftliche Adoption durch eingetragene Lebenspartnerinnen: Die Sukzessivadoption reicht nicht. Gutachten für die Friedrich-Ebert-Stiftung Prof. Dr. Nina Dethloff, LL.M., Universität Bonn. Forum Politik und Gesellschaft (Hg.). Friedrich Ebert Stiftung. URL: www.fes.de [Stand: 12.01.2]

Dresing/Pehl (2011): „Erweitertes Transkriptionssystem nach Dresing & Pehl (2011). Transkriptionsregeln“. auditraskription.de (Hg.)

Froschauer, Ulrike/Lueger, Manfred (2003): Das qualitative Interview. Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme. Stuttgart: UTB GmbH (= Utb-studi-e-book; 2418)

Funcke, Dorett/Thorn, Petra (Hg.) (2010): Die gleichgeschlechtliche Familie mit Kindern. Interdisziplinäre Beiträge zu einer neuen Lebensform. s.l.: transcript Verlag (= Gender Studies)

Gartell, nanette/Banks, Amy/Hamilton, Jean (1999): „The National Lesbian Family Study: 2. Interviews With Mothers of Toddlers“. In: *american Orthopsychiatric Association* 69 Juli, H. 3, S. 362- 368

Gelderen, Loes et al. (2013): „Stigmatization and Promotive Factors in Relation to Psychological Health and Life. Satisfaction of Adolescents in Planned Lesbian Families“. In: *Journal of Family Issues* 34, H. 6, S. 809–827

Gerlach, Stephanie (2018): „Ganz normal anders. Regenbogenfamilien“. In: *Deutsche Hebammen Zeitschrift* 70. Jahrgang, H. 2, S. 68–71

Glaser, Barney G./Strauss, Anselm L./Paul, Axel T. (2005): *Grounded theory. Strategien qualitativer Forschung*. Bern: Huber (= Gesundheitswissenschaften Methoden)

Hayman, Brenda/Wilkes, Lesley (2017a): „De novo Families: Lesbian Motherhood“. In: *Journal of homosexuality* 64, H. 5, S. 577–591

Hayman, Brenda/Wilkes, Lesley (2017b): „De novo Families: Lesbian Motherhood“. In: *Journal of homosexuality* 64, H. 5, S. 577–591

Erläuterung zum Anhang

Herbst, Jana/Bökle, Sanja (2016): „Genderidentitäten – quix“. Kollektiv für kritische Bildung. URL: <https://www.quixkollektiv.org/glossar/genderidentitaeten/> [Stand: 25. April 2020]

Hermann-Green, Lisa (2008): „Lesben mit Kinderwunsch. Eine ethische Herausforderung für die Reproduktionsmedizin?“, S. 217- 238

Holland, Sierra (2019): „Constructing queer mother-knowledge and negotiating medical authority in online lesbian pregnancy journals“. In: *Sociology of health & illness* 41, H. 1, S. 52–66

HRC (2019): „Healthcare Equality Index 2019“. Human Rights Campaign (Hg.). URL: <https://www.hrc.org/hei/> [Stand: 07. Juli 2020]

Hundenborn, Gertrud (2007): *Fallorientierte Didaktik in der Pflege. Grundlagen und Beispiele für Ausbildung und Prüfung*. München: Elsevier Urban & Fischer

Irle, Katja: „Eltern wie alle anderen“

Irle, Katja/Juul, Jesper (2014): *Das Regenbogen-Experiment. Sind Schwule und Lesben die besseren Eltern?* Weinheim: Beltz

Juntereal, Nina/Spatz, Diana (2019): „Same sex mothers and lactation“. In: *Wolters Kluwer Health Mai/ Juni*, H. 44 (3), S. 164–169

Ketelhut, Klemens/Lau, Dayana (2019): *Gender - Wissen - Vermittlung. Geschlechterwissen im Kontext von Bildungsinstitutionen und sozialen Bewegungen*. Wiesbaden: Springer VS

Kläser, Timo Andreas (2010): *Regenbogenfamilien. Möglichkeiten für Lesben und Schwule bei der Erziehung von Kindern*. Inaugural-Dissertation. Heidelberg [Stand: 02. Februar 2020]

Kleinert, Evelyn (2020): „Heteronormativität“. *Gender- Glossar*. URL: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0032-1313173> [Stand: 28. Juni 2020]

Krahl, Astrid/Janssen, Thekla (2015): „Frauenorientierung in der Hebammenkunde. Frau und Hebamme - eine Vertrauensvolle Beziehung“. In: Büscher, Andreas/Sayn-Wittgenstein, Friederike (Hg.): *Expertinnenstandard Förderung der physiologischen Geburt. Entwicklung - Konsentierung - Implementierung*. Dezember 2014. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege; Verbund Hebammenforschung. Osnabrück: Hochschule Osnabrück

Erläuterung zum Anhang

(= Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege), S. 56–58

Kuckartz, Udo (2018): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 4. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa (= Grundlagentexte Methoden)

Lamnek, Siegfried (1995): Qualitative Sozialforschung. Band 1 Methodologie. 3. korrigierte Auflage. München: Beltz (= Qualitative Sozialforschung; 1)

Lenz, Ilse (2012): „Anders und gleich in NRW" - Gleichstellung und Akzeptanz sexueller und geschlechtlicher Vielfalt. Forschungsstand, Tagungsdokumentation, Praxisprojekte“. Essen: Tagung (= Studien Netzwerk Frauen-und Geschlechterforschung NRW)

LoBiondo-Wood, Geri/Haber, Judith/Nohl, Andreas (2005): Pflegeforschung. Methoden, Bewertung, Anwendung. 2. Aufl. München: Elsevier Urban & Fischer

LSVD (2020): „Diskriminierung von lesbischen Familien würde sich durch Adoptionshilfe-Gesetz verschärfen“. Lesben- und Schwulenverband (Hg.). LSVD. URL: <https://www.lsvd.de/de/ct/1706-Diskriminierung-von-lesbischen-Familien-BCrde-sich-durch-Adoptionshilfe-Gesetz-versch%C3%A4rfen> [Stand: 16. Juli 2020]

Maslow, Abraham H. (1999): Motivation und Persönlichkeit. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt (=rororo rororo-Sachbuch; 17395)

Mayer, Hanna (2015): Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für das Studium. 4., vollständig überarbeitete Auflage. Wien: Facultas

Mayer, Horst O. (2006): Interview und schriftliche Befragung. Entwicklung, Durchführung und Auswertung. 3., überarb. Aufl. München: R. Oldenbourg

Moher D., Liberati A., Tetzlaff J., Altman D. (2009): „PRISMA 2009 Flow Diagram“. The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. (Hg.). URL: <file:///C:/Users/yoyol/AppData/Local/Temp/PRISMA%202009%20flow%20diagram.pdf> [Stand: 21. Mai 2020]

Oehler, Rene (2015): „Die Realisierung der Kinderwünsche. Herausforderungen auf dem Weg zur eigenen Familie“. In: Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis 47. Jg., S. 77–99

Erläuterung zum Anhang

Pennings, Guido (2016): „Having a child together in lesbian families: combining gestation and genetics“. In: *Journal of medical ethics* 42, H. 4, S. 253–255

Przyborski, Aglaja/Wohlrab-Sahr, Monika (2010): *Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch*. 3., korrigierte Aufl. München: Oldenbourg Verlag (= Lehr- und Handbücher der Soziologie)

Rich, Adrienne Cecile (2003): „Compulsory Heterosexuality and Lesbian Existence (1980)“. In: *Journal of Women's History* 15, H. 3, S. 11–48

Schnell, Martin W./Heinritz, Charlotte (2006): *Forschungsethik. Ein Grundlagen- und Arbeitsbuch mit Beispielen aus der Gesundheits- und Pflegewissenschaft*. Bern: Huber (= Programmbereich Pflege)

Stadt Köln (2011): *Wir sind Eltern. Eine Studie zur Lebenssituation von Kölner Regenbogenfamilien*. Dezernat für Soziales, Integration und Umwelt (Hg.). Stadt Köln

Strauss, Anselm L./Corbin, Juliet M. (1996): *Grounded theory. Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz

Tietz, Lüder: *Homosexualität, Cross-Dressing und Transgender. Heteronormativitätskritische kulturhistorische und ethnographische Analysen*. Zugl.: Oldenburg, Univ., Diss., 2014. Oldenburg: Institut für Materielle Kultur Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Tzur-Peled, Sharona/Sarid, Orly/Kushnir, Talma (2019): „Nurses' perceptions of their relationships and communication with lesbian women seeking perinatal care“. In: *Journal of clinical nursing* 28, H. 17-18, S. 3271–3278

UKH (2020): „Kritische Beurteilung von Systematischen Übersichtsarbeiten und Meta- Analysen. Beurteilungshilfen“. Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. URL: <http://www.medizin.uni-halle.de/index.php?id=572> [Stand: 16. Juli 2020]

Webster, Cecil R./Telingator, Cynthia J. (2016): „Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Families“. In: *Pediatric clinics of North America* 63, H. 6, S. 1107–1119

Wegener, Angela: „Regenbogenfamilien. Lesbische und schwule Elternschaft zwischen Heteronormativität und Anerkennung als Familienform“

Erläuterung zum Anhang

Weller-Menzel, Marlene (2020): „Gewinn durch Vielfalt. Reproduktion außerhalb des heteronormativen Kontextes“. URL: <https://www.nomos-elibrary.de/10.30820/9783837967999-333/gewinn-durch-vielfalt-reproduktion-ausserhalb-des-heteronormativen-kontextes> [Stand: 31. März 2020]

Wells, Michael B./Lang, Sarah N. (2016): „Supporting same-sex mothers in the Nordic child health field: a systematic literature review and meta-synthesis of the most gender equal countries“. In: *Journal of clinical nursing* 25, H. 23-24, S. 3469–3483

Wikipedia (2020): „Heteronormativität“. Wikimedia Foundation Inc. (Hg.). URL: <https://de.wikipedia.org/wiki/Heteronormativit%C3%A4t> [Stand: 28. Juni 2020]

Wilson, Erica et al. (2015): „The intricacies of induced lactation for same-sex mothers of an adopted child“. In: *Journal of human lactation : official journal of International Lactation Consultant Association* 31, H. 1, S. 64–67

Wimbauer, Christine/Motakef, Mona (2017): „Erkenntnismöglichkeiten von Paarinterviews“, S. 11–37

Wojnar, Danuta M./Katzenmeyer, Amy (2014): „Experiences of preconception, pregnancy, and new motherhood for lesbian nonbiological mothers“. In: *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN* 43, H. 1, S. 50–60

13 Anhang

A 2 Interview:

A 2 Einverständnis und Datenschutz

A 2 Interview- Dokumentation. Vorlage

A 2 Interview- Erstes Informationsschreiben für Teilnehmerinnen

A 2 Interview-Interviewpartnerinnengesuch für Verteiler

A 2 Interview-Leitfaden

A 2 Kurzfragebogen für Teilnehmerinnen

A 3 Analyse:

A 3 Kategorienleitfaden